anno XXIX
numero speciale
2018

TORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

SPECIALE

XII EDITION

Terra Madre

SALONE DEL GUSTO 2018

i servizi web dell'Ordine

www.omceo.to.it

Tutto ciò che occorre sapere sull'Ordine
ad iniziare dall'Albo degli iscritti

www.torinomedica.com

Cultura per la salute
e le più importanti notizie
di aggiornamento medico-scientifico
con accesso diretto alle fonti

Seguici su **FB**
https://www.facebook.com/omceoTorino/
e su **Twitter**
https://twitter.com/OmceoTo

Sommario
numero speciale
2018

4 DI TUTTI I NOMI IL PIÙ BELLO
Madre Terra

6 L'Ordine dei Medici e Terra Madre
Guido Giustetto

7 Scienze gastronomiche e biodiversità, risorse per la salute
Carlo Petrini

9 Cibo e salute: l'impegno di Terra Madre 2018 per un cambiamento possibile
Andrea Pezzana, Luca De Carli, Marisa Sillano, Michela Zanardi

12 I conflitti di interesse dell'industria alimentare
Luca Iaboli, Adriano Cattaneo

16 Slow medicine per una alimentazione varia e moderata
Marco Bobbio, Antonio Bonaldi

18 Dieta e salute orale: iniziamo dall'acqua
Intervista al prof. Luca Levrini direttore del Centro di ricerca oro-cranio-facciale dell'Università dell'Insubria
Patrizia Biancucci

21 Abbattere le diseguaglianze di salute anche a tavola
Guido Giustetto, Mario Nejrotti

24 Quanto costa mangiare sano?
Chiara Rivetti

27 Peso forma. La dieta basta?
Mario Nejrotti

30 Cibo e prevenzione: imparare a scegliere
Oscar Bertetto

32 Le dipendenze alimentari: il Binge Eating Disorder
Augusto Consoli, Paola Damiano

35 La scienza della nutrizione: tra falsi positivi e conflitti di interesse
Fabio Ambrosino

40 Il valore del cibo, la filiera alimentare e il libero mercato
A colloquio con Luca Salvatici
Laura Tonon

42 Sicurezza, qualità, interessi. Il consumatore può stare tranquillo?
A colloquio con l'Onorevole Paolo De Castro
Laura Tonon

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI
Carlo FRANCO
Ivana GARIONE
Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti
Coordinamento redazionale:
Rosa Revellino
Redazione:
Luca Nejrotti, Laura Tonon (Pensiero Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 3-08-2018

DI TUTTI I NOMI IL PIÙ BELLO
Madre Terra

Terra Madre: evento che da anni risuona nella memoria di cittadini, famiglie e produttori.
Quasi una etichetta linguistica che comprime il valore simbolico per dar voce a luoghi, prodotti, territori e storie di popoli e tradizioni alimentari. Ma la parola ha la sua forza incomprimibile.

Madre: parola meravigliosa e terribile, consolatoria e incombente, familiare ed estranea.
Figura invocata e maledetta, generosa e possessiva, necessaria e rischiosa. Nome di tutti il più bello; e assoluto. Come la vita.
Difficile da comprendere perché le sue manifestazioni affondano le radici nel mito e nella storia, nella realtà e nei simboli, nella comunità e negli individui.

Un'identica legge, femminile e materna, fin dalle origini regola il cosmo e i viventi.
Gaia, la Terra "dall'ampio petto" – leggiamo nella Teogonia di Esiodo – genera il Cielo, il Mare, i Monti e, unita al Cielo, la progenie degli uomini e degli dèi.: di qui il nome di Tellus Mater (Terra Madre) e Magna Mater (Grande Madre).

Si avrà buon gioco a ricondurre la parola homo (uomo) a humus (terra). Identificata con le grandi dee madri-tutte dee della fecondità (Rea, Era, Demetra in Grecia, Iside in Egitto; Cibele in Anatolia, Cerere a Roma).

Costante e serrato il parallelo terra/madre. La terra, come la madre, è ricettacolo e generatrice di vita.

La madre – come la terra – è anche orizzonte che chiude, che conclude e che finisce. Di cicli di vita è un'eco che si alimenta nella memoria. Madre è quindi doppia identità, sintonia affettiva e solitudine, territorio non protetto di un *oltre* della vita che solo una donna può conoscere e osare.

A colei che dà la vita, alla Madre e Terra, non si cessa mai di chiedere fino all'esaurimento.

Una nuova *pietas* è forse all'orizzonte: proteggere la madre. Proteggere la terra, che può essere meravigliosa e tremenda.

Tratto da *Di tutti nomi il più bello*, Ivano Dionigi in *Madre, Madri*, Centro studi permanenza del Classico, Università di Bologna.

XII EDITION

Terra Madre

SALONE DEL GUSTO 2018

L'Ordine dei Medici e Terra Madre

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

Il campo dell'alimentazione è particolarmente ricco di notizie poco scientifiche che demonizzano certi cibi e alcuni loro componenti, minimizzano i danni del cibo industriale o esaltano la necessità di integrare con prodotti specifici presunte carenze nutrizionali. In questo ambito di disinformazione prospera la diet industry con le sue diete incongrue e i suoi strumenti diagnostici alternativi (Vega test, test di citotossicità, DRIA test), sfruttando i problemi di tante persone. Due esempi.

Chi, con poca consapevolezza e preparazione, vuole o deve perdere peso, oppure, soffrendo di disturbi il più delle volte cronici e senza una terapia risolutiva (es. colon irritabile, dispepsia, cefalea, stanchezza…), spera di identificare nell'intolleranza o nell'allergia ad un certo cibo la causa e quindi la soluzione ai suoi malesseri.

Può sembrare un'ovvietà, ma noi medici non siamo diversi dagli altri esseri umani, abbiamo i nostri pregiudizi, le nostre credenze, le difficoltà di tutti a cambiare abitudini, insomma non viviamo, per fortuna, solo di scienza e coscienza. E così fumiamo in proporzione circa uguale a quella della popolazione generale e anche tra di noi ci sono gli obesi, quelli in sovrappeso, i sedentari.

E nei nostri comportamenti, come tutti, siamo influenzati dalle mode e dalle informazioni che circolano intorno a noi.

L'Ordine dei medici ha come compito istituzionale quello di mantenere alto il livello di conoscenza e di competenza dei propri iscritti e di tutelare in questo modo il diritto alla salute dei cittadini.

Collaborare con Terra Madre 2018, patrocinando i forum di cibo e salute e organizzando il convegno sui veri e falsi miti della celiachia, significa mettere insieme questi due obiettivi avendo come strumento un'informazione rigorosa, della quale c'è quanto mai bisogno.

È paradossale che la disponibilità di cibo, essenziale per la vita e (letteralmente) per non morire di fame, nei nostri paesi ad alto reddito tenda a trasformarsi in un ulteriore ambito di medicalizzazione della vita.

