



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La dieta del digiuno controllato che rigenera la mente e il corpo

Il metodo del luminare giapponese Yoshinori Nagumo scala le classifiche e offre benefici che vanno oltre il semplice dimagrimento. La sua visione prevede un mutamento di prospettiva su tutta l'esistenza

In questo modo possiamo riattivare i nostri «geni della sopravvivenza» *La cosa più importante è limitare gli eccessi che oggi ci caratterizzano*

di **GEMMA GAETANI**

■ «In pratica, bisognerebbe mangiare solo quando si ha fame e quando lo stomaco brontola, e non per abitudine all'ora dei pasti anche se non si ha fame». Se pensiamo all'organizzazione ormai canonica dei pasti in colazione, spuntino, pranzo, merenda e cena, l'affermazione può risultare folle. Eppure, l'invito a rivoluzionare convinzioni e convenzioni intorno al mangiare - che crediamo sane e sempre esistite ma che tali non sono - non proviene da un hippie antisistema. Lo formula - nel libro *Il magico potere del digiuno* (Valardi), che in patria ha venduto oltre un milione di copie e pure da noi scala le classifiche - il medico giapponese Yoshinori Nagumo, specializzato in cura del tumore alla mammella, presidente onorario dell'International anti-aging medical society e docente alla Jikei University school of medicine di Tokyo e alla Kindai University di Osaka.

Giustapponendo ricerche mediche e considerazioni storico-antropologiche, il luminare nipponico ha decretato il potere salutare e curativo della decrescita quantitativa (e di una parallela crescita qualitativa) del cibo.

Digiuno e fame sono parole tabù. Evocano gli stenti e la miseria di una società antica oppure della guerra. Nonché la pericolosa e delicata malattia contemporanea dell'anorexia. Ma la proposta di Nagumo di «mangiare meno, mangiare meglio» non è una irresponsabile esortazione a imprudenti astensioni dal cibo. L'intento è ricordare che quando l'essere umano si nutre così era più in salute di oggi.

Obesità, diabete, malattie cardiovascolari, intolleranze alimentari, malattie autoimmuni, malattie tumorali: non erano tanto diffuse quando si viveva in luoghi non così inquinati e ci si alimentava in modo parco e naturale. Sono le peggiori e, insieme, sono solo alcune delle patologie di questa società del benessere (anche se spesso tale benessere è più apparente che effettivo).

«La stragrande maggioranza dei giapponesi dà per scontato che consumare tre pasti al giorno sia la norma», afferma Nagumo. Lo facciamo anche noi. «Eppure è da meno di un secolo - dei 170.000 anni trascorsi da quando i primi esseri umani comparvero sul pianeta - che è possibile saziarsi tre volte al giorno». Il cibo, infatti, è facilmente reperibile solo dagli anni Sessanta del Novecento ovvero dal boom econo-

mico successivo alla seconda guerra mondiale.

Lo spettro della fame conosciuta fino ad allora è stato cancellato dall'idea che mangiare molto fosse positivo. Aggiungiamoci la produzione sempre più industrializzata e raffinata (e spesso piena di inquinanti) del cibo, e capiremo come gli ultimi cinquant'anni siano stati, in pratica, una entusiasta corsa a rimpinzarci di serpi non in seno ma nello stomaco.

L'uomo cacciatore-raccoglitore mangiava quando riusciva a trovare cibo. Sperimentava ore, a volte giorni di fame. Con l'agricoltura e l'allevamento, iniziò ad alimentarsi a cadenza regolare, ma calamità naturali e belliche provocavano comunque improvvise carestie. È durante quelle crisi alimentari, chiarifica Nagumo, che «l'umanità ha acquisito dei "geni della sopravvivenza". Il nostro organismo possiede una serie di geni pro-

grammati per mantenerci in vita: i geni della fame ci proteggono nei periodi di carestia, i geni della longevità ci aiutano a sopravvivere alla privazione di cibo, i geni della fertilità incrementano la riproduzione nei periodi di penuria alimentare, i geni dell'immunità ci proteggono dalle malattie, i geni anticancro combattono i tumori e i geni riparatori ci aiutano a guarire dalle malattie e ad arginare l'invecchiamento. Il guaio è che si attivano solo in condizioni di denutrizione e di freddo. In realtà, quando l'alimentazione è abbondante, quei geni esercitano l'effetto opposto: fanno invecchiare l'organismo, riducono la fertilità e scatenano il sistema immunitario contro di noi».

Non è un caso che tutte le grandi religioni contemplino temporanei periodi di digiuno. In quella cattolica, per digiuno si intende un solo pasto al giorno e per astinenza non mangiare carni e altri cibi o bevande ricercate. Sono esercizi spirituali di «umiltà», con l'effetto materiale assai utile di mantenere l'organismo più in forma. E ora che la medicina compie nuove scoperte, capi-

sce perché: «Quando lo stomaco è vuoto, le sirtuine passano in rassegna tutte le cellule dell'organismo umano per riparare quelle danneggiate».

Ma che cosa sono le sirtuine? Si tratta di proteine codificate dai geni Sirt che hanno entusiasmato molti studiosi e divulgatori. Il dottor Nagumo non è l'unico a occuparsi di potere rigenerativo del digiuno. La sua peculiarità, rispetto a guru alimentari meno convicenti, è di voler mostrare una nuova prospettiva: oppone all'innaturalità complessiva della vita contemporanea una liberatoria semplificazione. Il suo è un invito a una «slow life».

La malnutrizione dei Paesi ricchi (mangiare troppo e male) determina squilibri chimici che la rettifica alimentare corregge e, dal sale allo zucchero, Nagumo esamina tutto ciò che ci mettiamo in bocca e il suo impatto sull'organismo.

Ma analizza anche molti altri controsensi tossici della vita contemporanea, contro i quali propone semplicità, ordine e ispirazione dalla natura: una sorta di «digiuno esteso» da quanto intossica e devi-

talizza. Tornando al cibo, anche non optando per la dieta da un solo pasto al giorno né per quella delle mini-porzioni (sono i due regimi illustrati nel libro), è importante capire che questa abbondanza mastodontica di cibo industriale è dannosa. Ricominciare a guardare agli alimenti esigendo più qualità e meno quantità. Per rifondare dentro di noi una concezione più francescana del mangiare, basta già questa indicazione di Nagumo: «Secondo un antico detto giapponese il segreto di una salute di ferro è mangiare solo fino a riempire lo stomaco per otto decimi». Bisogna, cioè, smettere di pasteggiare prima di sentirsi la pancia piena come un uovo.

