



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Pagamenti, prime le Regioni

## I governatori hanno già evaso tutta la quota di fatture extra sanità

Valeria Liva

Le Regioni e le Province procedono a passo spedito con i pagamenti dei debiti arretrati. I Comuni seguono, distaccati. Un po' più in affanno i ministeri, con l'eccezione dell'Economia, della Salute e dell'Istruzione.

I dati di dettaglio sull'andamento dei pagamenti arretrati della pubblica amministrazione, forniti dal ministero dell'Economia la scorsa settimana, danno anche l'idea delle diverse velocità con cui si stanno muovendo le amministrazioni a livello locale e centrale. Secondo l'ultimo aggiornamento datato 24 settembre le Regioni contendono alle Province il primato degli enti pagatori: le prime raggiungono il 100% degli importi assegnati dal decreto legge 35/2013 per i debiti non sanitari (1,44 miliardi pagati da luglio a oggi), mentre le Province vantano un 88% di saldo arretrati su un totale di 1,2 miliardi assegnati (si veda anche la tabella a fianco).

La percentuale si abbassa al

43% per i Comuni, e al 17% per i ministeri. In tutto sono stati versati ai fornitori 11,3 miliardi sui 17 a disposizione delle Pa.

### Le amministrazioni centrali

I ministeri hanno 3,1 miliardi in tutto: 2,5 sotto forma di incremento rimborsi fiscali (già interamente disponibili per i creditori) e 680 milioni per i pagamenti dei ministeri. Di questi ultimi finora ne sono stati saldati solo 113 milioni. Le percentuali più basse si registrano per la Giustizia (pagato solo l'1,4% dei 135 milioni) e per gli Esteri (2,2). Ma anche il Viminale non se la passa meglio: un debito record di quasi 300 milioni e solo 29 già saldati. Per i ministeri le informazioni sono ferme al 6 agosto. Su chi è più indietro l'Economia ha già avviato verifiche.

### Regioni e Province

Per i debiti extra sanità nove Regioni hanno richiesto 2,2 miliardi. Ne hanno ottenuti 1,4, interamente pagati al 19 settembre ai creditori. Sul fronte sanitario 14 sono le

Regioni destinatarie di fondi extra per un totale di 4,2 miliardi arrivati e 3,9 pagati alle imprese. Anche in questo caso però le difficoltà in cui si dibatte il Sud offuscano i risultati importanti. All'appello, per la sanità, mancano big come Campania (588 milioni) e Calabria (101 milioni). Per gli altri settori si attendono ancora i piani di copertura di Sardegna e Sicilia.

Secondo il monitoraggio Upi 29 province sulle 107 che hanno richiesto risorse hanno già pagato tutto. Qui brilla anche il Sud: 100% di pagamenti per i dieci milioni di Sassari, e per gli 8,5 di Messina.

### I Comuni

Il dato che inchioda al 43% lo smaltimento dei Comuni va interpretato. Mentre il monitoraggio su chi non avendo liquidità ha scelto le anticipazioni della Cassa depositi e prestiti è dettagliato e segnala risorse quasi esaurite (pagati da questi enti 1,5 miliardi su 1,4), le informazioni su chi ha chiesto l'allentamento del Patto di stabilità sono su un campione pari al 50% e registrano un avanzamento dei pagamenti pari all'80 per cento.

### Procedure complesse

Questa difficoltà è solo una delle tante che si affrontano per seguire fino all'ultimo miglio il flusso dei 17 miliardi disponibili. Pesano anche le procedure complesse, compresa la certificazione dei debiti non ancora pagati: anche dopo la scadenza del 15 settembre per immettere lo stock residuo nella piattaforma, come ammette il ministro Fabrizio Saccomanni nel Def, «non possono essere fornite quantificazioni».

Non sempre poi quello che risulta «pagato» è stato materialmente accreditato all'ultimo fornitore. I motivi sono tanti: a volte il doppio livello Regione-ente locale-impresa moltiplica i tempi, altre volte sono le verifiche richieste sui creditori a rallentare. Basta un documento mancante per far inceppare tutto l'ingranaggio.

### INUMERI

**3,9 miliardi**

#### Debiti della sanità pagati

Undici regioni su 14 richiedenti hanno già pagato la prima tranche di arretrati delle Asl. Primo il Lazio con 832 milioni

**57%**

#### Fatture pagate in totale

All'ultimo aggiornamento del Mef del 24 settembre risultavano versati alle imprese 11,3 miliardi su un totale di 17,9 materialmente disponibili

**7,2 miliardi**

#### Incremento del plafond

Il decreto legge 102/2013 ha aumentato di altri sette miliardi le risorse disponibili per pagare i debiti arretrati delle pubbliche amministrazioni portando il totale a 47 miliardi

## Si procede a più velocità

Lo stato di avanzamento dei pagamenti. Importi in milioni di euro

### IL BILANCIO

Ente	Risorse erogate	Pagate	Pagate in %
Ministeri	680,7	113,4	17
Regione (sanità)	4.216,7	3.877,6	92
Regioni (extra sanità)	1.446,6	1.449,9 <sup>(1)</sup>	100 <sup>(1)</sup>
Province	1.203,0	1.055,0	88
Comuni	5.403,0	2.314,0 <sup>(2)</sup>	43

### LE REGIONI: I DEBITI NON SANITARI

Regione	Importo assegnato	Importo ricevuto	Valore debiti pagati
Calabria	101.249.668	-	-
Campania	586.983.863	-	-
Lazio	924.481.401	924.481.401	927.639.690 <sup>(3)</sup>
Liguria	17.063.491	17.063.491	17.063.491
Marche	7.853.372	7.853.372	8.202.417 <sup>(3)</sup>
Molise	11.096.439	11.096.439	10.639.839
Piemonte	447.693.393	447.693.393	447.693.393
Toscana	38.499.397	38.499.397	38.499.397
Sicilia	140.273.324	-	-

### I MINISTERI (IMPORTI IN EURO)

Ministero	Totale risorse assegnate	Valore debiti pagati <sup>(4)</sup>	Ministero	Totale risorse assegnate	Valore debiti pagati <sup>(4)</sup>
Economia	18.421.986	18.421.986	Ambiente <sup>(7)</sup>	3.237.685	1.435.231
Sviluppo economico	7.598.583	222.847	Infrastrutture	58.932.316	3.394.934
Lavoro <sup>(4)(7)</sup>	62.895	9.345	Difesa	21.797.649	3.050.473
Giustizia	135.640.358	2.029.535	Politiche agricole <sup>(5)</sup>	33.494.321	7.827.286
Affari esteri	9.206.456	209.451	Beni culturali	34.996.500	3.408.418
Istruzione <sup>(7)</sup>	50.741.149	36.472.081	Salute <sup>(6)(7)</sup>	8.808.893	7.155.533
Interno	297.765.327	29.779.761	<b>Totale</b>	<b>680.704.119</b>	<b>113.416.880</b>

Note: (1) Compresa alcune risorse aggiuntive reperite dalle Regioni; (2) Per la quota di spazi finanziari il dato è relativo a un campione pari al 50%; (3) la regione ha integrato i pagamenti con fondi propri; (4) una quota di 53.547,26 euro non è stata pagata per ragioni in corso di verifica; (5) circa 5 milioni sono accantonati per effetto di contenziosi; (6) residuo in corso di verifica; (7) in corso di verifica; (8) i dati sono aggiornati al 6 agosto, eccetto il Mef, aggiornato al 3 settembre. Il monitoraggio sui ministeri è trimestrale

Fonte: Mef

PA E FATTURE IN SOSPEso

## Credito all'incasso ma l'ente vuole lo sconto

di Valeria Uva

«Spettabile fornitore, la Regione Lazio, prima fra le Regioni italiane ha recentemente sottoscritto un accordo con il Ministero dell'Economia per l'ottenimento di una prima tranche di 924 milioni ... da destinare al pagamento dei debiti». Comincia sotto i migliori auspici la lettera che la Lait, società per l'informatica al 99% della Regione La-

zio, ha spedito in questi giorni a tutti i suoi creditori.

È la buona notizia tanto attesa: dopo anni di rubinetti chiusi, con fatture giacenti anche da 24 mesi, la Lait ora può pagare. Una conseguenza diretta del decreto sblocca-debiti varato a primavera e che ora sta cominciando a intaccare la montagna da 90 miliardi di debiti arretrati del-

la Pa (4 miliardi, sanità esclusa, nel Lazio).

Ma il sollievo e la gioia durano poco. Basta scorrere qualche riga più in giù. Per capire che il proprio credito, piccolo o grande che sia, non sarà mai soddisfatto del tutto. Già, perché l'ente è sì pronto a saldare, ma chiede lo sconto. E non paga gli interessi.

### FATTURE IN SOSPEso

## Il saldo arriva solo con lo sconto

Si è vista offrire una transazione con lo sconto del 4% «più la rinuncia a qualsiasi interesse legale e di mora» anche la società di software del Meridione che ha segnalato il caso al Sole 24 Ore, mostrando la proposta (si veda il riquadro qui a fianco).

In cambio la Lait promette di ridurre i tempi: pagamento «in un'unica soluzione - si legge nell'offerta - da corrispondere entro trenta giorni». Un mese, insomma, nulla rispetto a quelli attesi finora.

