

A P B & B

ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE

NUMERO **3**

GIUGNO **2014**

DOSI MODERATE DI ALCOL:

**IL PARERE
DEGLI ESPERTI**

LA SCHEDA:

**IL LATTE, VALORE
QUOTIDIANO**



nfi

NUTRITION FOUNDATION
OF ITALY

PACINI
EDITORE
MEDICINA

AP&B

ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE

Numero 3 - Giugno 2014

Direttore Scientifico

Franca Marangoni

Direttore Responsabile

Patrizia Alma Pacini

© Copyright by

Nutrition Foundation of Italy e Pacini Editore S.p.A.

Coordinamento redazionale

Cecilia Ranza

Redazione

NFI - Nutrition Foundation of Italy
Viale Tunisia 38 - 20124 Milano
Tel. 02 76006271 - 02 83417795
Fax 02 76003514
info@nutrition-foundation.it

Grafica

Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca 1 • 56121 PISA
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it • www.pacinimedicina.it

Testata iscritta presso il Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione (Pacini Editore SpA iscrizione n. 6269 del 29/08/2001)

L'Editoriale

3

Alcol a dosi moderate: la parola alla scienza

Franca Marangoni

Il tema

4

C'è consenso tra gli esperti sulle dosi moderate di alcol

Giovanni de Gaetano

L'intervista all'esperto: Michele Sculati

11

Le diete per il controllo del peso: i criteri fondamentali

Cecilia Ranza

La Scheda

15

Il latte: un alleato globale di salute

Alcol a dosi moderate: la parola alla scienza

Franca Marangoni
Direttore Scientifico AP&B

La relazione tra consumo moderato di alcol e salute rappresenta un tema notoriamente complesso, nel quale scienza e comunicazione s'intersecano in un modo probabilmente inestricabile. Infatti, l'opinione condivisa da larga parte della comunità scientifica, secondo la quale le persone sane che includono nel loro stile di vita il consumo moderato di bevande alcoliche possono ottenere alcuni benefici per la salute, contrasta con quanto sostenuto da alcune Organizzazioni Internazionali, OMS in testa, che considerano questa abitudine come potenzialmente pericolosa e, pertanto, da perdere.

Anche in questo caso, però, le evidenze scientifiche (l'unica base da cui AP&B ritiene di dover partire) forniscono elementi utili per un approccio corretto. Se si misurano i consumi utilizzando il concetto di "drink" (equivalente a un bicchiere di vino, oppure a una lattina di birra, oppure ancora a una dose "da bar" di un superalcolico) e si valuta la correlazione tra consumi di alcol così quantificati e distribuiti regolarmente nella settimana (non concentrati nel week-end, per intendersi) e rischio di malattie cardiovascolari come l'infarto, si osserva un chiaro effetto protettivo, associato al consumo di 2-3 drink al giorno nei soggetti di sesso maschile e di 1-2 drink nei soggetti di sesso femminile. Oltre tali livelli, la protezione cardiovascolare sembra mantenersi inalterata, ma iniziano a manifestarsi effetti non favorevoli: essenzialmente un aumento, significativo in termini percentuali (anche se contenuto in termini assoluti) dell'incidenza di alcuni tumori, tra cui il cancro della mammella.

Queste evidenze, com'è noto, si basano su studi di epidemiologia osservazionale: significa che, anche se vengono condotti in modo rigoroso e analizzati

secondo le più adeguate tecniche statistiche, non consentono di documentare relazioni causa-effetto. Questo vale sia per gli effetti positivi sia per quelli negativi. Non si può quindi escludere che gli effetti rilevati (positivi o negativi che siano) dipendano dalla presenza di "fattori confondenti" non noti, che ne impediscono l'immissione nel modello statistico.

Si può tuttavia rilevare che molte evidenze dirette e indirette (p.e. l'esistenza di possibili meccanismi e quindi la plausibilità biologica, la corretta sequenza temporale, la persistenza nelle migliori analisi multivariate, ecc.) confortano l'ipotesi di una finestra di consumo nella quale, tra i soggetti sani, gli effetti protettivi sul rischio cardiovascolare (e non solo: altrettanto importanti, anche se meno documentati, sono quelli su diabete e sindrome metabolica, decadimento cognitivo, osteoporosi) non si associano ad aumenti significativi dell'incidenza di malattie neoplastiche, di danno epatico, di incidenti di varia natura.

Ciò spiega perché, per livelli di consumo pari a 1-2 drink al giorno per gli uomini e di uno solo per le donne (valori quindi lievemente più bassi di quelli prima ricordati, che definiscono i limiti del cosiddetto "consumo moderato"), la mortalità per tutte le cause sia sensibilmente ridotta (in media del 20% circa) rispetto a quella rilevata tra gli astemi.