Riaffiancare all'*homo plenus* (l'uomo sazio) una percentuale di *homo famelicus* (l'uomo affamato): «Seguire lo stile di vita da un solo pasto al giorno, consumare alimenti integrali e completi, coricarsi e alzarsi presto aiuta a sentirsi carichi di energia. Provatelo per cinquantadue giorni, visto che le cellule dell'organismo si rinnovano in quell'asso di tempo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

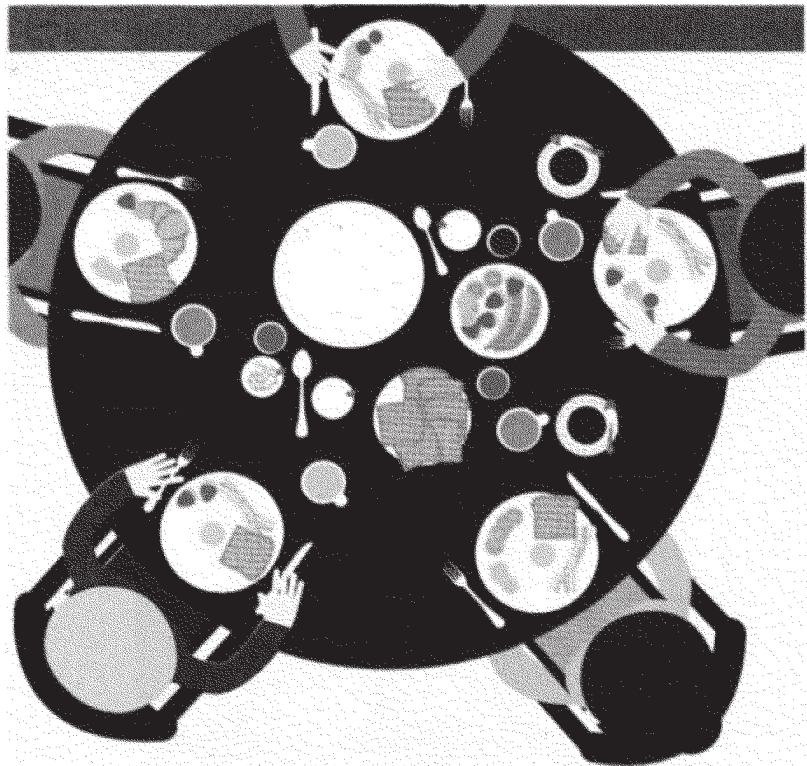
LE REGOLE GENERALI DEL DOTTOR NAGUMO

- Ascoltare il proprio corpo: mangiare solo quando si ha fame (cioè quando lo stomaco brontola) e bere solo quando si ha sete
- Non bere mai caffè e tè (nemmeno quello verde) a stomaco vuoto: il caffè contiene caffeina, che stimola oltremodo il sistema nervoso parasimpatico; il tè contiene anche acido tannico (una tossina che ostacola il processo di digestione e l'assorbimento dei nutrienti)
- Evitare cachi e banane acerbi, ricchi di acido tannico anch'essi
- Optare per caffè d'orzo o infuso di radice di bardana (ricca di polifenoli anti invecchiamento)
- Mangiare cibi interi. Per esempio: pesce intero, magari piccolo, piuttosto che tranci di pesci grandi; mangiare anche la pelle
- Preferire il pesce azzurro e grasso ○ Mangiare frutta e verdura con la buccia
- Consumare anche foglie e radici degli ortaggi (le radici degli spinaci sono tenerissime)
- I chicchi (ad esempio del riso) e i semi vanno consumati interi (preferire al riso brillato quello integrale; idem per le farine)
- Non mangiare mai troppo (al massimo fino ad otto decimi di sazietà)
- Non abusare dei grassi
- Non abusare degli zuccheri



UN SOLO PASTO AL GIORNO

- 1 La prima colazione non è necessaria. Se però si vuol proprio mangiare la mattina, limitarsi a pochi bocconi di frutta e/o liquidi (anche un semplice bicchiere d'acqua)
- 2 Per placare eventuali morsi della fame durante la mattinata, un paio di biscotti fatti con farina (meglio se integrale), burro e uova, oppure una tazza di latte caldo o un uovo; mai dolci ricchi di zuccheri
- 3 Decidere se l'unico pasto del giorno sarà il pranzo o la cena
- 4 Per chi lavora ed è fuori casa all'ora di pranzo è preferibile optare per il pasto completo alla sera
- 5 Se si sente il bisogno di placare la fame a pranzo, mangiare davvero poco per evitare il colpo di sonno postprandiale che verrebbe mangiando tanto. Fumare a tutto spiano o bere infiniti caffè per contrastare quella sonnolenza, se non si può fare una siesta di un quarto d'ora dopo pranzo, fa male. Meglio, quindi, consumare alimenti a basso indice glicemico per evitare il picco insulinico: i carboidrati integrali sono meglio di quelli bianchi, ma le proteine sono preferibili ai farinacei



- Non abusare del sale (non superare 10 grammi di sale se uomini e 6 grammi se donne al giorno)
- Preferire l'assunzione di sostanze nutritive come le vitamine direttamente da fonti vegetali e animali naturali anziché da integratori
- Camminare spesso

LaVerità

Cosa mangiare nel solo pasto del giorno:

- Sostanze nutritive essenziali riempiendo lo stomaco fino a sei decimi (otto se il giorno prima si è mangiato troppo poco). Il menu tipo del dottor Nagumo a cena è: riso integrale, zuppa di miso con tanti ortaggi, verdure cotte al vapore, pesce ai ferri (in alternativa fagioli di soia fermentati)
- Non sprecare l'unico pasto mangiando cibo spazzatura o troppo raffinato o troppo condito
- Godersi il senso di fame prima del pasto: è in quel momento che vengono prodotte le sirtuine



L'intervento**Disabili, la politica cancelli il divario tra Nord e Sud****Toni Nocchetti**

Nel nostro Paese negli ultimi mesi in Parlamento si è sentito più volte parlare di disabilità. Anche nel mondo dell'informazione uno spazio significativo e cosciente sembra aver fatto breccia con ripetute inchieste ed approfondimenti. Questo è un dato che va registrato con entusiasmo se si pensa che fino a pochi anni fa dei disabili ci si accorgeva solo quando un genitore anziano, disperato decideva di togliersi la vita un istante dopo di aver fatto lo stesso con il proprio figlio. Significativo che il primo provvedimento di grazia che l'ex presidente della Repubblica Napolitano volle conferire in apertura del suo mandato fu proprio ad un anziano medico romano che aveva ucciso il proprio figlio gravemente disabile. Cosa però è accaduto nel frattempo va messo in evidenza, anche per poter cogliere e sperare che la politica completi un percorso che al momento appare ancora in salita.