Non riusciamo a fare a meno di cibo e bevande industriali, poveri di nutrienti e, invece di andare al mercato dei contadini, andiamo in farmacia a comperare scatolette di nutraceutici.

L'Ordine di Torino fa proprio il messaggio di Terra Madre e, con questo numero speciale della propria rivista, lo rivolge a medici e cittadini:

aumenta il consumo di cibi freschi, di provenienza locale, scegli preferibilmente quelli biologici, biodinamici o da lotta integrata, non eccessivamente trasformati; limita il consumo di zuccheri, farine raffinate, carne e preferisci verdure e legumi; dai il giusto tempo ai tuoi pasti, impara a leggere le etichette. E ricordati che quello che fa bene alla tua salute, fa bene anche all'ambiente.

Scienze gastronomiche e biodiversità, risorse per la salute

Carlo Petrini
fondatore e presidente di Slow Food

Jean Anthelme Brillat-Savarin, l'autore di *Fisiologia del gusto*, è stato il primo gastronomo a non scrivere un semplice libro di ricette, bensì riflessioni articolate partendo dal punto di vista di colui che mangia. La sua intuizione è stata quella di comprendere che la gastronomia è scienza complessa, meritevole di piena dignità culturale, che pervade ogni aspetto della civiltà umana. "L'universo non esiste senza la vita, e tutto ciò che vive si nutre", scrive il padre della gastronomia moderna nella sua opera, che, pubblicata nel 1825, rappresenta la prima riflessione organica su uomo e cibo, il primo ▶

“L’universo non esiste senza la vita, e tutto ciò che vive si nutre”

tentativo, pienamente riuscito, di dare all’arte della cucina e della tavola lo stato e la dignità di scienza. Scandito da una serie di “Meditazioni” sui principali temi legati all’alimentazione e al convivio (dal gusto al piacere, dalla digestione al digiuno, dalla sete all’obesità), il volume comprende racconti di vita, memorie e aneddoti, in un insieme di testi che ne fanno una lettura piacevolissima.

È a lui che mi riferisco ogni volta che cito la visione olistica della gastronomia. Una visione cioè che abbandoni le schematizzazioni settoriali e guardi ai molteplici e multidisciplinari approcci allo studio del cibo, spaziando dal campo umanistico a quello scientifico. Tra questi, uno degli argomenti più stimolanti è quello che si dedica allo studio del rapporto tra la nostra condizione fisica, la nostra salute (o, al contrario, la nostra malattia) e l’alimentazione, la cosiddetta dieta. Proviamo ad applicare un approccio olistico quindi anche al concetto di dieta: se abbandoniamo l’accezione moderna e più “commerciale” di questa parola – quella cioè che definisce una lista di ingredienti espressa in unità di peso, consegnata all’interlocutore come una prescrizione rigida e schematica – ecco che la nostra dieta può includere le profonde connessioni emotive (e neurochimiche) legate ai sapori dell’infanzia che definiscono le nostre preferenze in termini di gusto, le abitudini comportamentali e conviviali, il modello sociale in cui ci troviamo a lavorare e a trascorrere il tempo libero, lo spazio urbano o rurale in cui viviamo che condiziona i modelli di approvvigionamento e di conseguenza la possibilità di scegliere il proprio cibo. Tutto questo, in senso olistico, è la nostra dieta.

E tornando alla nostra lista di ingredienti, proviamo a soffermarci su ciascuno di essi chiedendoci di quali modalità di produzione, ambiente, tipo di agricoltura siano il risultato. Se la nostra dieta comprende per esempio 100 grammi di pane al giorno, è evidente che gli effetti sul nostro metabolismo saranno diversi se quel pane è prodotto industrialmente con farine raffinate, amido di mais e conservanti per mantenerlo soffice o, al contrario, se un fornaio artigiano ha impastato farine integrali biologiche di grani antichi con lievito madre e ha lasciato trascorrere il giusto tempo di lievitazione e di cottura. Lo stesso esercizio di mettere a confronto due facce diverse di produrre cibo può essere fatto per la carne, la frutta, ogni altra categoria merceologica.

La qualità del cibo è quindi ormai un elemento da cui non si può prescindere quando si parla di alimentazione. Così come, se si parla di alimentazione, non si può prescindere dal parlare di agricoltura e di ambiente. Il cibo che fa bene non è quello dell’agricoltura massiva, inquinata da pesticidi e fertilizzanti chimici. Il cibo che fa bene alla nostra salute è ricco in biodiversità.

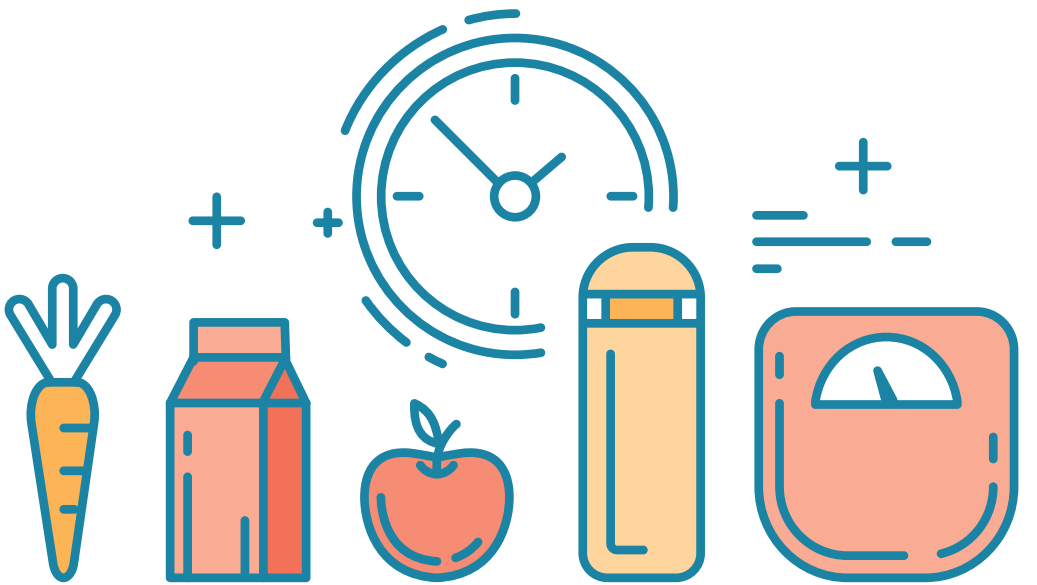
La biodiversità agricola è importante per la sicurezza alimentare e nutrizionale, in quanto tutela contro la fame, è fonte di nutrienti per migliorare la diversità e la qualità della dieta e per rafforzare i sistemi alimentari locali e la sostenibilità ambientale. Per affrontare la sfida della sicurezza alimentare e di un’alimentazione sana, dobbiamo concentrarci sull’intensificazione ecologicamente sostenibile dei sistemi agricoli, che contribuirà anche a migliorare le diete. Sotto la pressione di cambiamenti climatici, ecosistemi e biodiversità sotto stress, crescita demografica e urbanizzazione, conflitti sociali e povertà estrema, non c’è mai stato un tempo più urgente per un’azione collettiva che affronti il tema della sicurezza alimentare e nutrizionale a livello globale: questo sistema alimentare pesante ha un impatto sulle persone più vulnerabili, come dimostrano chiaramente le statistiche.