Ci auguriamo che l'articolo-intervista a Giovanni de Gaetano (uno dei massimi esperti internazionali del settore), che troverete in questo numero di AP&B, fornisca al lettore utili strumenti per una migliore comprensione di questo complesso problema, dalle ovvie implicazioni sanitarie, commerciali e sociali. E ci auguriamo che il dibattito in proposito diventi sempre più scientifico e meno ideologico. ■



Le dosi moderate:
2 drink al dì per gli uomini
1 drink al dì per le donne



Consenso tra esperti sulle dosi moderate di alcol

Giovanni de Gaetano

Direttore, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione
IRCCS, Istituto Neurologico Mediterraneo NEUROMED, Pozzilli (Isernia)

Nel 2013, su *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Disease*¹, esce il Documento di Consenso italiano relativo agli effetti sulla salute dei consumi moderati di alcol. Il lavoro è sottoscritto da più Società scientifiche nazionali, ma anche da vari esperti a titolo personale. Scaturito da un'ampia revisione della letteratura disponibile, il documento analizza in dettaglio gli effetti del **consumo moderato** (definito come **2-3 drink al giorno per gli uomini e 1-2 drink al giorno per le donne**) su vari aspetti della salute umana.

Nella rassegna che segue si esaminano sinteticamente alcuni aspetti di tale relazione.

È opportuno ricordare che con la dizione **“un drink”** si fa riferimento a un bicchiere di vino (circa 150 ml), o una lattina di birra, o un bicchierino di superalcolico (circa 40 ml) e che ognuno di questi drink contiene **12 g di etanolo**.

Alcol e salute vascolare

Benché condotti in Paesi con culture diverse e diversi modelli alimentari, gli studi epidemiologici più solidi concordano nell'indicare che il consumo moderato di alcol (in genere associato a stile di vita più sano e a migliori condizioni socioeconomiche)³ si associa a un minor rischio cardiovascolare rispetto agli astemi o ai consumatori di alcol in eccesso. La maggior parte delle osservazioni mostra **una curva di correlazione a “J”** (Fig. 1) **tra eventi cardiovascolari** (in particolare eventi fatali e non fatali, infarto miocardico acuto (IMA) e ictus, soprattutto ischemico, mortalità cardiovascolare e totale) **e moderato consumo di alcol**¹².

Il rischio maggiore sarebbe insomma associato con l'astinenza da un lato e con l'eccessiva assunzione dall'altro, mentre la fascia “mo-

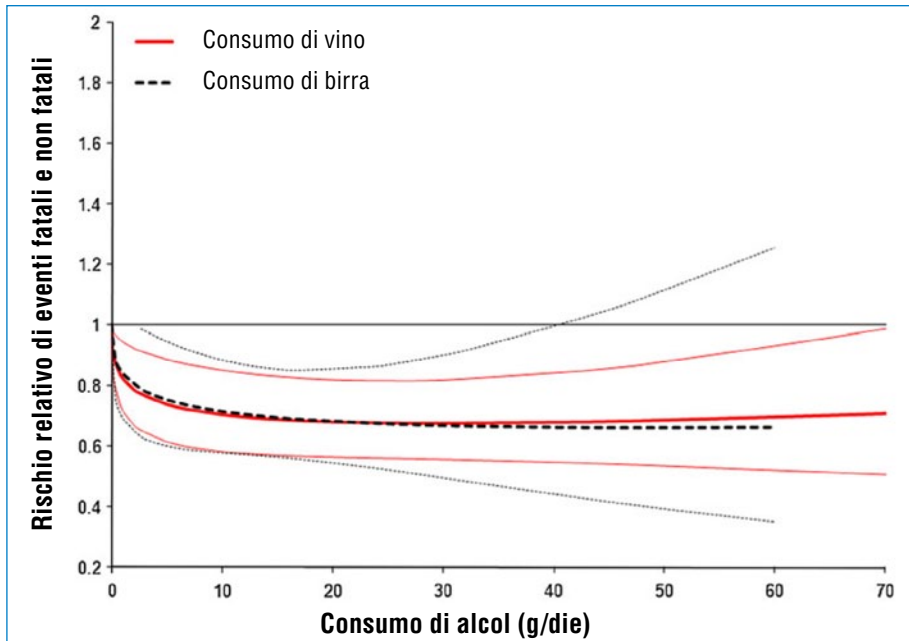


Fig. 1. Correlazione tra introito di alcol da vino o birra e rischio relativo di eventi vascolari fatali e non fatali. *MODIF. DA:* Costanzo et al., 2011 ¹².

derata” beneficerebbe di una riduzione del rischio del 20-30% circa. Una protezione che (vedi oltre), si evidenzia anche in soggetti diabetici ⁴ o ipertesi ⁵.

In Italia consumi complessivi in calo

Secondo il report più recente stilato dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ¹⁰ sui consumi di alcol nel mondo, l’Italia si colloca in una fascia di consumo medio-bassa (Fig. 2). Il dato rispecchia infatti, in entrambi i sessi e per età superiore ai 15 anni, il calo del consumo di vino e di superalcolici, accanto a un non significativo aumento dei consumi di birra, nel periodo 1961-2010. Questo dato, ovviamente, non esime dal continuare a porre attenzione alle fasce di rischio, per età (bambini e adolescenti), sesso (donne), condizioni fisiologiche (gravidanza, allattamento), situazioni specifiche (disassuefazione, malattie in atto), terapie intercorrenti.

Più articolato il rapporto con le aritmie: il consumo di un drink al giorno appare correlato, in entrambi i sessi, a una riduzione del rischio di morte cardiaca improvvisa da aritmie ventricolari; mentre, tra alcol e rischio di fibrillazione atriale, esisterebbe una correlazione positiva, pressoché lineare. Da non dimenticare infine che:

1) il consumo acuto di dosi elevate di alcol

(“binge drinking”) incrementa, nelle due ore successive, il rischio di ictus, probabilmente per l’aumento transitorio della pressione arteriosa;

2) in un soggetto in **terapia con anticoagulanti o antiaggreganti** il consumo di alcol va considerato con **cautela**, per il possibile aumento del rischio di emorragie.