«Non avevamo scelta - spiega l'amministratore unico di Lait, Francesco Maria Loriga - perché siamo anche noi creditori della Regione Lazio». La società ha chiuso il 2012 con debiti per 83 milioni verso i fornitori. Venti già saldati. «Abbiamo chiesto anticipazioni alle banche - precisa ancora Loriga - per avere altra liquidità da subito. Il 4% di riduzione richiesto serve a coprire in parte i costi bancari». Una scorciatoia pensata per le aziende con l'acqua alla gola per le quali questi fondi potrebbero fare la differenza. «Stiamo facendo una fatica colossale per pagare tutti», aggiunge l'assessore al Bilancio, Alessandra Sartore. La Regione è da

#### LA LETTERA

La presente comunicazione inviata a tutte le imprese che alla data del 31 dicembre 2012 vantano un credito nei confronti della scrivente Società di cui saranno accertati i requisiti di certezza, liquidità ed esigibilità, ai sensi della sopra riportata procedura, vuole raccogliere la disponibilità delle suddette imprese alla sottoscrizione di un accordo transattivo tra le parti, che preveda l'applicazione di uno sconto pari al 4% sull'importo dovuto in sorte capitale del credito vantato, la rinuncia all'ottenimento del pagamento degli interessi legali e di mora e delle spese legali sostenute o da sostenere per il recupero del credito, oltre

**Le condizioni.** Uno stralcio della proposta di transazione indirizzata a tutti i fornitori dalla società in house della Regione Lazio, Lait

anni seduta sopra una montagna mai aggredita di debiti. Senza contare il buco della sanità, negli altri settori si è indietro di quasi quattro miliardi. Il decreto sblocca debiti ha dato una prima boccata d'ossigeno da 2,4 miliardi, ma ne vanno trovati altri 1,4. Da qui l'idea di proporre a tutti i creditori del Lazio queste transazioni che - spiega ancora Sartore - «prevedono una politica di riduzione degli importi da riconoscere». Uno sforzo, insomma, che passa anche da questo piccolo sacrificio chiesto ai creditori.

«Già, ma perché?» si interroga l'amministratore della società creditrice che chiede comunque l'anonimato. «La lettera non spiega cosa succede a chi non aderisce». «Dovranno attendere l'arri-

vo di nuovi fondi, non sappiamo fra quanto» precisano dall'ufficio stampa della Regione. Insomma, si aprono scenari incerti. Eppure un criterio per saldare i fornitori il decreto 35 lo avrebbe anche indicato a tutte le amministrazioni, ed è quello cronologico dell'anzianità della fattura. Come essere certi che verrà rispettato nel Lazio anche se non si aderisce? Dal 5 luglio per far conoscere in trasparenza ai debitori il proprio turno ogni ente deve pubblicare l'elenco delle fatture e della data presunta di pagamento sul sito. Un servizio utile anche per decidere se accettare questa offerta. Ma l'informazione sul sito della Lait ancora non si trova.

Valeria Uva

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Ha ancora senso il ministero della Salute? Sì, ma a determinate condizioni

*Vincoli europei e di bilancio. Procedure centralizzate in molti campi d'azione (dalla veterinaria ai farmaci). Ruolo ingombrante dell'Economia e delle Regioni che spesso "bloccano" il cambiamento. Insomma fare il ministro della Salute non è un lavoro facile ed è più comodo mettere "il pilota automatico". A meno che...*



30 SET - Cinque mesi sono sicuramente pochi per valutare l'azione di governo di un ministro della Salute, ma cinque mesi sono sufficienti per farsi un'idea di cosa quel ministro avrebbe potuto fare. La pubblicazione della nota aggiuntiva del Def, il silenzio a tale proposito del ministro o meglio ex ministro Lorenzin, insieme alle sue precedenti dichiarazioni ci fanno dire che probabilmente la sua azione sarebbe stata largamente insufficiente.

Nulla di personale ovviamente. Né tale giudizio è rivolto solo alla ex ministra Lorenzin perché fortemente insufficienti sono stati altri ministri che pure potevano vantare ben altri curricula e un tempo sufficientemente lungo di governo.

E allora perché è così facile essere un ministro insufficiente e così difficile essere un buon ministro della Salute?

La risposta è strettamente legata al contesto istituzionale in cui opera il ministero della Salute e tre sono gli elementi che dobbiamo considerare

Il primo riguarda il rapporto che il ministero ha con le istituzioni europee. Per quanto riguarda la veterinaria (core business del ministero) valgono le determinazioni della Commissione europea che obbligano i paesi membri ad uniformare i propri comportamenti, e la stessa cosa vale ora per i farmaci a seguito della costituzione dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema).

Il secondo aspetto riguarda gli altrettanto importanti rapporti o meglio i condizionamenti esercitati dal Dicastero dell'Economia da cui dipende la definizione del Fondo sanitario nazionale e la vigilanza attiva sulle regioni sottoposte ai piani di rientro. Nel passato è stato proprio il ministero dell'Economia ad esercitare il ruolo da protagonista relegando la Programmazione del ministero della Salute in una posizione di forte subalternità.

Il terzo aspetto riguarda il ruolo esercitato dalla Conferenza Stato Regioni il cui concerto è indispensabile per la quasi totalità degli atti predisposti dal ministero. E anche in questo caso precedenti presidenti regionali o assessori alla Salute hanno imposto i loro *dictat* a ben più di un ministro della salute che di fatto ha rinunciato a parti importanti del programma per le opposizioni (spesso immotivate) delle regioni.

Di fatto dunque un ministro della Salute può semplicemente limitarsi a dirigere il ministero come una sorta di pilota automatico in cui sono le istituzioni “altre” a dare la linea politica. E questo grazie anche alle competenze di grado elevato che hanno i direttori e i Capi dipartimento delle diverse direzioni che, come bravi solisti, per suonare la loro musica non hanno bisogno del Direttore d’orchestra. In questo caso il ministro della Salute può tranquillamente vivacchiare e seguire il corso naturale degli eventi.

Altra cosa è invece farsi carico dei problemi che investono in modo crescente il Servizio sanitario nazionale: il finanziamento progressivamente decrescente, la scarsa qualità delle cure di gran parte delle regioni italiane, l’ingerenza asfissiante del sistema politico nella gestione che è il vero problema del nostro paese e infine la corruzione che avvelena i bilanci delle regioni e delle Asl.

Se un ministro vuole cimentarsi con questi problemi come prima cosa deve disattivare il pilota automatico e avere il coraggio di affrontare dure battaglie che renderanno il suo procedere incerto, insidioso e soprattutto faticoso anche a livello personale.

E’ questo il ruolo difficile che un ministro della Salute deve sapere svolgere se vuole essere un buon ministro. Un compito difficile che pochi sono riusciti ad assolvere ma fondamentale per chi crede che il ministero della Salute abbia ancora un senso nel nostro ordinamento.

## Def 2013. Mandelli (PDL): "Ora è tutto più difficile. Ma la sanità così com'è non regge più"

*"Il sistema universalistico costruito con la riforma di tanti anni fa non possiamo, purtroppo, più permettercelo. Ma c'è anche il nodo delle Regioni e soprattutto quello degli sprechi che minano la sostenibilità del sistema". Intervista al senatore del Pdl, che è anche presidente della Fofi, componente della Commissione Bilancio di Palazzo Madama.*



29 SET - La crisi di Governo è aperta. E al momento non è ancora possibile capire come andrà a finire. Ma abbiamo pensato comune utile proseguire la nostra raccolta di opinioni tra i parlamentari dei diversi schieramenti in merito alla nota di aggiornamento del Def approvata dal Consiglio dei ministri il 20 settembre scorso.

in questa intervista le opinioni e i commenti del senatore **Andrea Mandelli** (PDL), membro della Commissione Bilancio e presidente della Fofi.

**Senatore Mandelli, mentre da una parte si presentano stime previsionali della spesa sanitaria che mostrano stabilità, nel Def si afferma che il modello del Ssn va rivisto per dare le "prestazioni a chi ne ha veramente bisogno" e per "selezionare l'offerta". Questo da più parti è visto come motivo di preoccupazione. Lei che ne pensa?**

Preliminarmente va osservato che i conti dello Stato hanno una difficoltà che tutti possiamo riscontrare. Ogni giorno vediamo come il Paese è di fronte ad una grandissima crisi che sta coinvolgendo le imprese determinando anche una diminuzione del gettito. Da qui non possiamo discostarci per un'analisi che abbia un senso.

Per quanto riguarda la sanità la riflessione è già stata lanciata dal Governo Monti. Un sistema che è sicuramente tra i migliori del mondo, che assiste dalla culla alla tomba, davanti ad una crisi economica deve comportarsi come un buon padre di famiglia che ha la necessità di far quadrare i conti e mancando la disponibilità di soldi, si deve cominciare a tagliare qualcosa.

Quando si parla di sanità i tagli fanno sicuramente paura perché incidono sulle categorie deboli, sui più bisognosi, su quell'ammortizzatore sociale eccezionale che è il Ssn.

Fatte queste considerazioni generali di fronte ad un pericolo-allarme, il buon senso sarebbe quello di mettersi tutti intorno ad un tavolo a considerare, mi passi l'esempio, che prima di ridurre il calibro del tubo che porta l'acqua sarebbe meglio capire se i tanti buchi che sono nel tubo non valga la pena di chiuderli. Quindi prima di tutto è necessaria un'analisi degli sprechi e delle storture che purtroppo riscontriamo avendo la volontà di affrontare tutte quelle cose che non vanno.