Un ruolo determinante in questi anni lo ha svolto la magistratura che ha costantemente affiancato le famiglie dei disabili affermando prima e ribadendo poi, il primato dei diritti sulle esigenze di bilancio che mettevano e mettono in discussioni diritti sanciti dalla costituzione.

Un puntuale corredo di sentenze ad iniziare da quella numero 80 della Corte costituzionale del febbraio 2010 fino alla 275 del 2016 hanno sostenuto la inviolabilità del diritto allo studio, alla salute ed al trasporto per i disabili. In questo intervallo temporale, riempito da oltre 30.000 ricorsi ai Tar di tutta Italia che le famiglie degli studenti disabili hanno vinto invariabilmente, qualcosa nel Paese è iniziato a cambiare. Innanzitutto la errata percezione, questo per merito di una informazione più attenta, che disabile e falso invalido fossero sinonimi. Le frequenti inchieste della magistratura hanno mostrato e provveduto a debellare questo malefico abbraccio corruttivo che andava sempre a svantaggio dei veri disabili.

Ricordo come proprio a Napoli qualche anno fa una organizzazione criminale legata ad esponenti politici locali aveva messo in piedi un sistema clientelare che distribuiva assegni di invalidità in cambio di favori

elettorali.

Se oggi la tentazione di assimilare la disabilità ad un furbetto si è quasi del tutto spenta, rimangono sul campo delle questioni essenziali per poter iniziare a garantire diritti ai disabili in tutto il Paese. In realtà questo accade già in alcune aree geografiche, pensiamo alle province autonome di Trento e Bolzano che, utilizzando una anacronistica legislazione di vantaggio tipica delle regioni a statuto speciale, sostiene i disabili e le loro famiglie con risorse 25 volte superiori rispetto alle regioni del meridione d'Italia. Intervenire su tali disparità è ovviamente tema delicato che richiederebbe una efficace battaglia parlamentare condivisa tra le diverse forze politiche. Ad ulteriore complicazione vi è la presenza costituzionale di sistemi e legislazioni sanitarie diverse nelle 20 regioni italiane. Questa circostanza indebolisce ulteriormente la volontà e la possibilità di assicurare livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale omogenei in tutta la penisola.

Anche in questo campo la polemica politica allontana inesorabilmente la ricerca di una soluzione che servirebbe innanzitutto ai soggetti più deboli. Se il nostro Parlamento riuscisse, almeno su questioni così trasversali, a trovare la capacità di lavorare insieme e di produrre atti legislativi all'altezza delle magnifiche leggi che nella metà degli anni '70 scrissero pagine indelebili per i diritti dei disabili sarebbe veramente un bel risultato. La nostalgia per una classe politica che si affrontava lealmente ma che fu capace di tradurre ideali di civiltà e solidarietà come le leggi sull'abolizione delle classi differenziali nella scuola o quella sulla chiusura dei manicomi non deve però assolutamente prevalere. Purtroppo, i segnali di intolleranza e di scarsa tensione morale che giungono dalla politica anche in Italia sconcertano e preoccupano soprattutto i soggetti più fragili. Credo tuttavia che siano maturi i tempi per riprendere per mano questioni difficili e delicate perché riguardanti la vita, le lacrime e la solitudine di milioni di persone. Il mondo dell'informazione, le associazioni ed i cittadini lo reclamano a gran voce. Ora spetta alla politica la responsabilità di dare risposte.

Grandi opere

Patti Sud, 21 miliardi per trasporti e scuole

Francesco Pacifico

Sei miliardi e 300 milioni di euro già stanziati per 691 cantieri; altri 15 miliardi per 1.810 progetti che sono stati "attivati", cioè che hanno già visto la pubblicazione dei relativi bandi. A quasi un anno dalle prime firme con gli enti locali è questo il primo bilancio dei quindici Patti per il Sud con Regioni e Comuni, fatto dal ministro degli Affari regionali e della Coesione, Claudio De Vincenti. Mentre nei prossimi mesi, ha annunciato, saranno sbloccati «402 progetti in avvio di progettazione da 6,654 miliardi e 572 in fase programmazione da 11,301 miliardi di euro, il cui avvio richiede più tempo. Ma lo stanziamento complessivo supera già oggi i 21 miliardi e mezzo sui 39 totali».

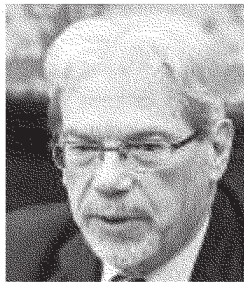
Tra le grandi opere già partite ci sono il completamento della Metropolitana di Napoli e lo smaltimento delle ecoballe in Campania; la linea leggera Matrice-Bojano in Molise; il potenziamento della viabilità per Matera 2019 in Basilicata, i collegamenti tra l'aeroporto di Bari e il centro cittadino e l'ammodernamento delle aree portuali a Taranto per la Puglia; il completamento della Diga del Menta e 36 cantieri all'interno del piano Scuole Sicure in Calabria; la riqualificazione dei plessi scolastici a Catania e quella dell'anello ferroviario a Palermo in Sicilia.

De Vincenti ha parlato di «nuova politica meridionalisti-

ca», che mette in connessione le regioni del Sud tra loro e poi quest'area «con il Nord del Paese». Il tutto attraverso «una programmazione basata sui bisogni delle comunità locali», costruita con «una strategia unitaria tra i tutti i soggetti interessati nazionali e locali», seguita con «una verifica costante sul territorio per capire e superare quello che non va».

Il ministro ha smentito sia i contrasti con gli enti locali sia i ritardi nell'erogazione dei fondi per la programmazione 2014-2020, dopo i richiami che erano arrivati dalla Ue nei mesi scorsi. «Soltanto per le risorse del Fesr e del Fse», ha detto, «siamo oltre il 26%». Ha voluto poi ricordare che «accanto ai 39 miliardi di euro mobilitati dai patti ci sono i fondi per grandi progetti di respiro internazionale come la velocizzazione della dorsale adriatica o l'alta velocità Napoli-Bari o i contratti di programma firmati con Anas e Rfi».

Eppure tutte queste accortezze non hanno evitato una parcellizzazione delle risorse, anche per venire incontro alle richieste degli enti locali: alle infrastrutture, per esempio, va il 35% del totale. L'ex ministro alla Coesione, Carlo Trigilia, per esempio, voleva destinare due terzi del totale alla sola voce infrastrutture.