La biodiversità è la linfa vitale di ciò che mangiamo. La biodiversità, sia essa selvatica o coltivata, è alla base della sostenibilità della produzione agricola, in quanto fornisce la diversità genetica e il materiale necessari per stimolare l’innovazione e l’adattamento, nonché i servizi e i processi ecosistemici essenziali. Troppo spesso i servizi ecosistemici per la nutrizione e la salute umana forniti dalla biodiversità sono stati ignorati. Una volta collegati, la biodiversità, l’agricoltura e la nutrizione formano un percorso comune che porta alla sicurezza alimentare e nutrizionale e al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio.

Cibo e salute: l'impegno di Terra Madre 2018 per un cambiamento possibile

Andrea Pezzana[1], Luca De Carli[2], Marisa Sillano[1], Michela Zanardi[1]
[1] *Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica – ASL Città di Torino,*
[2] *Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica – AO Alessandria*

Nel 1963 Jean Trémolières, famoso gastroenterologo e fisiologo della nutrizione, pubblicava i *Profili d'una gastronomia dietetica e d'una gastrotecnica dietetica* dove, partendo dalla *Fisiologia del Gusto* di Brillat-Savarin, ne proponeva una "riscrittura" a uso della società industriale. L'era moderna infatti stava perdendo ed erroneamente interpretando il concetto di *gourmandise*, confondendolo con la bieca voracità, e la via da lui proposta consisteva invece in una nuova collaborazione tra la gastronomia, quella vera, quella attenta all'origine dei cibi, e la dietetica, per la quale evidenziava il rischio di diventare altrimenti "l'arte di ristabilire la salute per mezzo di un regime prescritto e poco gradevole".



Il valore del cibo, sempre mantenendo una prospettiva scientifica, deriva quindi dalle caratteristiche riguardo a tre tipi di qualità:

- qualità nutrizionale e valore alimentare
- qualità psicosensoriale
- qualità organolettiche

che tutte insieme aiutano a definire la complessità del cibo e le sue ricadute sul benessere del consumatore. Trémolières enfatizzava anche il ruolo di sorpresa e particolarità dei prodotti artigianali, che spesso possiedono molte delle qualità elencate e "mantengono alto il prestigio dell'amore per l'arte".

Questa lezione, però, anche se pubblicata su una rivista specialistica a larga diffusione in quegli anni, rimase per lungo tempo inascoltata; le scienze tecniche dietetiche erano ancora troppo legate ad aspetti numerico-matematici, di bilanciamento strettamente calorico, senza alcuna capacità di acquisire una visione olistica. La modalità di approccio prevalente era quella prospettiva che Michael Pollan definirà trionfo del "nutrizionismo", inteso come incapacità di acquisire una visione olistica.

Pur con la consapevolezza di mantenere un impianto rigorosamente scientifico nelle modalità e negli strumenti di indagine e ricerca, negli operatori sanitari operanti nell'area della Dietetica e della Nutrizione clinica preventiva è gradualmente emersa la consapevolezza di ampliare la prospettiva, avvicinandosi a quanto era stato espresso in modo così lungimirante da Trémolières agli inizi degli anni '60. Le esperienze di "contaminazione virtuosa" tra scienza dell'alimentazione, scienze gastronomiche, antropologia, sociologia, economia, e un'equilibrata riscoperta del valore dei saperi tradizionali correlati al cibo e all'alimentazione hanno condotto a nuovi ambiti di ricerca e di pratiche cliniche in cui medici, dietisti, chef e tutti gli esperti dei settori sopra menzionati hanno iniziato a collaborare.

La sfida è davvero grande, perché gli indicatori di salute pubblica cibo-correlati evidenziano un peggioramento graduale e costante: le malattie cronico-degenerative correlate all'alimentazione e agli stili di vita (alcuni tipi di tumore, il diabete di tipo 2, la malattia cardio-vascolare, alcune forme di malattie neuro-degenerative per citare le principali) se per ora non hanno ancora inciso sull'aspettativa di vita, stanno però minando l'aspettativa di vita in salute, sia in generale, che specificatamente dopo i 65 anni: dal 2002 questi indicatori hanno assunto una tendenza preoccupante in termini di benessere personale e familiare e per i costi insostenibili a lungo termine per la società e i governi.

Se a questo dato si associa quanto emerge quotidianamente su cambiamenti climatici e criticità eco-ambientali si intravede un futuro difficile per le persone e il pianeta.

Da qui emerge chiaramente la necessità del cambiamento, e la buona notizia è che molti studi ci danno ancora discreti margini di successo, enfatizzando il ruolo da protagonista delle scelte alimentari sia per le criticità di salute che per quelle eco-ambientali. Un'altra notizia confortante è che le scelte per aiutarci su entrambi i fronti sono uguali o molto simili, facendo emergere un'ipotesi di soluzione unica e globale.

Un'indicazione in tal senso ci viene anche da OMS e FAO, che nell'ambito dell'UN Decade of Action on Nutrition, lanciata per il decennio 2016-2025, propongono la lotta contemporanea al triplo onere della malnutrizione (*triple burden of malnutrition*) che affligge il nord e il sud del mondo: lotta alla fame e alla malnutrizione per difetto, lotta alla malnutrizione per eccesso, lotta all'insicurezza alimentare e ai deficit di micronutrienti.

Da queste premesse nasce l'impegno di Terra Madre e di Slow Food su questi temi, non come cambiamento di rotta ma come evoluzione naturale di un'Associazione che ha da sempre tutelato la biodiversità, le produzioni sostenibili, la collaborazione tra saperi accademici e tradizionali, la visione globale nel grande rispetto delle potenzialità, delle esigenze e delle caratteristiche locali dei singoli territori.

Le esperienze maturate a partire dalla fine degli anni '90 (dal progetto "Il gusto per la Salute" all'Ospedale San Giovanni Vecchio di Torino, alle molte collaborazioni con il Ministero della Salute e con strutture sanitarie in Italia e all'estero, alla firma di protocolli d'intesa con società medico-scientifiche) sono evolute fino alla creazione di uno specifico Master "Cibo e Salute" presso l'Università di Scienze Gastronomiche a Pollenzo, formando un numero crescente di operatori sanitari su questi temi.

Terra Madre 2018 formalizza questo impegno inserendo in una delle cinque aree tematiche "Food for change", forum e laboratori su cibo e salute, e proponendo un percorso didattico a tema destinato a visitatori, delegati, scuole e gruppi.