Una postilla va aperta per quanto riguarda le **malattie del circolo arterioso periferico** (claudicatio intermittens, aneurisma dell’aorta addominale): i dati disponibili sono meno strutturati, ma grandi studi, come il *Framingham*, o il *Physician’s Health Study*, confermano la **tendenza alla riduzione del rischio** per consumi limitati a uno-due drink al giorno.

I fattori di rischio cardiovascolare

Lipidemia

L’assunzione di dosi moderate di alcol **incrementa i livelli plasmatici del colesterolo HDL e dell’Apo-A1**, come riporta anche una recente metanalisi ⁶. Non si hanno invece alterazioni a carico della colesterolemia totale e LDL. Un incremento dei trigliceridi si ha soltanto per ingestione di oltre 60 g alcol/die, cioè più di 5 drink

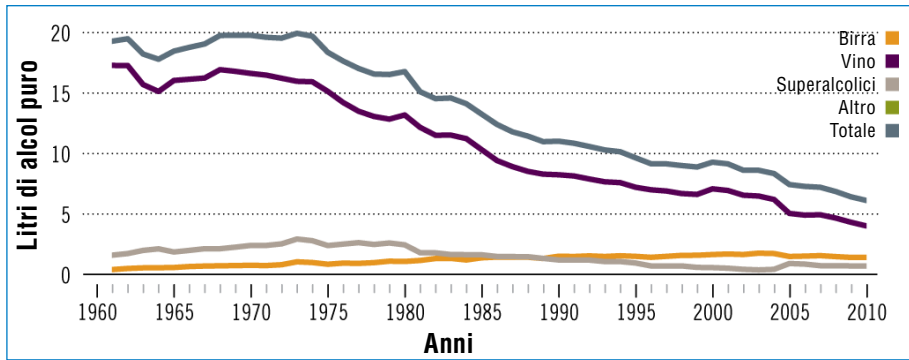


Fig. 2. Consumi di alcol (calcolati in litri di alcol puro) in Italia procapite (> 15 aa) negli anni 1961-2010, suddivisi per bevanda. MODIF. DA: OMS 2014.

al giorno. Anche queste osservazioni possono contribuire alla spiegazione della riduzione del rischio cardiovascolare che si osserva nei moderati bevitori.

Pressione arteriosa

I dati oggi disponibili suggeriscono che un'assunzione moderata di alcol abbia effetti neutri o positivi sulla PA; in questo senso il vino rosso sembra superiore ad altre bevande alcoliche. Il consumo moderato di alcol risulta **protettivo per l'apparato cardiovascolare di soggetti ipertesi** rispetto all'astinenza: le dosi favorevoli sarebbero < 30 g/die per un uomo, vale a dire 2,5 drink, e < 15 g/die per una donna, vale a dire circa 1,5 drink ⁷.

Marker infiammatori

L'assunzione moderata di alcol (15-30 mg/die) contribuisce a **controllare i livelli dei marker infiammatori** (Proteina C Reattiva, Interleuchina-6, Tumor Necrosis Factor alfa). Ancora, nei moderati bevitori i livelli di adiponectina aumentano di 0,6 mg/l in media, un aumento simile a quello indotto dagli antidiabetici della classe dei tiazolinendioni. Diminuisce invece il fibrinogeno, di 200 mg/l in media, mentre l'effetto su altri fattori della coagulazione, come plasminogeno, trombossano e fattore di vonWillebrandt è ancora poco chiaro.

Omeostasi metabolica

Sindrome metabolica (SM)

Tra consumo di alcol e sindrome metabolica si ripropone una **curva a "J" o a "U", con una ridu-**

zione della prevalenza tra i moderati bevitori, ma un incremento tra gli astemi, i forti bevitori e chi ha iniziato a bere precocemente. Una meta-analisi recente ⁸ sottolinea che la riduzione del rischio di SM è del 16% per gli uomini moderati bevitori, e tocca il 25% per le donne.

Sensibilità all'insulina

Alcuni studi mostrano una chiara **correlazione inversa tra moderato consumo di alcol e resistenza all'insulina**; i dati sono tuttavia ancora limitati, per numero di partecipanti e durata delle osservazioni, per trarre conclusioni definitive.

Sovrappeso e obesità

È una correlazione tra le più difficili da verificare. Sembra però che le dosi moderate di alcol abbiano un effetto neutro o, al più benefico. Negativo invece l'impatto delle alte dosi.

Diabete

Le indicazioni sono consolidate: il consumo di alcol va sempre accompagnato al cibo, soprattutto la sera per evitare il rischio di ipoglicemia notturna. In ogni caso le dosi devono restare modeste: **non più di 13 g/die per le donne (1 drink) e non più di 25 g/die per gli uomini (2 drink).**

Epatopatie

L'assunzione di dosi moderate di alcol protegge cuore e arterie, com'è stato già detto; influisce cioè in modo positivo su fattori metabolici coinvolti anche nella NAFLD (*non alcoholic fatty liver disease*), la cui prevalenza nella popolazione adulta del mondo occidentale è del 25-30%.