**Il ministro** De Vincenti

quotidiano **sanità**.it

Martedì 16 MAGGIO 2017

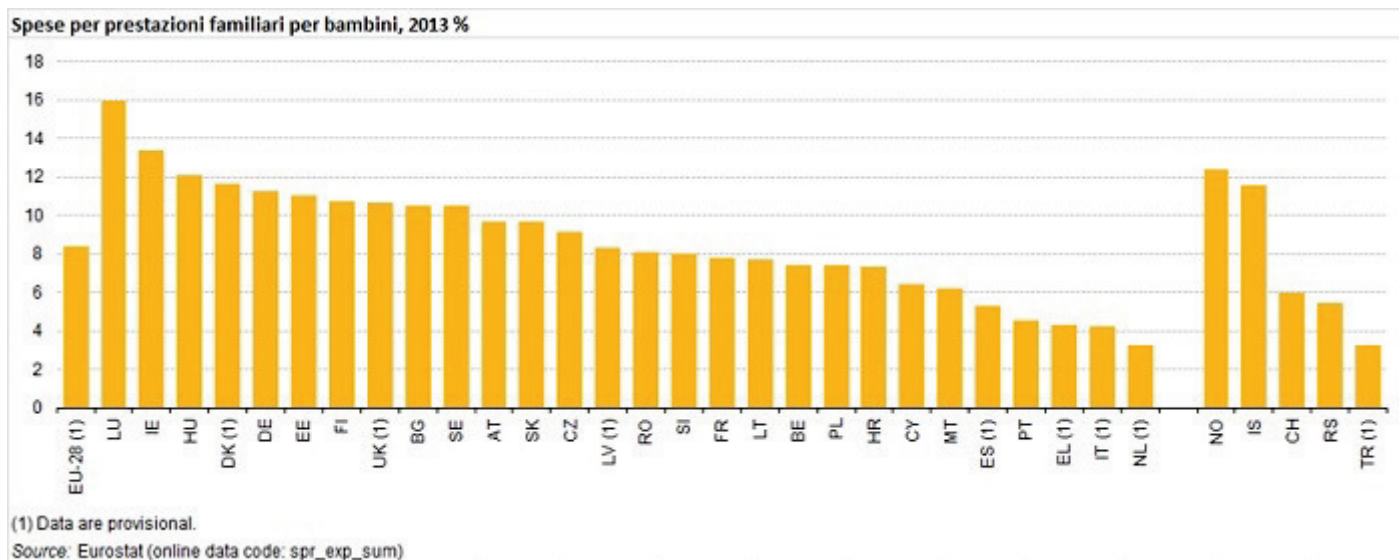
Contributi alla famiglia e ai bambini. Italia fanalino di coda in Europa: meno del 5% della spesa sociale contro media UE dell'8,4%

Il peso dei contributi alla famiglia/figli varia tra gli Stati membri, e rappresenta oltre il 12% della spesa totale per prestazioni sociali in Lussemburgo, Irlanda e Ungheria, ma meno del 5% in Portogallo, Grecia, Italia e Paesi Bassi. Allo stesso modo, nei paesi non UE la quota di famiglia/benefici per i bambini variava dal 12,4% in Norvegia al 3,2% in Turchia.

I sistemi di protezione sociale verso i bambini hanno portato nel 2013 a una spesa nell'Ue 28 di 315.768 milioni di euro a famiglia, il 2,3% del Pil .

L'ultima analisi Eurostat relativa a gennaio 2017 (l'aggiornamento è previsto ad ottobre) sottolinea che il livello di spesa varia tra gli Stati membri , che vanno da oltre il 3,5% del Pil in Danimarca e il Lussemburgo a circa l'1% nei Paesi Bassi. Variazioni simili si registrano nei paesi extra-UE (Slovenia, Norvegia, Svizzera, Serbia e Turchia), con importi spesi dal 3,0% del Pil in Norvegia all'1,2% in Serbia.

Le spese per la famiglia / bambini a livello UE sono state pari all'8,4% della spesa per le prestazioni sociali . L'importanza relativa della famiglia/figli varia tra gli Stati membri, e rappresenta oltre il 12% della spesa totale per prestazioni sociali in Lussemburgo, Irlanda e Ungheria, ma meno del 5% in Portogallo, Grecia, Italia e Paesi Bassi. Allo stesso modo, nei paesi non UE la quota di famiglia/benefici per i bambini variava dal 12,4% in Norvegia al 3,2% in Turchia.



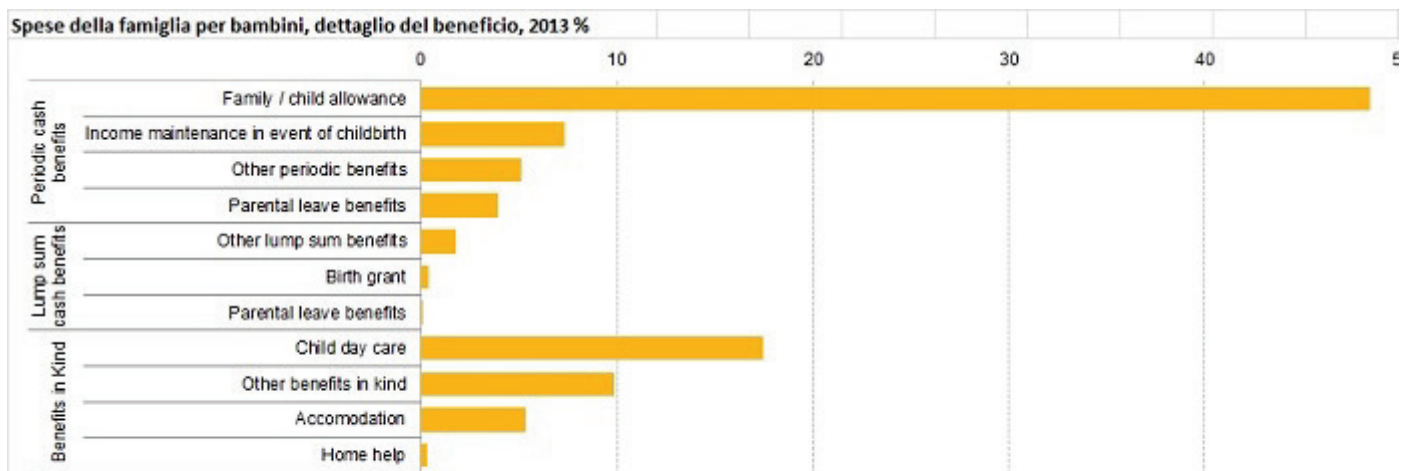
Tuttavia, la quota di spesa sociale assegnato alla famiglia/benefici per i bambini non fornisce necessariamente una base utile per il confronto tra i vari paesi, perché è influenzata dagli importi spesi per tutte le altre funzioni, che sono a loro volta comprese in una vasta gamma economica e di fattori demografici e sociali. Per esempio, la spesa per prestazioni relative di disoccupazione è legata allo stato del mercato del lavoro, mentre la spesa per le pensioni di vecchiaia è legata alla struttura per età della popolazione. Nel caso della famiglia/figli influiscono i tassi di fertilità e le relative dimensioni della popolazione giovanile.