Quali le tematiche trattate? La fattibilità di uno stile alimentare sano e allo stesso tempo piacevole, la possibilità di utilizzare il nostro cibo quotidiano nel mantenimento e nel recupero della salute, l'importanza di dare peso alle etichette nella scelta di un alimento, di dedicare tempo alla ricerca, all'acquisto e alla preparazione del cibo, di evitare prodotti con alti livelli di trasformazione industriale, ricchi in zuccheri e grassi poco salutari.

I cibi poco raffinati, freschi, ricchi in fibre e con un apporto calorico moderato, la verdura e la frutta di provenienza preferibilmente locale e biologica, biodinamica o da lotta integrata, i legumi, i cereali integrali, accompagnati da ridotti consumi di proteine di origine animale, sono gli strumenti gastronomici per questi obiettivi di salute. Aggiungiamo alla ricetta il giusto tempo e tanta curiosità. Scopriremo che quello che fa bene alla salute, fa bene anche all'ambiente.

Il corpo ringrazia, la Terra anche.

I conflitti di interesse dell'industria alimentare

Luca Iaboli e Adriano Cattaneo
Membri del gruppo Nograziepagoio, che si occupa di produrre e diffondere informazioni su conflitti d'interesse, indipendenza e trasparenza in ambito sanitario (www.nograzie.eu)

Le multinazionali del cibo temono la regolamentazione e si proteggono usando le medesime tattiche usate in passato da Big Tobacco. Le tattiche includono gruppi di facciata, lobby, promesse di autoregolamentazione, azioni legali [NDT: contro i governi che introducono misure per proteggere la salute dei cittadini], ricerca finanziata dall'industria che confonde l'evidenza e crea il dubbio nei consumatori [...], includono regali, borse di studio, donazioni per cause nobili per dipingersi rispettabili di fronte ai consumatori e ai politici.

Margaret Chan, direttore OMS 2013 [1]

Oggi produciamo più cibo di quanto sia mai accaduto nella storia dell'umanità. Nonostante ciò, oltre una persona su dieci sulla terra ha fame. A questo primato se ne aggiunge un secondo: nel 2014 gli 800 milioni di affamati sono superati da 2 miliardi di adulti sovrappeso o obesi [2].

Il pensiero tradizionale secondo cui "mangiare troppo" e "muoversi poco" siano le cause dell'epidemia di obesità è sotto esame e si accumulano le prove che "quello che si mangia" è altrettanto importante rispetto a "quanto si mangia" [3]. A partire dall'inizio degli anni '80 il peso medio di un adulto americano è aumentato di 1,5 kg all'anno, e un fattore chiave di questo incremento è il consumo di cibi processati [4]. Varie revisioni sistematiche e meta-analisi mostrano che il consumo di bevande zuccherate [5] e zuccheri liberi [6] promuove l'aumento del peso corporeo e che il consumo di zucchero pro-capite è fortemente associato con la prevalenza di diabete [7]. Ben documentata è anche l'associazione tra cibi ultra-processati e obesità, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica e dislipidemia [8].

Poiché i cibi processati rappresentano l'80% delle vendite globali e le dieci grandi multinazionali di cibo e bevande – le cosiddette Big Food e Big Drink – sono parte di un'industria valutata in 7000 miliardi di dollari e un settore che rappresenta circa il 10% dell'economia globale [9], appare ovvio che queste aziende abbiano tutto l'interesse a dimostrare che l'epidemia di obesità non sia causata dai loro prodotti. Si ripete una situazione che ricorda quella verificatasi molti anni fa con Big Tobacco [10], tanto che la pervasiva influenza dei padroni del cibo che finanziano la ricerca, i ricercatori e le società scientifiche minaccia la credibilità della scienza nutrizionale e della salute pubblica [11].

... 1 persona su **10**
sulla Terra **ha fame**

nel 2014 gli **800 milioni di affamati** sono superati da **2 miliardi di adulti sovrappeso** o obesi

Infatti, la ricerca e l'educazione sul cibo e sulla nutrizione sono facilmente influenzate dai finanziamenti di Big Food e Big Drink. Ad esempio, un articolo del New York Times [12] descrive il supporto finanziario della Coca-Cola al Global Energy Balance Network, un'organizzazione accademica con l'obiettivo di promuovere l'attività fisica come il metodo più efficace di controllo calorico per prevenire l'obesità, che però evita accuratamente di prendere posizione sull'eccessiva assunzione di calorie tramite le bevande zuccherine. Un secondo esempio deriva da un'analisi dei conflitti di interesse della più nota associazione scientifica americana nel campo della nutrizione [13], l'American Society for Nutrition (ASN). L'ASN, che ha molteplici legami finanziari con l'industria del cibo e delle bevande, detta le linee guida americane e informa i media e il pubblico tramite l'American Journal of Clinical Nutrition, una delle principali riviste scientifiche nel campo della nutrizione. Per farsi un'idea dell'influenza di Big Food e Big Drink, basti pensare che nel 2014, in un stagione in cui i prodotti delle multinazionali venivano messi sotto accusa, ed esattamente a un mese di distanza dalla raccomandazione introdotta dal Brasile di mangiare cibi freschi, limitando quelli processati ed evitando le catene di fast food, la rivista pubblica un documento scientifico di 18 pagine, "Processed foods: contributions to nutrition", che prende le difese dei cibi altamente processati. Può non sorprendere quindi che, quando la Food and Drug Administration (FDA) propone di aggiungere sull'etichetta dei prodotti alimentari la dizione "zucchero aggiunto", l'ASN risponda all'FDA scrivendo: "This topic is controversial and a lack of consensus remains in the scientific evidence on the health effects of added sugars alone versus sugars as a whole…".

Un secondo ambito di influenza di Big Food e Big Drink è la ricerca scientifica sugli effetti del consumo dei loro prodotti sulla salute. Le multinazionali del cibo sono gli sponsor maggiori della ricerca e, così come accade con gli studi sui farmaci finanziati dalle aziende farmaceutiche, ci sono prove che gli studi sponsorizzati dalle multinazionali dell'industria alimentare forniscano risultati a favore del punto di vista dell'azienda. Ad esempio, le revisioni sponsorizzate dalle multinazionali sugli effetti degli zuccheri aggiunti hanno una probabilità di concludere che non c'è associazione tra consumo di zucchero e incremento del peso corporeo cinque volte maggiore rispetto a quelle di altri sponsor [14]. Una recente analisi sul rapporto tra dolcificanti artificiali e aumento di peso mostra che le revisioni sponsorizzare da Big Drink danno un risultato favorevole all'azienda diciassette volte maggiore rispetto a revisioni indipendenti [15].