**Lei ha usato l'immagine del tubo che perde acqua per dire come nella sanità, accanto alle efficienze, ci sono anche inefficienze su cui intervenire. Restando alla sua metafora il Def sembra individuare questi buchi nei Lea, nella messa in discussione dell'universalismo, nel ridisegno del ruolo delle regioni e via dicendo. Mentre i buchi sono altri o anche altri. Perché si interviene su questi punti, perché è più facile?**

Il tema delle Regioni indubbiamente c'è. Quante sono quelle commissariate? E questo è un segno che qualcosa che non va c'è. Di fronte alle previsioni del Def urge prendere delle decisioni coraggiose per salvare il Paese perché è importante essere consci della situazione. I cittadini da un governo cercano anche delle decisioni che possano permettergli di guardare al futuro con una maggiore serenità. Questa è la grande sfida del momento politico. Il Def lancia degli spunti sicuramente veri. Perché questa macchina costruita tanti anni fa, un sistema universalistico che ti tutela in maniera fantastica, purtroppo, in questo momento, non riusciamo più a permettercela. La macchina dello Stato fa fatica e da qualche parte bisogna cominciare a risparmiare. Vediamo se una sanità diversa ci fa risparmiare dei soldi garantendo prestazioni di qualità. Perché, ripeto, il Ssn in questo momento di crisi è un grande ammortizzatore sociale.

**Si conferma però il dato della messa in discussione dell'universalismo al punto che nella nota al Def si parla di "un nuovo modello" per il Ssn.**

Vede, sono tutti temi adatti per animare un dibattito, però la politica dell'annuncio non funziona in un momento in cui le persone hanno bisogno in un momento drammatico, da parte chi guida un Paese, di risposte certe. Tutti dobbiamo avere in testa quanto è importante in questa fase la certezza di una buona salute per tutti. Al tempo stesso però il sano realismo ci deve far trovare una risposta immediata e in questo momento si potrebbe fare un ragionamento sul Titolo V, e sulla sanità alle Regioni chiedendoci se queste riescono a garantire, come dice la Costituzione, una sanità uguale per tutti. I temi sono veramente tanti ma le persone necessitano di risposte e si sono stufati delle chiacchiere.

**Lei dice "i temi sono tanti", ma questo esecutivo ha la forza politica per affrontare queste situazioni?**

Se ci astraiano dal momento che stiamo vivendo io sono assolutamente convinto che l'intuizione del Popolo della Libertà e del suo presidente, Berlusconi, era quella giusta: un governo di larghe intese che potesse affrontare con le adeguate maggioranze e senza l'animosità della tifoseria i problemi del Paese. L'intuizione del mio partito forse necessitava di una considerazione immediata alla fine della tornata elettorale. Invece di inseguire maggioranze improbabili sarebbe stato necessario che i due grandi partiti, Pd e Pdl, si fossero chiusi dentro una stanza per sancire un patto delle cose più importanti da fare nel Paese. Trasformando quindi l'incertezza del risultato elettorale in una grande forza in grado di consentirci di affrontare quei problemi strutturali che il Paese ha. Non è stato fatto e abbiamo perso l'occasione di trasformare una necessità in una virtù.

**Questo a suo tempo non è stato fatto. E ora?**

Adesso torniamo alla realtà. Chi le dà una risposta ha un destino segnato: quello di essere o un genio o un cretino. Io sentendomi una persona normale le dico che la questione è così intricata che è difficile, se sei responsabile, dare una risposta. Non so cosa succederà e mi astengo da ogni giudizio perché di gente che parla mi pare ce ne sia già troppa e la mia voce sarebbe stonata. La situazione è però molto complessa e sono profondamente preoccupato anche alla luce della mia appartenenza nella Commissione Bilancio del Senato che è quella più importante per capire quanta febbre ha il Paese.

## **Farmaci. Rapporto Osmed: spesa ospedaliera fuori controllo: + 101% rispetto al tetto. Scende la territoriale: - 6,9%. Cardiovascolari al top**

*Presentato il [Rapporto](#) curato dall'Aifa. Nel 2012 ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private. Le donne assumono più farmaci degli uomini (64,6% contro 57,5%). L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche.*



24 SET - Trend in discesa per la spesa farmaceutica italiana, [passata dai 26,3 miliardi del 2011](#) ai 25,5 miliardi del 2012, il 76% dei quali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale. Lo rileva il nuovo Rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Aifa, presentato oggi a Roma dai vertici dell'Aifa e dal ministro della Salute Lorenzin, da cui emerge che la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, si è assestata a 19,389 miliardi di euro con una riduzione del -5,6% rispetto all'anno precedente. Nel dettaglio, per 11,823 miliardi si è trattato di spesa pubblica, mentre 7,566 sono stati i miliardi usciti dalle tasche dei cittadini per ottenere i farmaci, tra ticket, automedicazione, classe C con ricetta e classe A acquistata privatamente.

E così, a fine anno, ogni italiano aveva acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private, per un totale di oltre 1,8 miliardi di confezioni (in riduzione rispetto all'anno precedente dello 0,4%), spendendo, in termini di spesa procapite, 430 euro (erano 434 euro nel 2011). Ad assumere più farmaci, a livello regionale, in regime di assistenza convenzionata, sono i siciliani con 1.110 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti (DDD/1000 ab. die), mentre il valore di consumi più basso si è registrato dalla Provincia Autonoma di Bolzano (743,1 DDD/1000 ab. die). I farmaci più consumati sono i cardiovascolari (516 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti, DDD/1000 ab die.) al primo posto anche in termini di spesa farmaceutica (4.350 milioni di euro).

### **TETTI DI SPESA. BENE LA TERRITORIALE, FUORI CONTROLLO L'OSPEDALIERA**

Non accenna a fermarsi la corsa della spesa farmaceutica ospedaliera, che ha sfiorato del 101% il limite che gli viene permesso rispetto all'entità del Fondo sanitario nazionale. Tale limite è fissato al 2,4% del Fsn per la spesa farmaceutica ospedaliera e al 13,1% del Fsn per la spesa farmaceutica

territoriale (dal 2013 il tetto scenderà all'11,35% per la territoriale mentre salirà al 3,5% per l'ospedaliera). Da sottolineare che per la valutazione dello sfioramento, la spesa territoriale è calcolata come somma della spesa farmaceutica convenzionata, comprensiva di ogni compartecipazione a carico degli assistiti e della spesa per medicinali di classe A erogati in distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, al netto di ogni importo versato dalle aziende farmaceutiche in attuazione di procedimenti di legge. Allo stesso modo la definizione "assistenza farmaceutica ospedaliera", ai fini del monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera ai sensi della L. 135/2012, include nel consumo di medicinali in ambito ospedaliero anche quello dei medicinali di fascia H e C dispensati all'assistito in distribuzione diretta e per conto.

Nel dettaglio, **la spesa ospedaliera**, toccando quota 5.170,6 milioni di euro, ha segnato rispetto allo scorso anno una crescita di oltre il 3,7%, con un disavanzo complessivo di 2.598,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (+101% rispetto al tetto del 2,4%, appunto).

**Di contro, la spesa farmaceutica territoriale** continua il suo andamento virtuoso, fermandosi a 13.070 milioni di euro, con un avanzo complessivo di 968,7 milioni di euro rispetto al livello di finanziamento programmato (-6,9% rispetto a 14.038 milioni di euro) e con una riduzione del 6,7% rispetto alla spesa del 2011.

### **TICKET E SPESA PRIVATA**

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto consegnato al cittadino e il corrispondente prezzo di riferimento), la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, è stata di 7.566 milioni di euro, in riduzione del -1,5% rispetto al 2011. Ad influire maggiormente è stato il decremento della spesa a carico dei cittadini per l'acquisto di medicinali di classe C con ricetta medica (-6,5%), in parte compensato dall'incremento della spesa relativa alla compartecipazione a carico del cittadino (+5,2% rispetto al 2011), dall'incremento dell'acquisto privato di medicinali di fascia A (+0,6%) e dall'incremento della spesa per medicinali di automedicazione (+0,7%).

### **CARATTERISTICHE GENERALI DELL'USO DEI FARMACI IN ITALIA**

Nel 2012 ogni italiano ha acquistato in media 30 confezioni di medicinali attraverso le farmacie pubbliche e private, per un totale di oltre 1,8 miliardi di confezioni (in riduzione rispetto all'anno precedente del -0,4%).

La spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 25,5 miliardi di euro, il 76% dei quali è stato rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di circa 430 euro. Le dosi giornaliere totali prescritte ogni mille abitanti nel 2012 sono state 1.626,8.

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è ridotta rispetto all'anno precedente del -5,6% ed è stata pari a 19.389 milioni di euro.

Le dosi giornaliere prescritte ogni mille abitanti a carico del Servizio Sanitario Nazionale in regime di assistenza convenzionata sono state 985 (in aumento rispetto all'anno precedente del 2,3%), corrispondenti ad oltre 1 miliardo di confezioni dispensate (18,4 confezioni pro capite), con un incremento del +0,6% rispetto al 2011.

Nel complesso della popolazione, la prevalenza d'uso è stata pari al 61%, con i più alti livelli nella popolazione pediatrica e nella popolazione anziana: il 50% dei bambini e oltre il 90% della popolazione anziana con età superiore ai 75 anni ha ricevuto almeno una prescrizione durante l'anno.

Un anziano (con età superiore ai 74 anni) presenta consumi e spesa rispettivamente 22 e 8 volte superiori a quelli di un paziente con età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Emergono elevati livelli di inappropriatazza nell'uso di antibiotici nella popolazione anziana: il 56% dei pazienti di età compresa tra i 66 e i 75 anni con diagnosi di influenza è stato trattato con antibiotici rispetto al 24% dei pazienti con età inferiore ai 45 anni.