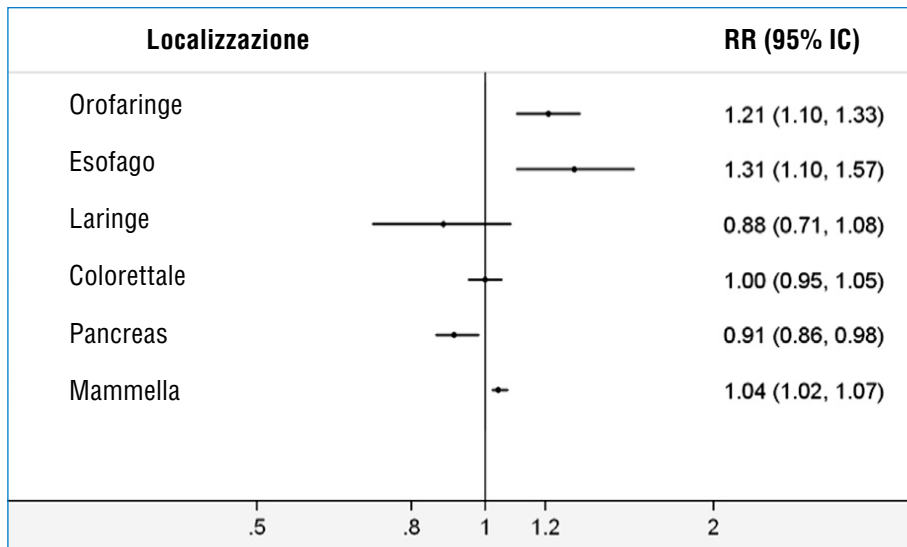


Fig. 3. Consumo di dosi moderate di alcol e rischio di tumore. Con RR si intende il Rischio Relativo per consumi fino a 1 drink/die, a confronto con astemi o bevitori occasionali. MODIF. DA: Poli et al., 2013 ¹.

Sembra inoltre esercitare una certa protezione anche nei confronti della NASH (*non alcoholic steatohepatitis*). La questione è però ancora aperta, anche se non appare necessario suggerire a questi soggetti la completa astinenza. Fortemente negativo è invece l'elevato consumo di alcolici, correlato con il rischio di epatocarcinoma.

La salute del cervello e delle ossa

Cervello

Anche in questo ambito, 5 studi epidemiologici e 2 metanalisi hanno messo in luce che **dosi moderate di alcol** (il confronto è stato fatto con soggetti astemi), **esercitano una certa protezione nei confronti delle demenze e dell'Alzheimer**. Il meccanismo sarebbe mediato dalla riduzione del danno infiammatorio esercitato sui neuroni da parte della beta-amiloide e della sinucleina. È altrettanto nota la correlazione diretta tra alte dosi di alcol e le sindromi di Wernicke-Korsakoff e Marchiafava-Bignami, caratterizzate da atrofia e alterazioni della materia grigia e bianca.

Scheletro

Le dosi moderate di alcol mostrano in genere effetti positivi sulla densità ossea, con un meccanismo d'azione diretto a rallentare il riassorbimento osseo, al contrario dell'alto

consumo. Inoltre, emergono differenze per età, sesso e tipo di bevanda. Nelle donne in menopausa, per esempio, emergono effetti positivi del consumo moderato non rilevabili nelle donne in età fertile.

Il rischio oncologico

La maggior parte delle forme tumorali non presenta alcuna correlazione con il consumo di alcolici. La valutazione è aperta alle **sole localizzazioni per le quali è ipotizzabile una carcinogenicità da parte dell'alcol**, vale a dire tumori oro-faringei, carcinomi laringei, carcinoma squamoso del tratto esofageo, neoplasia colo-rettale, carcinoma pancreatico, neoplasia mammario.

La correlazione tra **alcol e carcinoma epatico** è stata già discussa in precedenza ed è ben nota per **elevati consumi protratti per lunghi periodi**, mentre non è possibile quantificare un rischio per consumi lievi-moderati.

Per quanto riguarda le altre localizzazioni (Fig. 3), i dati a disposizione **non fanno emergere correlazioni tra consumo moderato di alcol e tumore pancreatico, colorettale e laringeo**.

È stata riportata invece una correlazione positiva tra un drink/die e l'aumento del rischio (20-30%) per i carcinomi oro-faringeo ed esofageo a cellule squamose, ma i dati sono ancora scarsi per trarre conclusioni definitive.