Oltre a influenzare la ricerca scientifica e l'informazione al pubblico, un terzo livello in cui è presente l'influenza delle multinazionali del cibo sono i tavoli in cui si discutono le politiche internazionali di salute pubblica. Nell'ottobre del 2017, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha organizzato a Montevideo una conferenza con l'obiettivo di elaborare una roadmap per il controllo delle malattie non trasmissibili [16]. Rispetto alla bozza, il documento finale porta segni evidenti dell'influenza dell'industria: mentre nella bozza si propone la tassazione di tabacco, alcol e bevande zuccherate, nel documento finale rimangono solo le tasse sul tabacco. Il parere negativo nei confronti delle altre due tasse proveniva soprattutto da Big Food e Big Drink [17]. Che sia necessario l'impegno di tutti per il controllo delle malattie non trasmissibili è ovvio, ma ciò non vuol dire far sedere le multinazionali ai tavoli in cui si decidono le politiche riguardanti la salute.

Per ridurre l'epidemia di sovrappeso e obesità e le conseguenze sull'ambiente, l'unico meccanismo di provata efficacia sono interventi sul mercato con politiche economiche di regolamentazione, che sono mancate e hanno permesso a Big Food e Big Drink di fare ciò che volevano. I padroni del cibo non devono più avere un ruolo nelle politiche nazionali e internazionali e i partner pubblici devono rimanere vigili e cauti nei riguardi delle possibili distorsioni, e devono valutare vantaggi e svantaggi delle opportunità di collaborazione [18].

Oggi più che mai è necessario creare maggiore consapevolezza del fatto che la componente industriale del corrente sistema alimentare sta facendo danni enormi alla salute, alimentando l'epidemia di obesità, e all'ambiente, alimentando il riscaldamento globale e il cambiamento climatico. C'è solo un alimento, il vero cibo, a basso contenuto di zucchero e ricco di fibre e micronutrienti. Il cibo vero è ciò che il mondo ha mangiato per millenni senza rischio di malattie a lungo termine. E non è quello che le multinazionali dell'industria alimentare stanno vendendo [19].

Bibliografia

1. Margaret C. WHO Director-General addresses health promotion conference. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion, 2013

2. Shrimpton R. Fixing our food system: an imperative for achieving sustainable development. World Nutrition 2017;8(2)

3. Shrimpton R, Bazzano A and Mason J. Getting Fat: "What" is Eaten is as Important as "How much" is Eaten. J Obes Weight Loss Ther 2017;7:344

4. Mozaffarian D et al. Changes in Diet and Lifestyle and Long-Term Weight Gain in Women and Men. New England Journal of Medicine 2011;364:2392-404

5. Malik VS, Schulze B and Hu FB. Intake of sugar sweetened beverages and weight gain: a systematic review. American Journal of Clinical Nutrition 2006;84:274-288

6. Te Morenga L, Mallard S and Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. BMJ 2012;345:e7492

7. Weeratunga P et al. Per capita sugar consumption and prevalence of diabetes mellitus – global and regional associations. BMC Public Health 2014;14:186

8. Monteiro CA. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutrition 2018;21(1):5-17

9. Stuckler D and Nestle M. Big food, food systems, and global health. PLoS Med 2012;9(6): e1001246

10. Moodie R et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. Non-communicable Diseases Series 4. Lancet 2013;381:670–679

11. Nestle M. Corporate Funding of Food and Nutrition Research Science or Marketing? JAMA Internal Medicine 2016;176[1]:13-4

12. O'Connor A. Coca-Cola funds scientists who shift blame for obesity away from bad diets. New York Times August 9, 2015

13. Simon M. Nutrition Scientists on the Take from Big Food. Has the American Society for Nutrition lost all credibility? 2015

14. Bes-Rastrollo M et al. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. PLOS Med 2013;10(12):e1001578

15. Mandrioli D, Kearns CE and Bero LA. Relationship between Research Outcomes and Risk of Bias, Study Sponsorship, andAuthor Financial Conflicts of Interest in Reviews of the Effects of Artificially Sweetened Beverages on Weight Outcomes: A Systematic Review of Reviews. PLoS ONE 2016;11(9):e0162198

16. Montevideo roadmap 2018-2030 on NCDs as a sustainable development priority. WHO global conference on non communicable diseases. Pursuing policy coherence to achieve SDG target 3.4 on NCDs. Montevideo, 18-20 October 2017

17. Whitaker K, Webb D and Linou N. Commercial influence in control of non-communicable diseases. BMJ 2018;360:k110

18. Mozaffarian D. Conflict of Interest and the Role of the Food Industry in Nutrition Research. JAMA 2017;317:1755-6

19. Lustig RH, Lee PR. Processed Food: an experiment that failed. JAMA Pediatrics 2017;171:212-4

Slow medicine per una alimentazione varia e moderata

Marco Bobbio
già Primario di Cardiologia. Segretario generale di Slow Medicine

Antonio Bonaldi
già Direttore Sanitario. Presidente di Slow Medicine

Sempre più spesso sentiamo qualcuno affermare che mangia solo certi cibi e ne esclude altri per motivi di salute, ma il numero delle persone diabetiche, sovrappeso, obese e con disturbi alimentari aumenta di anno in anno, mentre sempre meno osano sostenere di mangiare ciò che preferiscono. Ormai abbiamo sostituito il piacere della tavola con diete fondate su dati che a volte hanno una qualche plausibilità scientifica, ma che spesso si basano su risultati modesti, ambigui, inesistenti o fantasiosi.

Certamente molte patologie (diabete, malattie cardiovascolari, ipertensione, cirrosi, cancro, malattie allergiche) sono influenzate da ciò che mangiamo e l'alimentazione è uno dei temi favoriti della ricerca, ma anche uno dei più difficili da studiare. Gli **studi osservazionali** si basano su questionari compilati una tantum sul-

la dieta abituale; ciò comporta che le autodichiarazioni non siano sempre verificabili e che nel corso degli anni (o anche solo delle stagioni) si modifichino le abitudini alimentari rispetto a quanto dichiarato nel questionario. Gli **studi sperimentali** hanno come obiettivo di valutare l'effetto di un componente nella dieta oppure di un regime dietetico complessivo su metà di un campione selezionato di persone sane, ma non possono essere condotti per lunghi periodi di tempo, dovendo convincere le persone ad adattarsi a una dieta molto particolare. Si sovrappone inoltre il condizionamento dell'industria alimentare, che tende sfruttare a proprio favore i risultati delle ricerche per aumentare la commercializzazione dei propri prodotti. Kearn [1], per esempio, ha ricostruito il ruolo giocato dalla *Sugar Research Foundation* che – dopo aver ipotizzato nel 1954 un'opportunità strategica di sviluppo del mercato conseguente alle campagne contro grassi e colesterolo – iniziò a finanziare i ricercatori per dimostrare i vantaggi di una dieta ricca di zuccheri e a promuovere campagne di informazione basate sul concetto che lo zucchero è essenziale per la vita.