### **CATEGORIE TERAPEUTICHE PIÙ PRESCRITTE**

I farmaci cardiovascolari rimangono al primo posto in termini di consumo (516 DDD/1000 ab die.) e di spesa farmaceutica totale sia pubblica che privata (4.350 milioni di euro). Al secondo posto per

consumo (e per spesa) si collocano i farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (242,2 DDD ogni 1.000 abitanti die), seguiti dai farmaci del sangue e organi emopoietici (218 DDD ogni 1.000 abitanti die), dai farmaci per il Sistema Nervoso Centrale (161 DDD ogni 1.000 abitanti die) e dai farmaci dell'apparato respiratorio (95 DDD ogni 1.000 abitanti die).

I farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresentano la terza categoria terapeutica in termini di spesa farmaceutica complessiva (3.323 milioni di euro) e la dodicesima categoria in termini di consumi, pari a 13,5 DDD ogni 1.000 abitanti die.

### **DIFFERENZE DI GENERE NELL'USO DEI FARMACI**

Le donne consumano più farmaci antitumorali: sempre maggiori le prescrizioni per il cancro alla mammella per maggiore frequenza della patologia e migliore capacità di diagnosi in stadi precoci. Nelle donne con meno di 54 anni la frequenza di utilizzazione dei farmaci attivi sul Sistema Nervoso Centrale prevale di circa il +6% rispetto agli uomini della medesima fascia di età; tale differenza arriva al +8% nelle donne con più di 74 anni.

Si mantiene sempre superiore nelle donne in età fertile rispetto agli uomini l'utilizzo dei farmaci del sangue e degli organi emopoietici, verosimilmente per il maggior consumo di antianemici.

Il 60% degli uomini over 74 utilizza farmaci per il sangue e organi emopoietici per la prevenzione cardiocerebrovascolare.

Più frequente è l'utilizzo di antimicrobici nelle donne, in particolare nelle fasce di età adulta.

Il 30% degli uomini ultra74enni utilizza farmaci per il sistema genito-urinario, essenzialmente per il trattamento dell'ipertrofia prostatica.

Costantemente superiore nelle donne rispetto agli uomini la prevalenza d'uso dei farmaci per l'apparato muscolo-scheletrico, dovuta alla maggior frequenza di utilizzo dei bifosfonati per la cura dell'osteoporosi.

### **APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

Il livello di aderenza al trattamento con farmaci antidepressivi è inferiore al Sud (29,5%) rispetto al Nord (40%) e al Centro (39,7%). Le donne (38,3%) risultano lievemente più aderenti rispetto agli uomini (36,2%).

L'impiego inappropriato di antibiotici supera il 20% in tutte le condizioni cliniche, con particolare impatto per la laringotracheite (48,6%) e la cistite non complicata (37,0%). Per quanto concerne la distribuzione geografica, le Regioni del Centro Italia mostrano i livelli più alti di trattamento inappropriato dell'influenza e del raffreddore comune. Particolarmente inappropriato risulta l'uso di antibiotici nella popolazione anziana: il 56% dei pazienti tra i 66 e i 75 anni è stato trattato per l'influenza con antibiotici rispetto al 24% dei pazienti d'età inferiore ai 45 anni.

### **FARMACI A BREVETTO SCADUTO**

La prescrizione di farmaci a brevetto scaduto ha rappresentato nel 2012 il 62,1% delle dosi e il 37,7% della spesa netta, di cui il 13,4% è stato costituito dai farmaci equivalenti. Sia i consumi che la spesa dei farmaci a brevetto scaduto sono in aumento a confronto con il 2011, rispettivamente del 10,6% e del 6,4%. Nell'ultimo anno hanno perso la copertura brevettuale alcune molecole ad elevato impatto sulla spesa: atorvastatina, irbesartan sia come monocomposto sia in associazione, candesartan, rabeprazolo, donezepil e la quetiapina.

Nel 2012 lansoprazolo, pantoprazolo e omeprazolo continuano a rappresentare i primi principi attivi a brevetto scaduto in termini di spesa.

Sono stati registrati nell'anno 2012 rilevanti incrementi nell'utilizzo di farmaci biosimilari, soprattutto per i biosimilari dell'epoetina alfa e del filgrastim.

### **CONSUMO DI ANTIBIOTICI**

Nel 2012, in regime di assistenza convenzionata (farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso le farmacie pubbliche e private), sono state consumate 21,1 dosi giornaliere di antibiotici ogni mille abitanti, facendo registrare una riduzione rispetto all'anno precedente del -6,1%.

Le categorie di antibiotici maggiormente utilizzate sono state le associazioni di penicilline, i macrolidi e lincosamidi e le penicilline ad ampio spettro e le penicilline sensibili alle beta-lattamasi.

## **FARMACI ORFANI**

Il consumo di questi farmaci corrisponde a un totale di 5,9 milioni di dosi (esprese in DDD) per una spesa che ammonta a circa 671 milioni di euro, pari all'8% della spesa relativa agli acquisti farmaceutici da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

## **VARIABILITÀ REGIONALE**

Per quanto concerne il consumo di farmaci a livello regionale in regime di assistenza convenzionata, il valore più alto, con 1.110 dosi giornaliere ogni 1000 abitanti (DDD/1000 ab. die), si riscontra in Sicilia. Seguono il Lazio (1.097,3 DDD/1000 ab. die), la Sardegna (1.082,5 DDD/1000 ab. die) e la Puglia (1.081,9 DDD/1000 ab. die).

Al contrario, il valore di consumi più basso è registrato dalla Provincia Autonoma di Bolzano (743,1 DDD/1000 ab. die), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (864,9 DDD/1000 ab. die), dalla Liguria (881,9 DDD/1000 ab. die) e dalla Valle d'Aosta (896,1 DDD/1000 ab. die).

Il maggiore incremento del consumo di farmaci si riscontra in Sardegna e in Lombardia (+2%). Dall'altro lato, le maggiori riduzioni nei consumi si sono verificate in Liguria (-2,5%) e in Basilicata (-2,2%).

Il consumo di antibiotici è stato caratterizzato da un gradiente Nord-Sud. La Campania (31 dosi giornaliere per 1.000 abitanti), seguita dalla Puglia (27,8 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e dalla Calabria (26,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) continuano ad essere le Regioni con il maggior consumo di antibiotici mentre l'utilizzo meno elevato è stato registrato nella P.A. di Bolzano (12,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti), in Liguria (14,3 dosi giornaliere per 1.000 abitanti) e in Friuli Venezia Giulia (14,6 dosi giornaliere per 1.000 abitanti).

## **MONITORAGGIO DELLE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI**

Durante il 2012 sono state inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) 489 segnalazioni per milione di abitanti, valore ben al di sopra del Gold standard di 300 segnalazioni per milione di abitanti definito dalla WHO per un efficiente sistema di farmacovigilanza. Il numero di segnalazioni è in crescita: nel 2001 le segnalazioni inserite nella Rete erano 131 per milione di abitanti, e rispetto al 2011 è stato registrato un incremento del 38%.

La maggior parte delle segnalazioni avvenute nel 2012 ha riguardato i farmaci antineoplastici, antimicrobici, i farmaci del sistema nervoso centrale, del sistema cardiovascolare e del sistema muscolo-scheletrico.

Tali risultati confermano l'efficacia dei progetti messi in atto negli ultimi anni, che dovranno in futuro continuare a promuovere il coinvolgimento di clinici e degli altri operatori sanitari nella segnalazione.

## Mingardi: "Per gli italiani la sanità è 'la' priorità. Ma la politica è assente". Serve una svolta

*Non ampliare il ventaglio delle prestazioni offerte, stabilire procedure fallimentari che consentano il passaggio di mano di quegli ospedali cronicamente inefficienti, favorire fusioni realizzate da attori che pagherebbero da sé per gli eventuali errori. Questi i punti fermi proposti dal direttore generale dell'Ibl Alberto Mingardi.*



30 SET - "Alla vigilia delle elezioni politiche, nei sondaggi sulle priorità degli elettori, la sanità viene sempre al primo o al secondo posto. I politici però non ne parlano mai, perché è un tema complesso e anche pericoloso: ogni promessa fatta si presta a una spietata verifica. Per questa ragione, il dibattito che si è aperto in Lombardia sul futuro della nostra sanità è una bella sorpresa. Se ci sono visioni del mondo diverse, è bene che si confrontino: e nel modo più trasparente possibile". Così il direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni, **Alberto Mingardi**, in una lettera al *Corriere della Sera*, apre un dibattito sul futuro del sistema sanitario mettendo alcuni 'punti fermi' dai quali poter partire.

"La legge del 1997 rappresenta una rarità, in Italia: una riforma che ha funzionato. La qualità del servizio offerto è elevata. Scegliendo la strada della separazione fra erogatori e Asl, la Lombardia è stata l'unica regione a valorizzare la libertà di scelta del paziente. Ciò ha fatto sì che il privato fosse chiamato a svolgere un ruolo non residuale, ma paritario all'interno del servizio pubblico - ha spiegato Mingardi - Tutto è migliorabile: e senz'altro lo è il nostro modello sanitario. Il fatto che l'equilibrio fra operatori pubblici e privati rimanga inalterato da anni (la quota di mercato del pubblico è invariata e non scende sotto i due terzi della rete ospedaliera) suggerisce che sia opportuno un nuovo stimolo alla concorrenza. Sotto questo profilo, la fusione delle Asl può essere utile: aiuta a creare regole più uniformi, e quindi un terreno di gioco più favorevole. Nelle discussioni di questi giorni, sarebbe opportuno fissare due punti fermi".