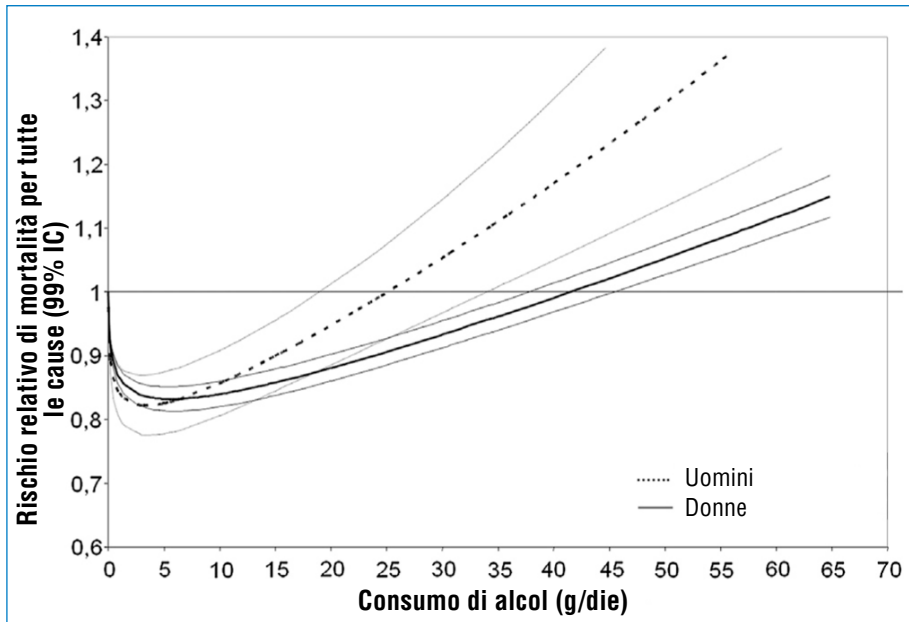


Fig. 4. Rischio relativo di mortalità per tutte le cause secondo il consumo di alcol. *MODIF. DA: Di Castelnuovo et al., 2006*¹¹.

Tre-sei drink alla settimana aumentano invece il rischio di ca mammario.

La frazione di tumori attribuibile all'alcol (che, se la relazione tra alcol e cancro fosse causale, potrebbe essere eliminata azzerando il consumo dell'alcol stesso), è stimata, a livello mondiale, pari al 3,6% del totale, rispettivamente. Sempre ipotizzando la causalità, qualora il consumo di alcol si mantenesse nei limiti fissati dall'*European Code Against Cancer*⁹, cioè 20 g/die per gli uomini e 10 g/die per le donne, si eviterebbe il 90% dei tumori e delle morti per cancro alcol-associate negli uomini e il 50% dei tumori nelle donne.

La moderazione nel consumo di alcol diventa perciò una priorità a livello mondiale.

È tuttavia da notare che **l'effetto complessivo dell'alcol a dosi moderate sulla mortalità per tumori resta comunque nullo**, data la correlazione negativa dell'alcol con il rischio di alcuni tumori (tra cui i linfomi).

Un altro fattore che rende meno probabile l'associazione tra consumo moderato di alcol e tumori è legato al fenomeno dell'"under-reporting", cioè la possibilità molto frequente che chi beve in eccesso tenda a riferire, in sede di questionari, consumi inferiori alla realtà¹⁴.

La mortalità per tutte le cause

Fin dalla seconda metà degli **anni '90, più studi epidemiologici hanno documentato**¹¹ **l'esistenza di una curva a "J" tra consumi di alcol e mortalità per tutte le cause** (Fig. 4), così come si evidenzia anche per la salute cardiovascolare. In questa curva, perciò, è presente una "finestra"

Ci sono differenze tra bevande?

Vino, birra e superalcolici non contengono soltanto alcol. Ecco perché da più parti, soprattutto in base a dati di laboratorio e su modelli animali, **si è ipotizzato che proprio il contenuto in altri componenti**, soprattutto polifenoli, altamente antiossidanti, possa svolgere un ruolo non secondario nel determinare gli effetti favorevoli del moderato consumo di alcolici.

Sinora, però, non esistono dati altrettanto convincenti nell'uomo.

In particolare, **per quanto riguarda il resveratrolo**, un lavoro appena pubblicato su JAMA e condotto nell'area del Chianti per 11 anni su 783 uomini e donne (65enni all'arruolamento), **non ha rilevato alcuna correlazione** tra escrezione urinaria di metaboliti del resveratrolo e livelli di marker infiammatori, o incidenza di malattie cardiovascolari, o dati di mortalità totale¹³.

di consumo che potrebbe essere incorporata nelle indicazioni di corretto lifestyle.

Conclusioni

Dalla somma dei dati disponibili, si può in conclusione affermare che:

- 1) in soggetti adulti e anziani di entrambi i sessi, **il consumo spontaneo (non indotto) di bevande alcoliche entro i 30 g/die (2 drink circa) per gli uomini e 15 g/die (1 drink circa)** per le donne **sono accettabili** e non necessitano di consiglio o modifiche da parte del medico;
- 2) **i pazienti con un rischio aumentato per malattie specifiche devono riconsiderare le loro abitudini con il proprio medico.** Tali pazienti sono: donne con storia familiare di carcinoma mammario; soggetti affetti da cardiopatie, oppure con storia familiare di cardiopatie precoci;
- 3) chi è **astemio non deve essere incoraggiato** ad assumere bevande alcoliche;
- 4) l'assunzione di alcol deve essere **scoraggiata** in **bambini, adolescenti**, donne **in gravidanza**, durante l'**allattamento** e, naturalmente, nelle persone che stanno seguendo o hanno completato un **percorso di disassuefazione**;
- 5) chiunque stia assumendo farmaci in cronico deve rivedere le proprie abitudini di consumo con il proprio medico. ■