Un confronto più significativo delle spese per la famiglia/benefici per bambini può quindi essere quello di considerare la spesa per bambino (cioè per residente di età inferiore ai 18 anni). Il confronto viene effettuato secondo il potere di acquisto standard (PPS) per eliminare le differenze tra i vari Stati.

Le spese per la famiglia/benefici per i bambini nel 2013 sono state pari a poco più di 3.314 PPS per bambino a livello di UE, ma variano considerevolmente da paese a paese. L'importo speso è stato eccezionalmente elevato nel caso del Lussemburgo (oltre 11.000 PPS per bambino). Tuttavia, questa cifra rischia di sovrastimare in modo significativo il vero livello di spesa per ogni bambino: gran parte (più di un quarto) di questi benefici sono forniti ai non residenti. Altrove in Europa, importi spesi nel 2013 variavano da più di 6.597 PPS per bambino in Germania a 924 PPS per bambino in Romania. Tra i paesi extracomunitari le cifre variavano da 6.328 PPS in Norvegia a soli 211 PPS in Turchia.

Alcune questioni metodologiche devono essere prese in considerazione quando si confrontano i dati sulla famiglia/ benefici per i bambini tra paesi:

- benefici registrati in altre funzioni di protezione sociale possono comprendere supplementi per figli a carico. In linea di massima, tali supplementi dovrebbe essere separata e riportati separatamente, ma questo è spesso difficile. Ad esempio, una serie di prestazioni periodiche in denaro legate alla disabilità, la vecchiaia, i superstiti e la disoccupazione possono includere supplementi per figli a carico che non sono riportati nella spesa della funzione di famiglia/figli. Di conseguenza, i paesi che implementano un assegno di famiglia/figli universalmente disponibile e non utilizzano supplementi possono sembrare avere una spesa superiore a paesi che attuano una famiglia/indennità minore e si basano su supplementi per integrare il reddito delle famiglie di fronte a altri rischi ed esigenze;
- le integrazioni collegate agli alloggi fanno eccezione in quanto sono, per convenzione, sempre registrate nella specifica funzione, indipendentemente dal tipo di prestazione a cui si riferiscono. L'indennità di alloggio per familiari/assegni per bambini quindi non sono inclusi nella spesa per famiglia/benefici per i bambini.
- prestazioni erogate attraverso il sistema fiscale: con l'eccezione dei crediti d'imposta da pagare, la famiglia/ prestazioni per i bambini erogate attraverso il sistema fiscale non sono prese in considerazione. Ad esempio, i crediti d'imposta non dovuti e le indennità esentasse più elevati per persone a carico, possono ridurre le tasse, ma non vengono prese in considerazione nella spesa registrato dal sistema centrale.



(1) Data are provisional

Source: Eurostat (online data code: spr_exp_ffa)

quotidiano **sanità**.it

Martedì 16 MAGGIO 2017

Decreto nomina dirigenti Asl. Parere favorevole senza condizioni e osservazioni dalla Commissione Affari sociali

Approvata la proposta di parere della relatrice Miotto (Pd). Promossa la pubblicazione dell'elenco dei soggetti idonei per gli incarichi di direttore generale secondo l'ordine alfabetico dei candidati e senza l'indicazione del punteggio conseguito, in modo da non configurarsi come una graduatoria e interferire con l'autonomia regionale; così come il riconoscimento di un punteggio maggiore per l'esperienza maturata rispetto ai titoli formativi. [IL PARERE](#)

Via libera dalla commissione Affari Sociali della Camera al decreto legislativo che modifica i criteri per la selezione dei direttori generali, direttori amministrativi, e direttori sanitari degli enti del Servizio sanitario nazionale. Nella proposta di parere approvata, presentata dalla relatrice **Anna Miotto (Pd)**, non vi sono condizioni né osservazioni.

Qui si spiega innanzitutto come lo schema di decreto legislativo sia stato predisposto anche in considerazione della sentenza della Corte costituzionale n. 251 del 2016, che ha dichiarato illegittima la procedura relativa alla delega in oggetto, nella parte in cui prevedeva un parere della Conferenza unificata Stato-Regioni anziché un'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni.

Sul presente schema, inoltre, è già stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni lo scorso 6 aprile, e, nella medesima data, anche la Conferenza Unificata ha espresso un parere favorevole.

Nel parere viene espresso apprezzamento per la novella presente all'articolo 3, comma 1, lettera c), laddove si specifica che l'elenco dei soggetti idonei per gli incarichi di direttore generale, "è pubblicato secondo l'ordine alfabetico dei candidati e senza l'indicazione del punteggio conseguito nella selezione", recependo così quanto era emerso dalla discussione svoltasi proprio presso la Commissione Affari sociali lo scorso anno - in occasione dell'iter di approvazione del decreto legislativo n. 171 del 2016 - a proposito del rischio che, nel caso in cui fossero riportati i punteggi conseguiti dai candidati, l'elenco verrebbe a configurarsi come una vera e propria graduatoria, interferendo in tal modo con l'autonomia regionale.

Promosso, infine, anche il principio di parità per quanto riguarda la valutazione dell'esperienza dirigenziale e dei titoli formativi dei candidati, prevedendo che per la prima possa essere attribuito un massimo di 60 punti e per i secondi un massimo di 40 punti, superando in questo modo quanto era stato previsto dal decreto del Ministro della salute del 17 ottobre 2016, che viene espressamente abrogato dall'articolo 6 dello schema di decreto.

Competitività. Studio Cribis sul primo trimestre 2017: puntuale solo il 23,6% delle fatture evase

Pagamenti della Pa, è ancora emergenza

Carlo Andrea Finotto
MILANO

Menodi un'impresa su quattro (il 23,6%) della Pubblica amministrazione rispetta abitualmente i termini di pagamento prestabiliti, mentre un altro quarto delle aziende pubbliche fatica a saldare i debiti verso i fornitori (i ritardi gravi sono il 24%). La maglia nera spetta, come in passato, a Sanità e Asl dove «la quota di pagamenti puntuali è praticamente nulla». A dirlo è l'ultimo rilevamento dello Studio pagamenti realizzato da Cribis e aggiornato al primo trimestre 2017. Nell'ambito del sistema sanitario nazionale, sottolineano gli analisti di Cribis, «il 44,6% dei soggetti salda i fornitori entro il mese di ritardo, mentre il restante 55,4% delle aziende della sanità paga generalmente con grande ritardo».