Il direttore generale dell'Ibl passa poi in rassegna i suoi 'punti fermi'. "Primo, in questo quadro di finanza pubblica, la politica dovrebbe astenersi dalla sua più ricorrente tentazione: ampliare il ventaglio delle prestazioni offerte. La ricerca del consenso spinge in quella direzione, ma rischia di essere una promessa impossibile da mantenere, a causa dei vincoli finanziari. Secondo, non pensare

che i problemi si risolvano con accorgimenti di carattere meramente organizzativo. La riorganizzazione della rete ospedaliera si può fare dall'alto o dal basso. Dall'alto: con la squadra e il righello. Dal basso: stabilendo chiare procedure fallimentari, che consentano l'eventuale passaggio di mano di quegli ospedali che si dimostrano cronicamente inefficienti. L'una cosa e l'altra - ha proseguito - richiedono più trasparenza nei bilanci, perché effettivamente si possa conoscere per deliberare. In un caso, si presume che la Regione disponga di tutte le informazioni necessarie per una pianificazione efficiente. Nell'altro, si parte più concretamente dai bisogni espressi dai cittadini".

"Quando fusioni e consolidamenti, nell'economia di mercato, 'funzionano', è perché sono 'a trazione imprenditoriale': riflettono un progetto ben ponderato, realizzato da attori che pagherebbero da sé per gli eventuali errori. In settori più opachi, abbiamo visto molti consolidamenti pensati per creare gruppi 'troppo grandi per fallire', costruiti sulla promessa implicita di un salvataggio in caso di bisogno. Il pericolo - ha concluso Mingardi - è tanto maggiore quando si discute di realtà come gli ospedali, pubblici e intimamente legati alla gestione del consenso. L'opinione pubblica tenga gli occhi aperti".

## Sanità e welfare. Irs: "Il 37% spesa assistenziale va alla metà più ricca delle famiglie"

*E' quanto emerge da [un'indagine](#) condotta dall'Istituto di ricerca sociale. La spesa per interventi socio-assistenziali ammonta a 67 miliardi di euro, cioè il 4% del nostro Pil. Soltanto 8,5 miliardi impiegati per abbattere la povertà. Ai giovani solo l'11% della cifra complessiva.*



30 SET - In Italia la spesa per interventi socio-assistenziali ammonta a 67 miliardi di euro, cioè il 4% del nostro Pil. La distribuzione delle risorse non avviene però in maniera oculata ed equa: alla metà più ricca delle famiglie affluisce il 37% di tutta la spesa assistenziale. E' quanto emerge da un'indagine elaborata dall'Irs di Milano, in collaborazione con il Capp di Modena, e pubblicata sull'ultimo numero della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie.

La cifra complessiva rappresenta una rilevante voce della spesa pubblica che in gran parte (55 miliardi) si traduce in erogazioni monetarie da parte dell'Inps e "solo in piccola parte, pari a 8,5 miliardi, riesce a "sostenere interventi dalle amministrazioni locali, che avrebbero invece la possibilità di garantire percorsi di welfare attivanti, fondati su servizi adeguati ed efficaci, come sviluppati da tempo nella maggior parte dei Paesi europei". Altra nodo riguarda la lotta alla povertà: le risorse impiegate per contrastarla la abbattano di una quota minima, cioè il 20%, con una performance migliore soltanto di Grecia e Bulgaria.

Problemi anche per quanto riguarda lo scollamento generazionale. "di povertà, emarginazione sociale e lavorativa: le famiglie giovani ricevono infatti solo l'11% della spesa sociale complessiva, mentre i nuclei degli ultrasessantenni, che rappresentano meno di un terzo delle famiglie italiane, beneficiano di circa la metà della spesa totale. Infine, essendo basato su un modello obsoleto di erogazioni monetarie gestite dall'amministrazione centrale, l'attuale sistema trascura il possibile sviluppo di professionalità e occupazione, soprattutto femminile, nel settore dei servizi sul territorio".

L'Irs, oltre all'indagine e ai riscontri numerici, presenta anche una proposta fattiva per invertire il trend descritto. L'approccio è incentrato sul pragmatismo. "Innovazioni nella fiscalità generale e nel campo della previdenza sarebbero auspicabili, ma probabilmente lunghe e molto esposte a

resistenze e concorrenzialità sulla distribuzione fra diverse politiche egualmente rilevanti (lavoro, scuola, ricerca, ecc.) delle risorse con esse recuperate”. Per questo viene privilegiato “un percorso di revisione e riallocazione delle risorse già oggi impegnate nel settore socio assistenziale che, ancor più se scarse, vanno utilizzate massimizzando obiettivi di efficacia e di equità. Cautelandoci così anche contro la ricorrente comoda obiezione del ‘non ci sono le risorse’, per sano realismo assumere il vincolo di far conto sulla sola spesa attualmente impegnata nel settore socio-assistenziale, per cercare come riqualificarne l’uso guidati dai criteri guida ora esposti”.

La proposta dell’Irs è strutturata su tre assi fondamentali: sostegno alle responsabilità familiari, sostegno alla non autosufficienza, contrasto della povertà. Con riferimento al primo ambito, si prevede lo sviluppo di un Assegno per famiglie con figli - con o senza detrazioni per altri familiari a carico e graduato in base alla condizione economica della famiglia e al numero dei componenti - che può essere introdotto reimpiegando i circa 18 miliardi attualmente destinati a detrazioni e assegni familiari, per un totale di 10,5 milioni di famiglie potenzialmente beneficiarie. Al fine di garantire un sostegno agli anziani (over 65) totalmente o parzialmente non autosufficienti (circa 2 milioni), viene proposto lo sviluppo di un nuovo strumento, in sostituzione dell’indennità di accompagnamento, chiamato “Dote di Cura”, che consentirebbe l’attivazione dei servizi di natura socio-sanitaria e lo sviluppo di un percorso assistenziale flessibile (secondo un adeguato mix cash/care definito insieme al beneficiario).

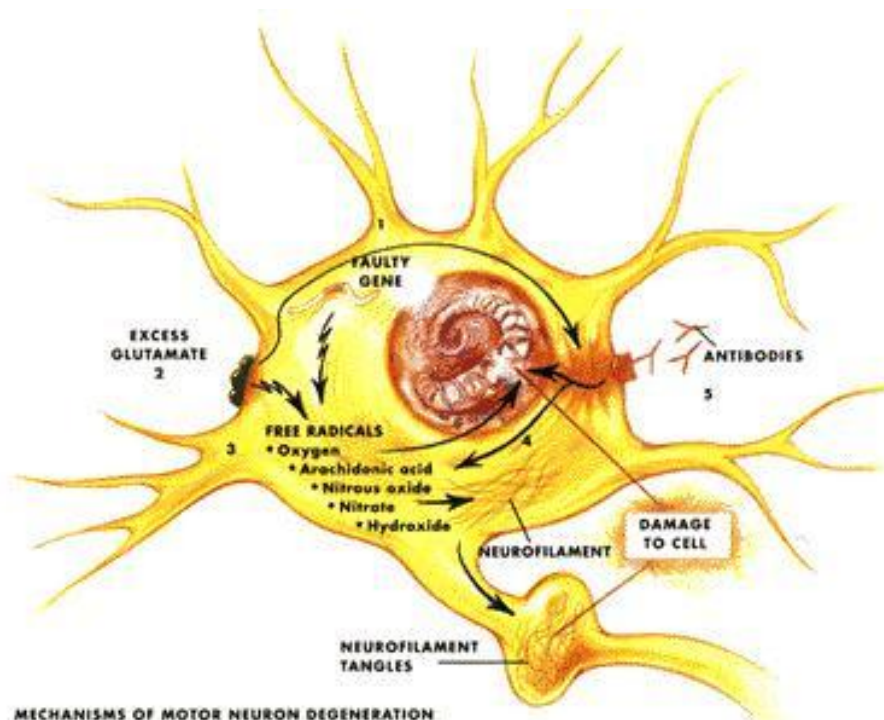
Infine, IRS ha elaborato una proposta unitaria di politica contro la povertà che intende proporsi come risposta efficace e sostenibile, nell’attuale situazione di crisi, all’urgenza rappresentata dal 7% di famiglie italiane in povertà assoluta (dati Istat per il 2012); l’intervento suggerito, chiamato Reddito Minimo di Inserimento, andrebbe a integrare i redditi di tutte le famiglie “povere” fino a consentire loro di raggiungere la soglia della “povertà assoluta” e verrebbe garantito a condizione della attivazione di percorsi di inclusione sociale finalizzati all’empowerment delle risorse individuali, per facilitare il reinserimento sociale e lavorativo dei beneficiari.