Bibliografia

- 1 Poli A, Marangoni F, Avogaro A, et al. *Moderate alcohol use and health: a consensus document.* Nutr Metab Cardiovasc Dis 2013;23:487-504.
- 2 Bagnardi V, Zatonski W, Scotti L, et al. *Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis.* J Epidemiol Community Health 2008;62:615e9.
- 3 Mukamal KJ, Ding EL, Djousse L. *Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: a population-based cross-sectional survey.* BMC Public Health 2006;6:118.
- 4 Koppes LL, Dekker JM, Hendriks HF, et al. *Meta-analysis of the relationship between alcohol consumption and coronary heart disease and mortality in type 2 diabetic patients.* Diabetologia 2006;49:648e52.
- 5 Malinski MK, Sesso HD, Lopez-Jimenez F, et al. *Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men.* Arch Intern Med 2004;164: 623e8.
- 6 Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, et al. *Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies.* BMJ 2011;342: d636.
- 7 Kawano Y. *Physio-pathological effects of alcohol on the cardiovascular system: its role in hypertension and cardiovascular disease.* Hypertens Res 2010;33:181e91.
- 8 Alkerwi A, Boutsen M, Vaillant M, et al. *Alcohol consumption and the prevalence of metabolic syndrome: a meta-analysis of observational studies.* Atherosclerosis 2009;204:624e35.
- 9 Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. *European code against cancer and scientific justification: third version (2003).* Ann Oncol 2003;14:973e1005.
- 10 *Global status report on alcohol and health 2014*, p. 218.
- 11 Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, et al. *Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies.* Arch Intern Med 2006;166:2437e45.
- 12 Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, et al. *Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis.* Eur J Epidemiol 2011;26:833-50.
- 13 Semba RD, Ferrucci L, Bartali B, et al. *Resveratrol levels and all-cause mortality in older community-dwelling adults.* JAMA Intern Med doi:10.1001/jamainternmed.2014.1582 - Published online May 12, 2014.
- 14 Klatsky AL, Friedman GD, Armstrong MA. *The relationships between alcoholic beverage use and other traits to blood pressure: a new Kaiser Permanente study.* Circulation 1986;73:628e36.



Il professionista segue sempre le indicazioni delle linee-guida



Diete per il controllo del peso: i criteri fondamentali

Risponde Michele Sculati

Medico, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, PhD

DOMANDA: Questo è il periodo dell'anno in cui, in previsione della "prova costume", molte persone iniziano interventi di correzione dietetica (spesso abbandonati in agosto). Che cosa pensa il dietologo nutrizionista di questo fenomeno?

RISPOSTA: È necessario distinguere. Nella pratica del dietologo, le richieste di visita sono elevate tutto l'anno: è l'espressione di una precisa volontà a iniziare un percorso decisamente più impegnativo e lungo, rispetto alle offerte "di stagione". D'altro canto, l'offerta di integratori, prodotti genericamente dimagranti, regimi dietetici vari in

vista dell'estate è un trend di mercato che non conosce crisi e che, per questo, va analizzato, compreso e se possibile corretto, in direzione di una maggior tutela per il consumatore. Ricordo che i dimagranti sono una delle categorie più multate dall'antitrust italiana per l'ingannevolezza dei messaggi pubblicitari

D.: Quali sono i principi che devono accompagnare qualunque regime alimentare controllato?

R.: È essenziale seguire l'impostazione delle linee guida, in quanto scaturiscono da confronti, sempre

serrati e mai brevi, tra migliaia di specialisti di tutto il mondo; LARN (Italia), linee guida Americane, o Inglesi come le NICE, o mondiali (OMS) sono infatti sovrapponibili negli elementi sostanziali.

Visto dalla parte del paziente: se lo specialista a cui si rivolge propone soluzioni personali dai risultati sorprendenti, come fanno alcuni “guru”, è opportuno riflettere. Il professionista ha un approccio ben diverso: punta a una decisione condivisa sul regime dietetico (e di stile di vita) più adatto al singolo caso, riuscendo a offrire idee e spunti anche fantasiosi, ma sempre coerenti con l'evidenza scientifica.

D.: Che cosa è necessario dire a proposito della suddivisione dell'introito calorico?

R.: La maggior parte delle persone con problemi di peso pilucca, assume snack, o diventa francamente vorace, soprattutto nella seconda parte della giornata: per ogni ora che passa la probabilità di consumare qualcosa di edonistico cresce dell'1,7%, come evidenziano i dati di mezzo milione di pasti, analizzati dalla “app” Eatary nel progetto “Massive Health”.

Se si vuole contenere questa tendenza (ben diversa dal consumo di una merenda spezzafame), bisogna cercare di lavorare sulle “fondamenta” della struttura alimentare, ovvero colazione e pranzo. Troppe persone in Italia ancora saltano la colazione e sempre più consumano un pranzo frugale sul lavoro. La difficoltà nel mantenere un ordine alimentare nella seconda parte della giornata è la conseguenza della fragilità strutturale della propria alimentazione.

D.: Regimi a basso tenore calorico, diete iperproteiche. Quali sono i principi corretti?

R.: Vi è un comune accordo sulla restrizione calorica nelle diete ipocaloriche, pari a circa 600 kcal, mentre non vi è un accordo su che cosa si intenda per dieta iperproteica: si deve considerare il valore % o i grammi pro kg di peso? In un soggetto di 80 kg, a cui si prescrive una dieta da 1300 kcal e si voglia mantenere 1 g di proteine pro kg peso, la sola restrizione calorica di 600 kcal circa fa aumentare la percentuale proteica dal 16 al 24%. Per avere un'idea delle diete iperproteiche comunemente usate, Santesso ha analizzato 111 articoli, osservando che si intendeva con questo termine il 27% dell'apporto

calorico (metanalisi pubblicata su *European Journal of Clinical Nutrition*). Per quanto riguarda i grammi pro chilo, l'analisi su 51 diete, effettuata da Bosse e pubblicata su *Nutrition & Metabolism* riporta 1,38 g/kg peso.