Seguendo la logica riduzionista, che ha permeato la scienza negli ultimi tre secoli, la ricerca dei rapporti tra alimentazione e salute si è concentrata sui singoli componenti dei cibi più che sull'insieme della dieta. Tuttavia, il tentativo di isolare un elemento attribuendogli poteri malefici o benefici è un procedimento molto rischioso e spesso fallace. Alimenti e malattie sono legati da una complessa rete di interazioni che restano in gran parte ignote e che si associano non solo al regime dietetico, ma anche alle abitudini di vita quali i rapporti sociali, l'attività fisica, il benessere personale, il lavoro, lo stress, il fumo, l'alcol. In effetti, data l'enorme interconnettività tra i sistemi naturali, i processi biologici sono spesso l'espressione di fenomeni entro i quali è assai difficile prevedere un risultato modificando un singolo tassello.

Secondo Slow Medicine le scelte alimentari possono condizionare sia la salute del pianeta sia della persona; modificare la dieta in senso vegetariano, infatti, oltre che ridurre la mortalità generale del 6-10%, rappresenta anche un modo efficace per contrastare i cambiamenti climatici dato che gli allevamenti animali sono responsabili di un quarto della produzione mondiale di CO_2 [2]. Molti degli effetti che legano il cibo alla salute restano, comunque, sconosciuti, e le scorciatoie alimentari, basate su diete squilibrate, sugli effetti di singoli nutrienti e su integratori ad azione protettiva, sono di scarso aiuto per la nostra salute. Come sostiene infatti Luigi Fontana, uno dei massimi esperti mondiali di alimentazione e invecchiamento, "non ci sono cibi o ingredienti che abbiano sull'uomo un intrinseco e indipendente effetto antinfiammatorio, antidiabetico, antitumorale, antinvecchiamento" [3]. Dato che non esiste la dieta perfetta, per preservare la salute è necessario sviluppare un modello nutrizionale equilibrato, imparando a riconoscere i segnali che ci arrivano dal corpo, abituandoci alla sobrietà, senza prescrizioni assolute e proibizioni tassative [4], adottando politiche in grado incoraggiare il consumo di cibi salubri, prodotti e distribuiti tenendo conto dell'impatto ambientale [5]. Slow Medicine consiglia di adottare la cosiddetta dieta mediterranea [6, 7] – che nel 2010 è stata inserita dall'UNESCO tra i patrimoni culturali immateriali dell'umanità [8] – aumentando il consumo di cereali integrali, verdure, frutta fresca e secca, legumi, olio d'oliva, pesce, yogurt, riducendo quelli di formaggi e carne ed evitando gli zuccheri raffinati e il sale [9].

Insomma, un po' di tutto, ma con moderazione e senza eccessi.

Bibliografia

1. Kearns CE, Schmidt LA, Glantz SA. Sugar industry and coronary heart disease research. A historical analysis of internal industry documents. JAMA Intern Med 2016; 176: 1680-5. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.5394

2. Springmann M et al. Analysis and valuation of the health and climate change cobenefits of dietary change. PNAS 2016; 113: 4146-4151.

3. Fontana L, Fusari V. La felicità ha il sapore della salute. Slow Food Editore, Bra 2018.

4. Bonaldi A, Pezzana A. Alimentazione e salute: cosa c'è di vero? J AMD 2016; 19: 254-62.

5. Jacobson MF, Krieger J, Brownell KD. Potential policy approaches to address diet-related diseases. JAMA 2018. doi:10.1001/jama.2018.7434

6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvad J, et al. for the PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med 2018; 378 :e34. doi: 10.1056/NEJMoa1800389

7. Keys A, Keys M. La dieta mediterranea. Come mangiare bene e stare bene. Slow Food Editore, Bra 2017.

8. http://www.unesco.it/it/PatrimonioImmateriale/Detail/384.

9. Shulze MB et al. Food based dietary patterns and chronic disease prevention. BMJ 2018; 361: k2396. doi: 10.1136/bmj.k2396

Dieta e salute orale: iniziamo dall'acqua

Intervista al prof. Luca Levrini

direttore del Centro di ricerca oro-cranio-facciale dell'Università dell'Insubria

A cura Patrizia Biancucci
Consigliere Omceo Torino

Un corretto stile di alimentazione per la salute dello smalto dei denti rappresenta un'azione di prevenzione rispetto alle patologie odontoiatriche, e favorirne la consapevolezza è un messaggio efficace. Raccomandare il consumo di acque minerali ad alto residuo fisso è, per esempio, importante: idratazione costante e implementazione di calcio, fosfato, magnesio e fluoruri attraverso l'acqua aiutano a favorire i processi di riparazione dello smalto. Infatti la carie dentaria è un problema ancora molto frequente, che può interessare fino al 90% della popolazione e che si manifesta precocemente: si pensa che almeno il 60% dei bambini ne sia già affetto. Pur essendo la carie una delle patologie odontoiatriche più diffuse, per comprendere l'importanza del cibo rispetto alla salute della bocca è necessario riferirsi anche alle "usure dentarie", condizioni nelle quali si perde smalto dentario non a causa dei batteri della bocca ma per la presenza di saliva acida.

Le usure dentarie sono spesso legate al modo di mangiare; talmente diffuse e in aumento, che si potrebbe ipotizzare in futuro la loro prevalenza rispetto alle carie. In generale, da un punto di vista preventivo, l'unico aspetto da considerare per la salute del dente è la conservazione scrupolosa dello smalto e del tessuto osseo che lo sostiene, grazie a un'igiene orale corretta e a un'adeguata alimentazione. Il prof. **Luca Levrini**, direttore del Centro di ricerca oro-cranio-facciale dell'Università dell'Insubria (https://www.centroricercainsubria.it/) e autore del libro **"La dieta del sorriso"**, ci fa intravedere aspetti poco conosciuti di un argomento molto conosciuto, o almeno così crediamo.

Prof. Levrini, il rapporto tra alimentazione e salute orale è di solito associato al consumo dei dolci. È così?

Sì, in effetti la relazione tra alimentazione e cavo orale cade spesso negli stereotipi, non essendo del tutto nota, e diventa necessario che luoghi comuni come "gli zuccheri fanno venire la carie" siano trasformati e completati. Infatti non solo lo zucchero comune, ma tutti i cibi incidono sulla salute dei denti e delle gengive, positivamente o negativamente, e in tal senso l'acqua che beviamo ha un ruolo spesso trascurato sebbene molto importante.

Di solito associamo il consumo di acqua a condizioni fisio-patologiche di salute generale, mentre lei si riferisce ai denti. Perché?

Il consumo di acqua durante e lontano dai pasti costituisce un fattore in grado di modificare il livello di pH e le concentrazioni di ioni nell'ambiente circostante i denti. I

cambiamenti nelle proprietà dell'acqua possono influenzare il tessuto mineralizzato del cavo orale in due modi. In primo luogo, attraverso grazie alla omeostasi di calcio, magnesio e fluoro, che si riflette nella concentrazione di questi componenti nella saliva; e, in secondo luogo, attraverso il loro impatto locale sul tessuto dei denti quando si beve acqua e si consumano cibo preparati su una base d'acqua minerale (Łagocka, 2010).