“Le amministrazioni locali, alle quali la legge attribuisce una autonomia che non è stata ad oggi implementata, avranno – ha dichiarato **Emanuele Ranci Ortigiosa**, direttore scientifico dell’Irs - la responsabilità di progettare e garantire interventi appropriati per tutti coloro che ne hanno bisogno. Ciò favorirà il passaggio dalla logica risarcitoria che ha storicamente caratterizzato l’intervento dello Stato a un welfare attivato dal territorio in piena sinergia con gli strumenti di controllo di cui oggi dispone l’amministrazione centrale. Ci auguriamo di poter dialogare con gli attori politici e sociali per favorire una riforma che, anche per l’impatto sociale della crisi che stiamo vivendo, è riconosciuta nella sua urgenza da tutti”.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Medicina News



## Il cervello delle ballerine non avverte vertigini

La porzione di cervelletto che regola l'equilibrio è più piccola

La scoperta è utile per terapie a chi soffre di vertigini croniche



Anni di formazione e allenamenti provocano cambiamenti strutturali nel cervello di una ballerina che le permettono di mantenersi perfettamente in equilibrio durante le piroette. Lo ha dimostrato un nuovo studio pubblicato sulla rivista *Cerebral Cortex*. La scoperta potrebbe essere utile a creare innovative terapie contro le vertigini croniche. Dalle scansioni cerebrali di ballerine professioniste sono emerse alcune differenze rispetto ai non ballerini in due parti

del cervello: una che elabora gli input dagli organi dell'equilibrio nell'orecchio interno, l'altra responsabile della percezione delle vertigini.

**LA VERTIGINE** - La maggior parte delle persone quando gira più volte e rapidamente intorno al proprio corpo ha successivamente una sensazione di vertigini. Le ballerine in grado di eseguire molteplici piroette provano poco o, in alcuni casi, alcuna vertigine. «Ci siamo chiesti se fosse possibile riprodurre lo stesso risultato anche tra i pazienti che soffrono di vertigini» ha spiegato Barry Seemungal dell'Imperial College di Londra, autore dello studio «e abbiamo scoperto che la parte del cervelletto che elabora il segnale dagli organi di bilanciamento e governa i movimenti del corpo è più piccola nelle ballerine. Il loro cervello si adatta a sopprimere la percezione della vertigine attraverso anni di allenamento. Se saremo in grado di addestrare la stessa zona anche nei pazienti con vertigini croniche potremo iniziare a trattarli con maggiore efficacia».

30 settembre 2013 |

## Cardiologia

### Sete e urina abbondante: i sintomi del diabete di tipo I

Colpisce soprattutto bambini e adolescenti. Alito acetone e disidratazione sono altri sintomi importanti



Ogni anno in Italia sono circa 15 mila i nuovi casi di diabete di tipo 1, malattia autoimmune che insorge soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza (perciò è chiamata anche "diabete giovanile"). «Le cause del diabete di tipo 1 non sono del tutto chiarite. Si pensa che questa malattia derivi da un danno provocato alle cellule beta del pancreas, innescato da alcuni ceppi di virus - spiega Carlo Giorda, presidente della Fondazione Associazione medici diabetologi (Amd) e direttore della Struttura complessa di malattie metaboliche e diabetologia della Asl 5 di Torino -. In individui con una particolare predisposizione genetica, questo danno indurrebbe il sistema immunitario a reagire in modo eccessivo, arrivando a

distruggere le cellule beta del pancreas. Queste cellule sono deputate alla produzione di un ormone, l'insulina, che regola l'uso del glucosio da parte delle cellule come fonte di energia. Il risultato della mancata produzione di insulina è che il glucosio che deriva dagli alimenti e dalla produzione epatica si accumula nel sangue, per poi essere eliminato con le urine, con numerose conseguenze negative per l'organismo».

#### **Quali sono i sintomi caratteristici?**

«Sono diversi i segnali che possono far pensare al diabete di tipo 1, soprattutto quando riguardano un bambino o un adolescente (anche se non mancano i casi in cui la malattia si sviluppa nell'adulto o nell'anziano). Nel bambino, uno dei primi segni che può far sospettare il diabete è la pipì a letto, dopo che il piccolo aveva perso questa abitudine. Sintomi, in genere, da associare a un possibile diabete sono: aumento cospicuo della produzione di urina (sia di giorno sia di notte), sete continua, disidratazione e alito acetone. Se non si riconosce subito un'iperglicemia (valori di glucosio nel sangue superiori alla norma), può instaurarsi una chetoacidosi, condizione potenzialmente letale se non si interviene per tempo».

#### **Che cosa si può fare?**

«Una volta diagnosticato il diabete di tipo 1 con semplici esami del sangue, bisogna fornire all'organismo l'insulina (per il resto della vita), somministrata con iniezioni sottocute più volte al giorno o con microinfusori. Occorre calibrare correttamente la quantità di insulina necessaria in relazione a ciò che si mangia e questo può essere fatto solo con l'autocontrollo».

#### **In che cosa consiste l'autocontrollo del diabete?**

«Nel misurare più volte al giorno la glicemia con particolari dispositivi, i glucometri, e quindi assumere l'insulina in quantità adeguata. Non è così facile come può sembrare, soprattutto perché gli interessati sono perlopiù bambini o adolescenti: fondamentale è la collaborazione tra medico, genitori e paziente. Quasi la metà dei diabetici non ha un buon controllo della glicemia, aumentando così le possibilità di complicanze. L'iperglicemia, alla lunga, può infatti danneggiare i vasi sanguigni, gli occhi, i reni e il sistema nervoso».

## Parkinson. Con la "Gondola" si cammina meglio

*Di tratta di un dispositivo per la foot mechanical stimulation che ha dimostrato di migliorare del 27% la velocità di cammino dei pazienti. Al via uno studio multicentrico con le Università di Genova, Salerno, Ancona e gli Irccs San Camillo di Venezia e San Raffaele di Roma e Cassino.*



30 SET - A quasi un anno dalla prima pubblicazione riguardante gli effetti della Foot Mechanical Stimulation su pazienti parkinsoniani, un nuovo studio clinico controllato placebo valutato in doppio cieco su 20 pazienti - condotto dal Prof. **Fabrizio Stocchi**, Direttore del centro di Ricerca sul Parkinson e sui disturbi motori dell'Irccs San Raffaele di Roma - ha verificato l'efficacia della terapia di stimolazione meccanica plantare erogata tramite il dispositivo medico Gondola.

In particolare si è osservato un globale miglioramento della sintomatologia e dei parametri del cammino misurati sia con l'osservazione clinica sia con la Gait [Analysis](#), in collaborazione con l'Ing. **Manuela Galli**, Professore Associato del Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano.

La FMS, Foot Mechanical Stimulation, è una terapia di riabilitazione messa a punto da un team di ricercatori svizzeri che si basa su una stimolazione del sistema nervoso periferico mediante impulsi meccanici controllati in specifiche aree dei piedi.

La terapia viene erogata con un dispositivo medico chiamato Gondola sviluppato per l'utilizzo domiciliare direttamente da parte del paziente.

“I risultati di sintesi dello studio – spiega Stocchi – hanno fatto registrare un miglioramento pari al 25% delle performance misurate con la scala UPDRS parte III (la sezione motoria della scala di valutazione dei sintomi del Parkinson); l'incremento della velocità di cammino pari al 27% rispetto alle condizioni di partenza; l'allungamento del ciclo del passo pari a circa il 15%. Inoltre abbiamo misurato un miglioramento dello ‘slancio’ del passo, cioè della velocità delle gambe durante la camminata, e - in alcuni pazienti - una maggiore qualità del movimento, cioè della cinematica”.

“I risultati dello studio - prosegue Stocchi - sono stati molto interessanti, anche per quanto riguarda la ripetibilità dei risultati. La maggior parte delle misurazioni dopo le stimolazioni efficaci ha infatti

mostrato significatività statistica, mentre dopo le applicazioni placebo non abbiamo riscontrato miglioramenti. Appare poi che, grazie alla stimolazione erogata con il dispositivo Gondola, i pazienti siano in grado di assorbire meglio le cure farmacologiche. Visti i risultati ottenuti - conclude Stocchi - abbiamo proposto ad altre importanti strutture di partecipare a uno studio multicentrico su una popolazione di 120 pazienti”.

A breve partirà quindi un nuovo trial che vedrà coinvolti la Clinica di Neuroriabilitazione dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, il Centro di Cura e Prevenzione per il Parkinson del San Raffaele [Cassino](#), l'Ambulatorio per la Malattia di Parkinson del Dipartimento di Neuroscienze, Oftalmologia e Genetica dell'Università di Genova, il Centro Parkinson e Disturbi del Movimento del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Salerno, il Dipartimento di Neuroriabilitazione dell'Irccs San Camillo di Venezia oltre all'IRCCS San Raffaele Pisana di Roma.

Lo studio clinico ha invece riguardato pazienti in off farmacologico, ovvero con cura farmacologica sospesa per poter misurare l'efficacia del trattamento erogato dal dispositivo Gondola senza interferenza dei farmaci.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: il primo ha effettuato sei trattamenti con Gondola nell'arco di tre settimane (due a settimana), seguiti da tre settimane di pausa (wash-out) e quindi da un ulteriore ciclo di sei stimolazioni placebo in tre settimane (Sham Gondola). Il secondo gruppo ha seguito un iter identico ma inverso, iniziando con le stimolazioni placebo e concludendo con le stimolazioni effettive dopo una pausa di tre settimane tra il primo e il secondo ciclo. Le valutazioni cliniche e lo studio computerizzato del cammino (Gait [Analysis](#)) sono stati eseguiti all'inizio e alla fine di ciascun ciclo di 6 stimolazioni da osservatori in cieco rispetto al trattamento effettuato. Le valutazioni sono state effettuate presso i laboratori di analisi del movimento dell'Irccs San Raffaele Pisana, dove opera il Prof. Fabrizio Stocchi, e San Raffaele Cassino, sotto la supervisione della D.ssa Francesca De Pandis.