La ricerca clinica ha dimostrato che un moderato incremento proteico dà qualche vantaggio, anche se limitato. Lo studio paneuropeo (8 nazioni) Diogenes, coordinato da Arne Astrup e pubblicato tra gli altri sul *New England J of Medicine*, ha valutato la capacità di di 4 diversi regimi dietetici nel mantenere il calo ponderale (è stato fatto il confronto con un gruppo di controllo):

- basso Indice Glicemico (IG) + basso apporto proteico (13%);
- alto IG + basso apporto proteico;
- basso IG + alto apporto proteico (25%);
- infine alto IG + alto apporto proteico. I risultati migliori si sono avuti nel gruppo che seguiva una dieta con un lieve aumento della percentuale proteica e una lieve riduzione dell'indice glicemico. .

Ma attenzione: non è nell'aumento dell'apporto proteico tout court che sta la chiave del controllo ponderale. Tant'è vero che le nazioni con la maggiore prevalenza di obesità sono anche quelle in cui c'è il maggior consumo di proteine. Si conferma con forza, quindi, la necessità di analizzare la diffusione dell'obesità nel suo complesso, piuttosto che focalizzarsi su singole variabili.

D.: La dieta “low carb” o “no carb” oggi è molto popolare. Qual è il giudizio del nutrizionista dietologo?

R.: Le diete con una forte riduzione dell'apporto di carboidrati sono chetogeniche. Questi corpi chetonici passano la barriera emato-encefalica, raggiungono il cervello e, attraverso una modulazione neuroendocrina, aiutano a gestire il senso di fame, tanto meglio quanto più il soggetto ha sviluppato una dipendenza dal cibo.

Questi regimi, presenti nelle linee-guida britanniche del NICE con l'acronimo di VLCD (*very low calories diets*), sono indicati come approcci temporanei (max 3 mesi), ma soltanto sotto controllo medico e dopo il fallimento di altri approcci meno rigidi.

I cali ponderali possono essere imponenti, fino a 6-8 kg al mese, ma il rischio di recidiva alla sospensione è alto.

D.: Qual è il motivo di questo forte rischio di rebound dopo una dieta Low o No carb?

R.: Nel sovrappeso e ancor più nell'obesità, studi di imaging cerebrale (RM funzionale) hanno evidenziato l'attivazione dell'area tegmentale ventrale. È la stessa area che si attiva nei soggetti con dipendenza da fumo, da altre sostanze d'abuso, da gioco; il fenomeno è ben documentato da David Linden, della Johns Hopkins, nel suo "La bussola del piacere". Ma, rispetto ad altre dipendenze, nel caso del cibo non possiamo sospendere totalmente e per sempre l'oggetto della dipendenza; il che la rende molto più difficile da gestire. Inoltre, come per molti altri tipi di dipendenza, se a un periodo di astensione totale segue un eventuale nuovo contatto con l'oggetto della dipendenza, le ricadute diventano ancor più difficili da gestire. Il nodo sta qui: è meno difficile per un ex-cocainomane tenersi alla larga dalla cocaina di quanto non sia per un ex-obeso evitare cibi edonistici. Ecco perché le neuroscienze stanno approfondendo i motivi di questi "rimbalzi".

D.: Osservazioni a proposito delle diete monotone (dieta del minestrone, dieta del pompelmo)? Oppure dell'assunzione parallela di tisane, integratori, fitoestratti?

R.: La monotonia alimentare aumenta il senso di sazietà, fino a esaurire il desiderio di cibo; il fenomeno è noto come "sazietà senso specifica". I risultati sono temporanei e comunque è un regime che non può essere seguito per molto tempo: la varietà alimentare è un caposaldo di salute. Altrettanto temporanei sono i risultati della decontestualizzazione alimentare: vale a dire scegliere cibi che il soggetto non consuma solitamente in un dato momento della giornata (ex cipolle lesse a colazione). Non è una battuta: alcuni professionisti lavorano oggi con questa discutibile tecnica. Quanto all'assunzione di preparati di affiancamento, i risultati finora sono di scarso rilievo clinico: vale a dire che glucomannano, o epigallocatechingallato del tè verde non sono decisivi. Anche perché, nel trattamento del sovrappeso, e ancor più dell'obesità, l'effetto placebo non è mai stato rilevato in modo significativo.

D.: Che cosa si può dire invece della frontiera aperta dalla ricerca sui probiotici?

R.: È un filone di notevole interesse, anche se i dati forniti sono ancora preliminari. Dai dati per ora raccolti su animali e pubblicati su Science nell'agosto 2013, è emerso che il trapianto di microbioma (flora intestinale) di un soggetto magro fa dimagrire il ratto che lo riceve. Il contrario accade se si trapianta il microbioma di un soggetto obeso. Il mese scorso è stato pubblicato sul *British Journal of Nutrition* uno dei primi esperimenti sull'uomo, che ha impiegato un particolare ceppo di *Lactobacillus rhamnosus*. Ne è emersa una lieve performance in più, -2.5 kg in 3 mesi, nel gruppo trattato rispetto al gruppo placebo.