Lo Studio pagamenti sottolinea che «tra gli Enti territoriali la quota di virtuosi è pari al 14,8%. Quelli che pagano entro il mese di ritardo sono invece pari

al 57,2%, mentre i ritardi gravi sono il 28% del totale». In generale, secondo Cribis, rispetto al 2010 sono aumentati i soggetti puntuali ma sono cresciuti anche i ritardi gravi.

In ogni caso lo scenario italiano è ben distante dai paletti fissati dalla direttiva comunitaria del 2011, entrata in vigore nel 2013: trenta giorni di tempo per i pagamenti in generale e 60 giorni in casi particolari, tra cui proprio la Sanità. Ecco perché la Commissione europea ha inviato a Roma un parere motivato, secondo cruciale passaggio in una procedura di infrazione per violazione delle regole comunitarie - si veda il Sole 24 Ore del 16 febbraio scorso: «Bruxelles in ultima analisi ha il potere di deferire il governo dinanzi alla giustizia comunitaria» -. Una risposta importante dall'esecutivo è arrivata con il piano Siope+, che punta ad arrivare entro fine 2018 a monitorare l'intero processo di pagamento (oggi siamo al

65% secondo i dati Mef riportati dal Sole 24 Ore del 7 aprile).

Tornando a Cribis, l'amministratore delegato Marco Preti sottolinea come «purtroppo i dati emersi dal nostro osservatorio mettono in evidenza le grandi difficoltà della Pa che vanno a impattare negativamente sulle imprese fornitrici che non vedono rientrare i propri crediti nei tempi prestabiliti. Si crea dunque un effetto domino che va a coinvolgere tutta la filiera, che rischia di non avere disponibilità di cassa per pagare a sua volta i propri fornitori».

Per gli analisti di Cribis i settori produttivi più colpiti da questa situazione sono farmaceutica, biomedicale e forniture sanitarie, prodotti per l'ufficio (computer, carta, cartoleria), arredi per uffici, forniture alimentari, dell'energia e la filiera delle manutenzioni stradali e degli edifici.

«Il settore della Sanità e delle Asl ha delle performance preoccupanti» ribadisce Preti. E in

fatti, secondo gli ultimi dati pubblicati dal Sole 24 Ore del 7 febbraio, le sole fatture in evase per biomedicale e farmaci ammontano a 4 miliardi di euro. Non tutto il panorama è fosco, se come spiega l'ad di Cribis «ci sono aree più virtuose, come il Nordovest, dove il 28,2% delle aziende pubbliche è puntuale, mentre al Sud e nelle isole lo scenario rimane preoccupante. C'è sicuramente chi si sta impegnando per rispettare i termini o ridurre i ritardi, ma non è ancora sufficiente. È fondamentale che tutte le aziende della Pa si impegnino a migliorare le proprie performance di pagamento».

 @andreafin8

LO SCENARIO

Il maggior numero di ritardi gravi si riferisce sempre a Sanità e Aziende sanitarie. I settori più colpiti: farmaci, biomedicale e forniture

L'IDENTIKIT

55,4%

La Sanità in grande ritardo

Secondo lo Studio pagamenti di Cribis aggiornato al primo trimestre 2017, nell'ambito del sistema sanitario nazionale, «il 44,6% dei soggetti salda i fornitori entro il mese di ritardo, mentre il restante 55,4% delle aziende della sanità paga generalmente con grande ritardo».

23,6%

Chi paga puntuale

Nell'ambito della Pubblica amministrazione i pagamenti puntuali riguardano meno di un quarto delle aziende



16 mag
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

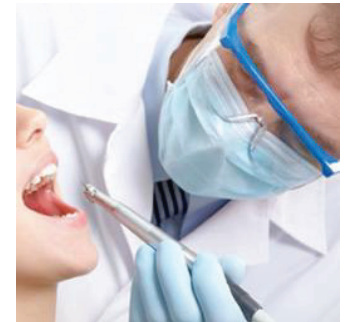
LAVORO E PROFESSIONE

Tariffe dei professionisti, una battaglia per la correttezza e la salute

di Gianfranco Prada (presidente Associazione nazionale dentisti italiani - Andi)

A differenza delle altre libere professioni che hanno sfilato sabato scorso a Roma per chiedere la reintroduzione del tariffario minimo abolito dalla Legge Bersani, per l'odontoiatria questa battaglia ha una doppia valenza.

La prima è comune agli altri professionisti: la tutela del nostro lavoro e dei nostri giovani dai "poteri forti", che nel nostro caso sono i grandi gruppi sanitari di proprietà dei fondi di investimento e della finanza, ma anche dei "service" a cui alcune Asl hanno demandato la gestione dei servizi odontoiatrici del Ssn, che come obiettivo hanno il profitto e quindi "comprare" e "vendere" prestazioni sanitarie al minor costo possibile. In queste strutture spesso i giovani colleghi sono costretti, pur di avere un'occupazione, ad accettare collaborazioni per meno 10 euro l'ora e senza tutele, visto che lavorano come collaboratori con partita iva.



La seconda, certamente la più importante e per la quale la politica dovrebbe prestare ben più attenzione, è la tutela della salute dei cittadini, e qui forse sta la differenza con le altre professioni. Infatti, una delle proposte di legge avanzate dalle associazioni degli avvocati prevede che il tariffario minimo non valga nel rapporto diretto con i cittadini. Reintrodurre il tariffario minimo per le prestazioni odontoiatriche, invece, risulterebbe estremamente utile ai pazienti che hanno sempre più bisogno di cure, oggi in balia dei messaggi pubblicitari scorretti che offrono terapie indicando tariffe impossibili o ancora sconti su tariffari minimi che in realtà non esistono. Un tariffario indicativo permetterebbe ai pazienti di valutare, scegliere ed anche insospettirsi di fronte alle tariffe particolarmente basse, usate solo come mezzo di accaparramento.

In tal senso deve essere letta la nostra richiesta, che come Andi avevamo anche avanzato al Presidente della Commissione Lavoro del Senato, On.le Damiano, quando si stava discutendo del Jobs Act sul Lavoro Autonomo. Purtroppo non siamo stati allora ascoltati, ma ci fa piacere sentire che ora diversi politici si stiano orientando favorevolmente rispetto alla necessità di prevedere l'equo compenso e le tariffe di riferimento. Naturalmente, demandando agli Ordini professionali – nel nostro caso quello dei medici ed odontoiatri – di indicare, secondo criteri oggettivi, non solo il costo delle prestazioni ma anche gli standard minimi di qualità da rispettare.