Gli effetti sono stati misurati non solo con l'osservazione clinica, ma anche utilizzando la tecnologia della Gait Analysis in collaborazione con il Laboratorio di Analisi della Postura e del Movimento Luigi Divieti del Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano, che ha curato la raccolta e l'analisi dei dati.

“Al fine di quantificare la limitazione funzionale motoria associata a determinate patologie e studiarne il recupero a seguito di trattamenti riabilitativi specifici – spiega Manuela Galli, responsabile del Laboratorio Luigi Divieti - la medicina riabilitativa ha a disposizione l'esame di analisi computerizzata del cammino o Gait Analysis. Tale metodica permette di fornire parametri oggettivi di valutazione delle prestazioni motorie di una persona attraverso l'analisi computerizzata dei movimenti che compie. Nel caso specifico, i dati raccolti sui pazienti relativi alla velocità del cammino, alla lunghezza e larghezza del passo, alla mobilità delle varie articolazioni, alle forze esercitate e all'attività muscolare, sono stati messi a confronto con quelli di un campione di persone sane presente nei nostri database, per valutare in modo oggettivo gli effetti. Questi dati consentono di integrare in modo efficace le valutazioni compiute sulla base delle scale cliniche”.

“I risultati di questo nuovo studio e l'avvio di un trial multicentrico - afferma **Francesco Cecchini Manara**, Amministratore Delegato di Ecker Technologies, la società svizzera che ha sviluppato la Terapia FMS - confermano il crescente interesse della comunità medico-scientifica nei confronti di approcci riabilitativi che si integrano con le cure farmacologiche. Siamo fiduciosi che i prossimi studi consentiranno di confermare ulteriormente l'efficacia del dispositivo Gondola. Credo sia anche importante sottolineare - prosegue Cecchini - come i professionisti coinvolti, stimati a livello internazionale, stiano operando in modo indipendente dalla nostra azienda, a ulteriore garanzia di trasparenza e imparzialità nella valutazione dei risultati”.

## ***Speciale EASD 2013/2. Il futuro della cura del diabete sono le nuove insuline?***

***Presto anche sul mercato italiano arriveranno le insuline a rilascio lento di nuova generazione, tra cui degludec, che permetteranno non solo di ridurre una delle complicanze più frequenti e difficili da gestire della terapia – le ipoglicemie. Ma anche di rendere la vita del paziente più facile. Tutti i dati presentati a Barcellona***



25 SET - È ormai stato dimostrato da diverse ricerche, tra cui alcune presentate nel corso del [49esimo Congresso annuale della European Association for the Study of Diabetes](#) di questi giorni a Barcellona: l'impatto maggiore del diabete sulla società è dovuto non tanto alla malattia in sé quanto alle sue [complicazioni](#). Tra queste, una di quelle che ha più peso, sia economico che sociale, sia sul diabete di tipo 1 che sul diabete di tipo 2, è sicuramente [l'ipoglicemia](#). Ecco perché l'arrivo di nuovi tipi di insulina, capaci di ridurre questo problema, è visto dagli esperti come un grande passo in avanti nella cura. Oggi, proprio nel capoluogo catalano, vengono presentati i risultati dell'estensione dello studio BEGIN ONCE LONG sulla nuova insulina degludec, che dimostrano che il farmaco ha una durata d'azione maggiore e un profilo stabile, oltre – e questa è una delle caratteristiche più interessanti – alla capacità di ridurre gli eventi ipoglicemici.

“Il verificarsi di episodi di ipoglicemia ha un impatto negativo su molti aspetti della vita quotidiana, quali attività lavorativa, vita sociale, guida, pratica sportiva, tempo libero, sonno. Diversi studi hanno documentato che le persone che hanno avuto esperienza di ipoglicemie, specie se gravi, tendono a diminuire l'adesione alla terapia e agli stili di vita raccomandati, riportando una peggiore qualità di vita e maggiori preoccupazioni legate alla malattia”, ha spiegato Edoardo Mannucci, Direttore Agenzia Diabetologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze. “Le ipoglicemie sono il principale effetto collaterale del trattamento con insulina, ma oggi l'incidenza di ipoglicemie sintomatiche e notturne è diminuita grazie all'introduzione di insuline innovative, ciononostante le ipoglicemie continuano a rappresentare una barriera all'ottimizzazione della terapia insulinica. Le caratteristiche della formulazione di un'insulina ideale dovrebbero essere quelle di rilasciare una concentrazione di insulina costante, stabile, priva di picchi e continua per almeno 24 ore, con rischio ridotto di ipoglicemia. L'insulina degludec è un innovativo analogo basale dell'insulina caratterizzato da durata d'azione superiore alle 24 ore e con un effetto metabolico distribuito uniformemente nel corso della giornata.

La sua ridotta variabilità di assorbimento assicura un profilo glicemico più stabile con un'importante riduzione del rischio di ipoglicemia. A parità di riduzione di emoglobina glicata, nel programma di sviluppo clinico BEGIN®, degludec, rispetto ad altre insuline, era associato ad un minore tasso di ipoglicemia notturna sia nel diabete tipo 1 (-25%) sia nel tipo 2 (-17%). La disponibilità di questa nuova insulina, che all'occorrenza permette anche flessibilità nell'orario di somministrazione da un giorno all'altro, potrebbe rappresentare un passo in avanti per la terapia insulinica”.

I risultati di un nuovo studio sull'innovativa insulina basale a lunga durata d'azione, presentati in questi giorni nel corso di EASD 2013, dimostrano che l'85% con diabete di tipo 2 che la utilizzano, in associazione a metformina, mantiene la propria glicemia sotto controllo per almeno 2 anni e mezzo.

Ma non solo: mantenevano livelli di emoglobina glicata (HbA1c) al di sotto del 7% per ulteriori 26 settimane (lo studio rappresenta infatti il prolungamento per 26 settimane della fase di estensione dello studio BEGIN ONCE LONG) e con l'aggiunta di liraglutide alla terapia il raggiungimento dell'obiettivo di controllo della glicemia era particolarmente efficace. “Ci sono tre cose che rendono queste nuove insuline “lente” di ultima generazione così interessanti”, ha spiegato ancora Mannucci. “Per prima cosa, proprio per il loro meccanismo di rilascio dell'insulina nell'organismo, questo risulta più regolare: si elimina cioè la grande variabilità nell'assorbimento da un giorno all'altro che caratterizzava fino ad oggi le insuline lente. Secondo poi, per questo motivo, è sufficiente una sola somministrazione, poiché si è visto che questi farmaci agiscono più a lungo. E terzo, e forse ancor più importante per la compliance del paziente, permettono una maggiore flessibilità nella somministrazione. Ciò vuol dire che se il paziente per errore ritarda l'assunzione di qualche ora non succede niente, cosa che invece poteva essere un problema in precedenza. Ad esempio, questo potrebbe permetterci di dire al paziente di prendere l'insulina prima di andare a dormire e non a un orario preciso, cosicché la somministrazione è più comoda e non si fanno danni”.

## Diabete. Proteggersi con un mix di dieta mediterranea e povera di carboidrati

*La dieta mediterranea combinata alle diete con carboidrati a basso carico glicemico proteggono dal diabete di tipo 2. La dimostrazione in uno studio condotto dall'Istituto 'Mario Negri' su 22.295 persone seguite per 11 anni.*



30 SET - La dieta mediterranea e le [diete](#) povere di carboidrati possono proteggere dal diabete di tipo 2. Lo dimostra uno studio condotto dai ricercatori del dipartimento di Epidemiologia dell'IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, diretto da Carlo La Vecchia, e pubblicato in Diabetologia, la rivista scientifica dell'European Association for The Study of Diabetes (EASD).

Gli autori hanno analizzato i dati di 22.295 partecipanti alla coorte greca dello studio European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), tuttora in corso, diretto da Antonia Trichopoulou. Dopo essere stati seguiti attivamente per 11 anni, si sono verificati 2.330 casi di diabete di tipo 2. Le informazioni sui consumi alimentari, raccolte tramite questionario, hanno permesso ai ricercatori di definire per ogni soggetto un punteggio da 0 a 10 che stima l'aderenza alla dieta mediterranea (DM) e un punteggio che misura i carboidrati disponibili nella dieta in termini di carico glicemico (GL).

Gli individui che avevano un punteggio di dieta mediterranea sopra a 6 avevano un rischio di diabete ridotto del 12% rispetto a chi aveva un punteggio minore di 4, e coloro che erano nel livello più alto di GL avevano un rischio aumentato del 21% rispetto a chi era nel livello più basso. Inoltre, una dieta che combinava aderenza alla DM e basso GL riduceva il rischio di diabete del 20%.

“Il ruolo della dieta mediterranea nel controllo del peso è ancora controverso e, in molti studi condotti nei Paesi mediterranei, l'aderenza alla dieta mediterranea non era associata alla variazione di peso. Ciò suggerisce che la protezione conferita dalla dieta mediterranea contro il diabete non avviene tramite il controllo del peso, ma attraverso altri fattori dietetici che caratterizzano la dieta mediterranea”, ha affermato Marta Rossi, dell'Istituto Mario Negri e dell'Università di Milano, primo autore del lavoro.

“Una peculiarità della dieta mediterranea e una possibile spiegazione del suo effetto protettivo è l'uso dell'olio extravergine di oliva, ricco di grassi monoinsaturi e povero di grassi saturi”, ha aggiunto Federica Turati, dell'Irccs Istituto Mario Negri.

Per quanto riguarda i carboidrati, “una dieta con un alto carico glicemico porta a rapidi aumenti di glucosio e conseguenti aumenti dei livelli di insulina nel sangue”, spiega Carlo La Vecchia.