D.: Al termine del percorso di controllo ponderale deciso con il paziente e monitorato con regolarità, quali sono i criteri che aiutano a mantenere i risultati ottenuti?

R.: Cito il *National Weight Control Registry*, con i dati di più di 10 mila soggetti che hanno perso fino a 30 kg e mantenuto il peso per 5 anni. Ebbene: il 90% di coloro che sono riusciti a raggiungere e mantenere i risultati ha imparato ad essere fisicamente attivo. È un consiglio di corretto stile di vita che non aiuta solo a bruciare le calorie, ma ha un preciso riscontro neuroendocrino. L'esercizio fisico induce la secrezione di endorfine ed endocannabinoidi; queste molecole sono in parte responsabili della sensazione di benessere che si prova dopo l'attività fisica e possono aiutare a regolare il comportamento alimentare limitando la voracità. Al contrario lo stress cronico (non quello acuto) ha un effetto negativo sul controllo ponderale: l'incremento della secrezione di ACTH e di glucocorticoidi, tra cui il cortisolo, ha un effetto oressizzante e contribuisce all'accumulo di grasso viscerale. Infine, non trascuriamo l'elemento volontà, in un regime dietetico da seguire per tutto il tempo necessario. Le azioni volontarie sono controllate dalla corteccia prefrontale che però, sul lungo periodo, è più debole rispetto agli stimoli dell'ipotalamo, struttura ancestrale profonda che governa, tra gli altri, appetito e sazietà. In pratica: la corteccia pre-frontale va costantemente motivata per trovare la forza di contrastare gli stimoli ipotalamici, e farlo a lungo non è impresa semplice. ■

Il latte: un alleato globale di salute

I fatti

- Costituito in larga parte da **acqua** (più dell'85%), è uno degli alimenti più completi e l'unico che nasce specificamente per essere consumato.
- È fonte di **proteine** (3,5% circa in peso) - soprattutto caseina, lattoalbumina e lattoglobulina-, ad alto valore biologico per la presenza di tutti gli 8 aminoacidi essenziali per l'organismo che, non essendo in grado di produrli, deve assumere con la dieta. Le proteine del siero del latte (lattoalbumine e lattoglobuline) avrebbero un buon potere saziante, e possono quindi aiutare a seguire, con minore fatica (senso di fame), diete ipocaloriche.
- Il **lattosio**, il principale zucchero del latte, è un disaccaride (composto cioè da due zuccheri) costituito da una molecola di glucosio e una di galattosio. È naturalmente presente solo nel latte ed è meno dolce dello 'zucchero da cucina' o saccarosio.
- I **grassi** sono presenti nel latte sotto forma di piccole goccioline, soprattutto come trigliceridi. Nonostante nel latte prevalgano i saturi, considerati ipercolesterolemizzanti, il consumo di grassi del latte non si associa ad un aumento del rischio di eventi come l'infarto, ma piuttosto ad una loro riduzione. Il latte parzialmente scremato (che contiene l'1,5-1,6% di grassi, contro il 3,6% del latte intero), svolge invece effetti favorevoli sul rischio cardiovascolare, e soprattutto sulla pressione arteriosa.
- Il latte contiene anche **minerali**, soprattutto calcio (il consumo di latte e derivati contribuisce in media al 65% della dose giornaliera raccomandata) e fosforo, zinco, magnesio, selenio e **vitamine**, prima tra tutte la riboflavina (vitamina B2), ma anche tiamina (vitamina B1), vitamina A e, in misura minore, C ed E.

L'**intolleranza al lattosio** è dovuta alla riduzione dell'attività della lattasi (l'enzima che scinde la molecola nei due componenti, rendendone possibile l'assorbimento) che si verifica in alcuni adulti. Essendo un'intolleranza (e quindi non un'allergia) il consumo di dosi contenute di latte anche in una singola dose (**fino a circa 240 ml, corrispondenti a 12 g di lattosio, secondo l'EFSA**) non comporta problemi significativi di salute per la maggior parte dei soggetti intolleranti.

Quanto se ne deve consumare

Le linee guida per una sana alimentazione italiana raccomandano **3 porzioni al giorno** di latte/yogurt da **125 g**, che apportano:

	% della dose giornaliera raccomandata (RDA)	Il contenuto di tre porzioni può sostituire...
Proteine	21-24%*	... 50 g di carne magra o 150 g di fagioli borlotti freschi
Calcio	55%	...500 g di spinaci crudi o 900 g di arance o 1 kg di cavolini di Bruxelles
Fosforo	50%	... 3 uova
Zinco	14%	...un petto di pollo intero
Riboflavina	46%	...un cespo di lattuga
Tiamina	14%	...3 panetti di lievito di birra
Magnesio	11%	...una tazza di noci sgusciate
Vitamina A	9%	...una porzione di pasta all'uovo secca

DA: Tabelle di composizione degli alimenti INRAN - CRA-NUT.

* % dei livelli di assunzione raccomandati dai LARN 2012 per la popolazione maschile e femminile rispettivamente.

Una riduzione del consumo di latte (per esempio perché si ritiene di essere intolleranti al lattosio) aumenta il rischio di non assumere calcio in quantità adeguate e si assocerebbe, secondo alcuni studi, ad una maggiore probabilità di sviluppare, nel tempo, ipertensione o diabete.