In che modo l'acqua modifica il meccanismo di cariogenesi?

La cariogenesi avviene come conseguenza di fenomeni di demineralizzazione dei tessuti dentali, causati dalla fermentazione degli zuccheri a opera dei batteri della placca. All'opposto il livello di pH della saliva e la sua saturazione con sali di calcio e fosfato, insieme alla presenza di fluoro, sono agenti importanti per promuovere la riparazione del tessuto mineralizzato nella cavità orale (Ten Cate, 2003; Buczkowska, 2000). L'acqua costituisce un'importante fonte di ioni minerali con capacità remineralizzante (calcio, fosfato, fluoro, magnesio, potassio, stronzio, bicarbonato) e ha un pH neutro, in grado di tamponare l'acidità dell'ambiente orale. Inoltre, l'idratazione continua è in grado stimolare la salivazione con un effetto anti cariogenico (Bruvo, 2008).

Quali sono i componenti dell'acqua "amici" dei denti?

Due sono i protagonisti dell'acqua per la difesa dello smalto da carie e da usura dentaria: il fluoro e il calcio. La somministrazione di fluoruri attraverso le bevande è da considerarsi una procedura efficace e semplice poiché il suo consumo non richiede un uso quotidiano cosciente da parte di chi la assume. Alcune ricerche hanno indicato che l'esposizione all'acqua fluorata dalla nascita produce il massimo beneficio per la salute dentale: un basso livello costante di ione di fluoruro nella saliva e nella placca riduce i tassi di demineralizzazione dello smalto durante il processo di cariogenesi e promuove la remineralizzazione delle lesioni cariose precoci (Fejerskov, 1981; Featherstone, 1999).

Qual è la quantità ideale di fluoro nelle acque?

In base agli studi effettuati si ritiene che una concentrazione di fluoruro ottimale nelle acque debba essere inclusa in un range tra 0,5 ppm e 0,8 ppm, con un obiettivo di 0,7 ppm (Heller,1997). È stato stimato che per un livello di fluoruro di 0,7 ppm la percentuale di soggetti con fluorosi di interesse estetico è di circa il 12% (Iheozor, 2015), una concentrazione di 1,5 mg/l (1,5 ppm) è accettata come massima accettabile (MAC) per le forniture artificialmente fuoridate (WHO, 1994; Fawell, 2006; EAPD, 2009).

Anche il calcio deve avere una concentrazione ottimale?

Relativamente al calcio, nel 1937 Mills dimostrò che, tra 75 città degli Stati Uniti, quelle con la più alta durezza dell'acqua potabile avevano il numero più basso di superfici dentali cariate, mancanti e otturate. Bruvo ha dimostrato che la presenza di calcio come di fluoro nelle acque era associata a una riduzione del 45% nel numero di superfici dentali cariate, otturate e mancanti (Bruvo, 2008). Secondo Lagocka (2011), la concentrazione di Ca nella saliva per migliorare la riparazione della lesione cariosa iniziale non dovrebbe essere <40 mgCa/dm3. Una condizione essenziale per riparare il danno iniziale allo smalto è la saturazione della saliva con sali di calcio e fosfato.

Riparazione del danno equivale alla remineralizzazione dello smalto?

Esatto. Infatti per ottenere una completa remineralizzazione dello smalto, con pH 7, il liquido che circonda lo smalto deve contenere 1 mmol di Ca/dm3 (Buczkowska,1996). Ricerche condotte da alcuni autori hanno confermato che le popolazioni di città che bevono acqua dura hanno il più basso indice di carie e che il calcio contenuto nell'acqua potabile può favorire la remineralizzazione e ridurre la demineralizzazione nelle fasi iniziali della carie (Bruvo, 2008; Glass, 1973). Questo effetto può essere dovuto all'unione positiva di ioni calcio con ioni fluoruro nella placca dentale. In questo modo, il calcio può diffondersi nella placca e fornire ulteriori siti di legame per il fluoruro, pertanto è possibile raccomandare il consumo e lo sciacquo con acque dure contenenti rilevanti quantitativi di calcio e fosfato a soggetti che seguono diete predisponenti lo sviluppo di problematiche di carie ed erosione (Łagocka, 2011). In conclusione dello studio condotto da Bruvo (2008) allo scopo di indicare la composizione di acqua ottimale per la prevenzione della patologia cariosa, si segnala che 170 mg/L di calcio hanno un potere di remineralizzazione al pari di 1 mg/l di fluoro, e si raccomanda di assumere acque fluorate e ricche di calcio per prevenire i processi di demineralizzazione.

Prof. Levrini, lei che è un esperto di "dieta del sorriso", quali consigli ci può dare?

Per una migliore prevenzione della carie e dell'usura dentaria, posso fornire suggerimenti efficaci e semplici da seguire:

- assumere acqua ad alto residuo fisso di calcio, magnesio e fluoro
- bere acqua dopo gli spuntini per tamponare l'acidità del pH orale e ristabilire omeostasi dell'ambiente orale al fine di prevenire la cariogenesi
- far comprendere che bere aumenta la salivazione, che ha un ruolo protettivo importante nella cariogenesi
- idratare la bocca nel corso di tutta la giornata per saturare l'ecosistema orale di minerali come calcio, fosforo e fluoro che hanno un ruolo importante nei processi di remineralizzazione dello smalto
- bere per aumentare il flusso salivare e dare un effetto dilavante sulle superfici orali, aiutando a contrastare l'attecchimento della placca e la formazione di nicchie batteriche residenti
- bere al risveglio almeno due bicchieri di acqua per reidratare la bocca al fine di ridurre l'alitosi mattutina.

Abbattere le diseguaglianze di salute anche a tavola

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

Mario Nejrotti
Direttore Torino Medica

Nel notiziario L'Audio in Rete, sul portale www.torinomedica.org compare, nella puntata numero 15 del 27 Gennaio, la notizia della visita a Roma all'Istituto Superiore di Sanità del famoso epidemiologo anglo-australiano Michael Marmot, che si occupa da anni del problema dell'incidenza sulla salute delle diseguaglianze sociali. Le sue tesi sono riassunte in un recente libro intitolato "La salute diseguale".
Si legge nella presentazione al testo che: *"La povertà non è un destino e nulla di ciò che riguarda le iniquità di salute è inevitabile. Le disuguaglianze di salute nascono dalle disuguaglianze nella società e solo intervenendo sui determinanti sociali è possibile ridurre la palese e ingiusta differenza nella distribuzione della salute che esiste sia tra Paesi sia all'interno di uno stesso Paese".*

Il medico non può evitare di estendere la propria indagine all'universo-paziente, costituito da aree che stanno intorno al singolo individuo e ne influenzano lo stato di salute

QUALI SONO I COMPITI DEI MEDICI?