Peraltro, per il settore odontoiatrico molto lavoro è già stato fatto. Andi, una decina di anni orsono, ha raccolto il range delle tariffe di riferimento sul territorio ed elaborato un tariffario indicativo delle prestazioni odontoiatriche, nato sulla base di precisi centri di costo studi ed in molti casi utilizzato in ambito giudiziario e nelle cause di rimborso per assicurazioni o contenzioso medico-paziente. Sugli standard minimi la nostra Associazione fa parte del Tavolo al Ministero della Salute che ha realizzato, e tiene aggiornate, le Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia, elaborate anche con l'obiettivo di garantire livelli qualitativi delle prestazioni odontoiatriche.

Per l'odontoiatria, quindi, gli strumenti sono già pronti e serve solo una legge che li istituzionalizzi, permettendo ai cittadini, finalmente, di districarsi tra false promesse e prestazioni a prezzi impossibili.

AlmaLaurea, nel 2016 balzo in avanti dell'occupazione per i professionisti sanitari

di Rosanna Magnano

Dopo tre anni di relativo stallo, balzo in avanti dell'occupazione per le professioni sanitarie: il numero di laureati che trova lavoro a un anno dal conseguimento del titolo di studio è passato infatti dal 63,4% dello scorso anno al 66,7% attuale (laureati 2015 censiti nel 2016) con un aumento di 3,3 punti percentuali. Molto forte la presenza delle donne (69%), ruolo di tutto rilievo per il tirocinio, che rappresenta un momento clou per la maggior parte degli studenti. La presenza di studenti lavoratori è rilevante anche se in misura inferiore rispetto ad altre discipline. Assidua la partecipazione alle attività didattiche, pochissimi i fuori corso, voto di laurea mediamente piuttosto elevato, ma anche un punto di vista molto critico sul percorso svolto. È questo l'identikit del professionista sanitario nella sua fase di formazione che emerge dal rapporto 2017 sul profilo e la condizione occupazionale dei laureati promosso dal Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea.



In generale cresce il numero di laureati che trovano lavoro dopo un anno dal termine degli studi. Sono il 68% dei laureati triennali e il 71% dei laureati magistrali biennali. Per i laureati aumentano i contratti a tempo indeterminato a scapito delle attività autonome; anche le retribuzioni sono in aumento, anche se di poco.

Nel 2016 è diminuita invece l'età media della laurea, pari a 26,1. Un dato che è calato in maniera apprezzabile rispetto alla situazione pre-riforma e continua a diminuire negli anni. Insomma la regolarità negli studi ha registrato negli ultimi anni un marcato miglioramento. Un trend in cui si inseriscono perfettamente anche gli aspiranti professionisti sanitari: concludono nei tre anni previsti ben il 70% dei laureati delle professioni sanitarie. All'estremo opposto, laurearsi in corso riesce soltanto a 27 laureati su cento del gruppo giuridico dove quasi un laureato su 3 ha terminato gli studi con almeno 4 anni di ritardo.

Il 10,6% dei laureati nel 2016 ha poi svolto esperienze di studio all'estero riconosciute dal corso di provenienza e per quanto riguarda l'estero quasi la metà dei laureati si dice pronta a trasferirsi per lavoro lontano dall'Italia.

Mondo universitario italiano che in generale soddisfa, mentre il livello di soddisfazione è piuttosto basso tra e professioni sanitarie, dove gli studenti sono tra i più scontenti. In generale, sono decisamente soddisfatti del corso di laurea 41 laureati magistrali biennali su cento; altri 48 esprimono comunque una valutazione positiva. Si tratta di un livello di appagamento complessivo, per la più recente esperienza universitaria, superiore a quello registrato fra gli altri tipi di laureati (89%). I più soddisfatti sono i laureati dei gruppi scientifico, chimico-farmaceutico e ingegneria (tutti con il 92%), i più critici invece i laureati delle professioni sanitarie (78%).

Il Rapporto di AlmaLaurea conferma l'Italia delle caste. L'Università ancora non riesce ad esprimere al meglio il suo possibile ruolo di «ascensore sociale». Il background familiare ha infatti un forte effetto sulla opportunità di completare il percorso di istruzione universitaria: fra i laureati, infatti, si rivela una sovra-rappresentazione dei giovani provenienti da ambiti familiari favoriti dal punto di vista socio-culturale.

Le professioni sanitarie sono tra i cinque gruppi disciplinari più numerosi insieme a economico-statistico, ingegneria, politico-sociale e il letterario che rappresentano oltre il 50% dei laureati.

Si rileva una forte differenziazione nella composizione per genere dei vari ambiti disciplinari. Nei corsi di primo livello le donne costituiscono la forte maggioranza nei gruppi insegnamento (94%), linguistico (84%), psicologico (81%), professioni sanitarie (69%) e letterario (67%). Donne in minoranza invece nei gruppi ingegneria (25%), scientifico (29%) ed educazione fisica (35%).

I tirocini sono esperienze che entrano nel bagaglio formativo di oltre l'83% dei neodottori dei gruppi insegnamento, agraria e veterinaria e professioni sanitarie, mentre interessano solo una minoranza dei laureati dei gruppi ingegneria, letterario, scientifico e giuridico.

Anche in questo caso i gruppi delle professioni sanitarie, dell'insegnamento, geo-biologico e di educazione fisica si confermano più impegnati in queste attività professionalizzanti.

I laureati che hanno avuto esperienze di lavoro sono particolarmente numerosi nei gruppi di educazione fisica (82%), insegnamento (77%), giuridico (76%), e politico-sociale (74), mentre il contatto con il mercato del lavoro è relativamente



insegnamento (45) e psicologico (49).

16 mag
2017

ureati magistrali biennali si attesta, come si è detto, sui 27,5 anni: 31,5 anni per le professioni sanitarie, insegnamento e, all'opposto, tra 26 e 27 anni per i gruppi chimico-farmaceutico, economico-statistico, gneria.

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

i studi appare consolidata e continua a riguardare una quota elevata di laureati triennali (48%).

re anni previsti ben il 70% dei laureati delle professioni sanitarie; all'estremo opposto, laurearsi in corso

17 laureati su cento del gruppo giuridico dove quasi un laureato su 3 ha terminato gli studi con almeno 4

Una regolarità ancora maggiore si registra per i laureati magistrali biennali dove risultano in corso 57 laureati su cento, con punte superiori all'80% per i laureati del gruppo di educazione fisica e delle professioni sanitarie.