“L'aumentata richiesta di insulina porta a lungo andare ad un progressivo declino funzionale delle cellule  $\beta$  del pancreas, e, come conseguenza, ad un'alterata tolleranza al glucosio e una maggiore resistenza all'insulina, fattore predittivo del diabete”.

Gli autori hanno quindi concluso che “una dieta a basso carico glicemico e che aderisce alle caratteristiche della dieta mediterranea può ridurre l'incidenza di diabete di tipo 2”.

## ***Speciale EASD 2013/3. Diabete e alimentazione. Ecco le indicazioni degli esperti***

***Si può prevenire il diabete attraverso il regime alimentare? Un nuovo studio italiano cercherà di scoprirlo. Ma nel frattempo gli esperti presenti al Congresso a Barcellona danno i loro consigli: nessun alimento va demonizzato, ma di certo quelli più energetici vanno assunti con molta moderazione. E la colazione ha un ruolo importantissimo***



26 SET - Lo studio si chiama “InterAct”, e coinvolgerà oltre 24mila persone in otto nazioni europee. Ma il nome non dice molto sull'obiettivo – ambizioso – che il CNR di Avellino, supportato dalla Società Italiana di Diabetologia (SID), si pone: studiare come fattori genetici e stile di vita (in particolare dieta e attività fisica) interagiscano tra loro nello sviluppo del diabete tipo 2. O, in altre parole, rispondere a una semplice ma cruciale domanda: possiamo prevenire l’insorgenza del diabete attraverso il cibo? L’interessante studio è stato anche oggetto anche di una presentazione al Congresso EASD 2013, che si conclude domani a Barcellona (vedi gli altri nostri servizi, [prima parte](#) e [seconda parte](#)).

I partecipanti all’InterAct fanno parte di una coorte di oltre 350 mila persone coinvolte nello studio EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), un progetto finanziato dalla Comunità Europea in corso in 10 nazioni europee. Abbiamo chiesto alla dottoressa Rosalba Giacco, Primo Ricercatore presso l’Unità di Nutrizione Umana e Metabolismo dell’Istituto di Scienze dell’Alimentazione CNR di Avellino e Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Diabetologia (SID) di commentare per noi alcuni dei risultati dell’InterAct e di illustrarci lo stato dell’arte delle conoscenze in tema di prevenzione del diabete attraverso la dieta. “Prima di parlare della qualità della ‘dieta’ e degli alimenti – esordisce la dottoressa Giacco – è molto importante sottolineare l’importanza di non esagerare nel consumo di calorie; ciò significa, ad esempio, preferire alimenti a basso contenuto calorico, rispetto a quelli ad alta densità di calorie. Nessun alimento va demonizzato, ma di certo quelli più energetici vanno assunti con molta moderazione. La dieta ha una grande importanza nella prevenzione del diabete, che non è affidata ad un singolo alimento, ma alla costruzione di un pattern alimentare corretto; e la dieta mediterranea resta ancora il modello di maggior successo”.

**Frutta e verdura:** devono fare la parte del leone nella dieta. Da preferire, secondo i risultati di uno studio della ‘famiglia’ InterAct, vegetali a foglia verde (es. spinaci, cardi, indivia, etc.) e ortaggi quali quelli a radice (es. carote, radicchio, barbabietole, etc.). Si alla dieta a ‘chilometro zero’, che varia naturalmente a seconda della stagione. “In primavera-estate, portiamo a tavola zucchine, melanzane, peperoni e carciofi – consiglia la dottoressa Giacco - in autunno-inverno, cavoli, broccoli e funghi. Questi alimenti sono ricchi di fibre che danno un senso di sazietà, rallentano la digestione e l’assorbimento degli zuccheri, riducendo in questo modo i picchi di glicemia dopo i pasti; stessa cosa per i grassi: le fibre legano i grassi e ne riducono l’assorbimento. Infine, frutta e verdura sono una fonte importante di vitamine, sali minerali e sostanze anti-ossidanti, come i composti polifenolici che riducono l’infiammazione e migliorano la sensibilità all’insulina”.

**Carboidrati:** questo nome indica una famiglia di sostanze molto eterogenea. Tra i carboidrati complessi il più comune è l’amido, componente della farina di frumento, a sua volta declinabile in pane o pasta, ma contenuto anche nelle patate e nei legumi. L’amido, a seconda del tipo di alimento nel quale è contenuto, ha una diversa capacità di influenzare i livelli di glicemia dopo un pasto e quindi la risposta insulinica. Questo permette di dividere i cibi in due categorie: a basso o ad elevato indice glicemico. Nella dieta, vanno preferiti quelli che non provocano grandi escursioni glicemiche quali legumi e pasta (alimenti a basso indice glicemico); da limitare invece quelli ad elevato indice glicemico, quali pane e pizza. Un ‘trucco per abbassare l’indice glicemico dei cibi (ad es. il pane e i cereali da prima colazione) è quello di addizionarli con beta-glucano o glucomannani, fibre idrosolubili viscosi. In alternativa, si può cercare un forno che faccia il pane come quello della nonna, cioè con la fermentazione acida. In questo tipo di panificazione si utilizza il lievito madre (lievito acido o ‘criscito’) che, abbassando il pH del pane, rende l’amido più resistente all’idrolisi, cioè alla digestione. Un effetto simile si ottiene utilizzando starter batterici (in genere batteri lattici) per prodotti da forno lievitati.

**Carne:** la carne, in particolare carne rossa e insaccati, aumentano il rischio di diabete. Per questo è bene consumarla con grande parsimonia, portandola a tavola non più di 2-3 volte la settimana. La carne rossa è ricca di grassi ‘nascosti’, evidenti invece negli insaccati che contengono anche grandi quantità di sale. Gli insaccati in particolare sono alimenti che favoriscono non solo l’insorgenza di diabete ma anche di altri importanti fattori di rischio quali l’ipertensione e l’ipercolesterolemia. Da consumare, dunque, sporadicamente. Meglio, invece, le carni bianche (pollo, tacchino, coniglio). Prosciutto e bresaola sono considerati alla stessa stregua della ‘carne rossa’; da consumare quindi con moderazione.

**Pesce:** gli studi condotti finora non concordano sull’effetto protettivo del pesce nei confronti del diabete; il pesce tuttavia rimane un alimento utile per la salute, in quanto ricco di acidi grassi omega-3, importanti perché consentono di tenere a bada i livelli di lipoproteine ricche in trigliceridi (VLDL) nel sangue ed hanno un effetto protettivo nei confronti delle aritmie cardiache. I pesci ‘grassi’ e il pesce azzurro hanno un elevato contenuto di omega-3.

**Latte e latticini:** semaforo verde per questi alimenti nella prevenzione del diabete? Lo studio InterAct non trova che il consumo di prodotti derivati dal latte riduce il rischio di diabete, ma osserva che un più alto consumo di derivati del latte fermentato (es. yogurt e formaggi freschi fermentati) sembra essere efficace nella prevenzione del diabete. E non solo. I prodotti fermentati ripopolano l’intestino di batteri lattici che svolgono un’azione benefica per la salute, riducendo, ad esempio, il livello di sostanze tossiche in circolo e migliorando la sensibilità all’insulina. Pertanto, essi possono, in tal modo, contribuire alla prevenzione del diabete. Il latte è una bevanda-alimento importante, che gli adulti dovrebbero preferibilmente consumare in forma ‘parzialmente scremato’. Ricco di calcio e vitamina D è un prezioso alleato contro l’osteoporosi e sembra rappresentare anche uno scudo protettivo nei confronti di diabete e malattie cardiovascolari. Ottimo per la colazione del mattino nell’abbinata con i cereali integrali o con una fetta di pane integrale.

**Uova:** alimento ad elevato valore biologico, contenente proteine ricche di aminoacidi essenziali. Ma è anche una fonte importante di colesterolo. Da consumare dunque con moderazione: non più di 1-2 volte a settimana. Bisogna, infine, fare attenzione alle fonti nascoste: cibi preconfezionati, sughi, merendine, che andrebbero comunque evitati.

**Bibite e soft drink:** sono un problema soprattutto nei ragazzi. Calorie rapidamente trangugiate che fanno lievitare l'ago della bilancia e conferiscono un aumentato rischio di sviluppare il diabete. Uno studio di recente pubblicazione ha evidenziato che consumare un soft drink zuccherato al giorno fa aumentare il rischio di diabete del 20%. A conti fatti, l'acqua resta la bevanda ideale: non siamo fatti di aranciata o cola.

**Tè e caffè:** i consumatori abituali di quantità moderate di caffè e tè sono protetti, rispetto ai non consumatori, dal rischio di contrarre il diabete di tipo 2. Tuttavia queste bevande vanno consumate in quantità ragionevoli per evitare gli effetti indesiderati della caffeina, quali l'aumento della pressione arteriosa e l'insonnia. La protezione nei confronti del diabete sembra dipendere dall'azione antiossidante ed antinfiammatoria della componente polifenolica di cui queste bevande sono particolarmente ricche.

**Alcol:** in piccole quantità, pari a 10-20 grammi al giorno (l'equivalente di 1-2 bicchieri di vino) può ridurre un po' il rischio di malattie cardiovascolari e di diabete. Ma attenzione, l'alcol è anche una fonte di calorie. Da vietare assolutamente ai ragazzi e alle donne in gravidanza, oltre ovviamente a chi è affetto da alcune patologie (es. epatopatie o ictus emorragico).