Se il voto medio di laurea per i corsi triennali è pari, come detto, a 99,6, si osservano variazioni significative per gruppo disciplinare, con votazioni che vanno dal 104,8 del gruppo professioni sanitarie e 104,3 del letterario al 94,9 dell'economico-statistico e 96,3 di ingegneria.

La voglia di continuare a studiare per le professioni sanitarie è poca, ma il master attira una fetta rilevante di studenti. Tra i laureati triennali, il proposito di conseguire ulteriori qualifiche è particolarmente diffuso fra in neodottori in psicologia (93%), scienze geo-biologiche (89%) e ingegneria (88%). Mentre dichiarano la convinzione di aver esaurito il loro percorso formativo relativamente molti laureati dei gruppi giuridico (51%), insegnamento (42%), delle professioni sanitarie (38%) e agraria (29%).

L'8% nei neodottori intende invece iscriversi ad un master universitario, un titolo che attrae soprattutto i laureati delle professioni sanitarie (27%) e, seppure in misura più contenuta, quelli dei gruppi politico-sociale (11%) e giuridico (8%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO

05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE

04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO

02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio



16 mag
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

Internista "dottore degli adulti" pronto per la sfida cronicità

di *Andrea Fontanella* (presidente nazionale Fadoi)

Siamo il Paese con la più alta percentuale di ultrasessantacinquenni nel mondo, preceduti solo dal Giappone. Dal rapporto dell'Oms sappiamo che in Italia il 21,4% dei cittadini è over 65 e il 6,4% over 80. Nel 2050 si prevedono circa 2 miliardi di over 60 nel mondo. L'innalzarsi della vita media è l'aspetto positivo, legato al generale miglioramento del sistema sanitario e alla riduzione della mortalità per malattie acute, ma l'alto tasso di anziani impone l'adozione di cambiamenti in linea con il nuovo assetto della popolazione.



È fondamentale che i sistemi sanitari siano allineati con le esigenze degli anziani per fornire assistenza per le malattie croniche, più frequenti in età avanzata. I governi devono sviluppare sistemi di assistenza a lungo termine che possano ridurre l'uso improprio dei servizi sanitari e garantire alle persone che vivono i loro ultimi anni di farlo con dignità. Un ruolo chiave è giocato proprio dalla figura del medico internista, il cosiddetto "dottore degli adulti". Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ci chiama scherzosamente, ma non troppo, i Dr House della Medicina.

Insieme all'allungamento della vita, stiamo allungando le malattie

È compito dell'internista gestire la complessità e la fragilità dei pazienti. I malati ricoverati in Medicina Interna sono sempre più frequentemente anziani, con multiple patologie concomitanti, e la loro complessità (non solo per le malattie ma anche per le condizioni psicologiche e sociali, per il grado di autonomia, etc.) richiede un elevato carico assistenziale in termini di impegno organizzativo e di risorse destinate. Nell'interesse dei pazienti, Fadoi si è impegnata a proporre nuovi strumenti per l'ottimizzazione delle cure e ha promosso lo studio **Complimed**, con l'obiettivo di misurare il grado di complessità di un malato, caratterizzando i pazienti non solo dal punto di vista delle malattie, ma anche da quello personale.

Complimed: identikit del paziente anziano

Una sfida ambiziosa che ha coinvolto 29 Unità di Medicina Interna sul territorio nazionale e ha arruolato più di 500 pazienti ricoverati in questi reparti e che sono stati seguiti per un anno dopo la dimissione dall'ospedale. I dati raccolti delineano la figura di un paziente anziano (età media 78 anni), con più di 3 patologie coesistenti, e che nel 50% dei casi presenta condizioni in cui la compromissione degli organi vitali e degli apparati è particolarmente problematica, con una prognosi che può non essere buona. Oltre l'80% dei malati ha necessità di un supporto a domicilio per l'assistenza e le cure. Il valore potenziale dello studio è aver appunto identificato la possibilità di utilizzare un numero limitato di questionari per definire la complessità in modo sintetico e restituire alla persona, prima ancora che alla singola patologia, un ruolo centrale. L'utilizzo di questi strumenti può permettere al medico di effettuare scelte appropriate nella gestione del paziente, non solo in termini di valutazione clinica e prognostica, ma anche ai fini di una selezione gerarchica delle priorità e dei pazienti più vulnerabili. Tale selezione coinvolge anche la dimissione del paziente, permettendo di prevedere percorsi di continuità assistenziale diversi a seconda delle necessità del malato. La valutazione è anche in grado di meglio "dosare" i carichi di lavoro del personale sanitario dedicato all'assistenza intraospedaliera.

Ricerca e formazione devono mirare a un cambiamento, che per noi di Fadoi significa miglioramento della

sanitaria mediante la quale puntiamo al miglioramento continuo della qualità dei servizi e al raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

Le Linee guida oggi esistono per gli organi e apparati, ma non per il malato nel suo insieme, e nascono da studi randomizzati e controllati che usualmente escludono i pazienti ultraottantenni e i polipatologici, cioè i nostri pazienti. Ruolo fondamentale di FADOI è anche quello di operare in modo intersocietario e con la FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane) per la stesura di Linee guida che poi dovranno essere istituzionalizzate. Oggi esistono tante Linee guida non sempre concordi e coerenti tra di loro.

Fino a un anno e mezzo fa non c'era un vero collegamento tra Fadoi e le istituzioni. Adesso siamo chiamati a tutti i Tavoli: con l'Aifa, per i nuovi LEA, per le nuove tariffe e le visite specialistiche; con l'Istituto Superiore per la Sanità per la Ricerca indipendente, siamo stati chiamati a proporre modifiche sulle, a nostro avviso, incompletezze della legge sui biosimilari; con il ministero, per le malattie in gravidanza di interesse internistico. cerchiamo di collaborare con gli organi istituzionali anche nell'individuare strutture legislative per migliorare l'assistenza. Il nostro obiettivo è una sanità fruibile, accessibile ed omogenea su tutto il territorio nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORRELATI

DAL GOVERNO

05 Agosto 2015

Riforma Pa: sì al Polo unico della medicina fiscale. Fimmg: «La nostra proposta diventa legge»

LAVORO E PROFESSIONE

04 Settembre 2015

Scocca l'ora dei test di ingresso: oggi tocca alle professioni sanitarie

EUROPA E MONDO

02 Settembre 2015

Troppa competitività: nel Regno Unito uno studente di medicina su sette ha pensato al suicidio