I medici debbono occuparsi della salute dei loro pazienti e hanno come scopo fondamentale la diagnosi e la cura delle malattie. Ma, nel corso degli ultimi decenni, i confini delle attività da loro svolte si sono allargati alla prevenzione delle malattie stesse e alla salvaguardia della salute in senso globale. L'individuazione dei sintomi delle malattie in atto non è più sufficiente. Sempre maggiore importanza va assumendo il riconoscimento precoce dei "fattori di rischio" specie delle patologie cronico-degenerative.
Il medico non può evitare di estendere la propria indagine all'universo-paziente, costituito da aree che stanno intorno al singolo individuo e ne influenzano lo stato di salute. Questo concentrico di determinanti della salute va dagli stili di vita, che ciascuno sceglie per sé, alle influenze socio ambientali, che quelle scelte contribuiscono pesantemente a generare.
Quindi, assumono un ruolo fondamentale il contesto famigliare, lavorativo, sociale, produttivo, politico ed economico, tutti elementi che il medico non può ignorare nel collocare il proprio assistito in un giusto contesto di rischio o di vantaggio.
Ed è proprio questa analisi che mette in luce le diseguaglianze sociali più gravi e evidenzia i bersagli più deboli per una economia deregolamentata e spesso spietata.
Dal punto di vista deontologico non si può ignorare o guardare con distrazione uno degli elementi fondamentali che stanno alla base delle diseguaglianze sociali e quindi di salute: la qualità del cibo che consumiamo quotidianamente.

Il tempo speso nella scelta dei cibi È VALORE AGGIUNTO

L'attesa di una richiesta di aiuto da parte di un soggetto sovrappeso, obeso o con disturbi della sfera alimentare non perde certo valore, ma assume i connotati di una guerra di trincea, se non quelli di una disperata resistenza di retroguardia.

IL MEDICO TRA CONOSCENZE E COMUNICAZIONE: UNA NUOVA STRATEGIA TERAPEUTICA

Occorre intervenire a monte e tentare di dotarsi di strumenti di comunicazione adeguati al fluire moderno delle informazioni.
Una bufala alimentare, senza basi scientifiche, ma ben comunicata sulla rete, può fare migliaia di proseliti. Mentre uno schema dietetico serio, sostenuto da nozioni evidence-based e accompagnato da buoni consigli professionali, ma privi di capacità comunicativa ed empatica, è destinato a finire molto presto in un cassetto.
Molti aspetti del moderno firmamento alimentare debbono divenire consueti per il medico.
Egli deve essere informato, ad esempio, sul significato e la diffusione del junk food, ovvero del "cibo spazzatura", e sui danni che esso può provocare: dalla diffusione del diabete, delle malattie cardiovascolari, alla genesi di alcuni tipi di tumore. Per poter combattere l'abitudine al suo consumo è necessario conoscere le strategie che stanno alla base della sua diffusione. Dal "design del gusto" e cioè dall'immagine con cui viene presentato il cibo, che induce il consumatore a mangiare il prodotto prima con gli occhi che con la bocca; alla composizione organolettica del junk food che è fondamentale nella sua diffusione. Esso è un mix, molto spesso artificiale, di ingredienti, che producono un grado di salato, grasso e dolce, straordinariamente appetibile a livello palatale e cerebrale. "*Una patatina tira l'altra*", condite di grassi, sale e sovente zucchero glassato, non è solo un detto scherzoso, ma può generare una vera e propria dipendenza alimentare ed essere l'anticamera per molte obesità, specie pediatriche.
Le disuguaglianze di salute non dipendono solo dal censo; spesso coinvolgono la capacità critica del consumatore, frutto di cultura e consapevolezza che possono essere sviluppate anche dall'intervento del medico. Le possibilità economiche restano comunque un importante discrimine nella scelta del cibo.
Le fasce più deboli della popolazione spesso si servono per necessità nei discount alimentari di più bassa qualità, che hanno un unico parametro per battere la concorrenza: offrire cibo a basso costo, a prescindere dalla qualità.

Oltre a conoscere il problema e cercare di evidenziarlo nel rapporto con il proprio paziente, si dovrebbe essere in grado di fornire a questo risparmio, per così dire "facile", alternative che riescano a coniugare qualità e prezzo, come l'uso dei "gruppi d'acquisto" o l'attenzione alle periodiche offerte, che tutti i supermercati di medio-alta qualità mettono in campo, e l'oculata capacità di scelta tra marchi commerciali diversi, in concorrenza tra loro, ma di pari livello, non condizionata dalla pressione pubblicitaria.
Sempre di più i medici, e soprattutto quelle categorie professionali che hanno più rapporti con la popolazione malata o sana nel suo insieme, devono abbandonare una consolidata posizione di "terapeuta" del danno avvenuto e immergersi di più nel contesto sociale e culturale, per sconfiggere con cognizione di causa quei messaggi, abitudini e scelte che danneggiano la salute dei cittadini.
Sarebbe auspicabile un forte impegno per promuovere una comunicazione diffusa e corretta da parte dei media.

QR Code della campagna dedicata ad alimentazione e stili di vita dell'OMCeO Torino

MEDIA E POLITICA: COME AGIRE

Le trasmissioni televisive di chef e gare di cucina spopolano sui canali generalisti, specializzati e in rete. Occorrerebbe inserirsi in questi contesti per veicolare concetti e messaggi che promuovano una alimentazione compatibile con la buona salute, usufruendo proprio della notorietà delle star della cucina televisiva.
Anche le scuole dovrebbero fornire informazioni alternative ai cibi spazzatura, spesso consumati dai ragazzi per socializzare e sentirsi appartenenti al gruppo. Discussioni e consigli ragionati, con la presenza del medico, potrebbero ottenere ottimi risultati e rilanciare cibi tradizionali e a chilometro zero.
Anche le politiche agricole nazionali e comunitarie possono contribuire ad una sana alimentazione con disciplinari chiari e vincolanti, favorendo aziende e distribuzione di prodotti locali o di "filiera più corta", diminuendo le intermediazioni, con conseguente riduzione dei costi per il consumatore finale.
La politica in diverse nazioni ha tentato iniziative sporadiche per una alimentazione più sana: forme di tassazione di cibi troppo grassi, troppo calorici o sulle bevande dolcificate sono state introdotte in alcuni Paesi. Per prima la Norvegia, poi seguita da altri come Danimarca, Ungheria, Francia, Messico. In Italia, dopo la proposta Balduzzi del 2012 molto criticata, per tassare le bevande zuccherate, poco o nulla è stato più fatto.
Certamente la tassazione dovrebbe far impennare il prezzo di almeno il 20% per ottenere un risultato e, quindi, il lavoro che resta da fare è ancora molto.
Non esiste una formula magica per riequilibrare il mercato. Ma molte iniziative insieme, da quelle politiche, a quelle informative e culturali, possono ottenere buoni risultati, soprattutto nell'offrire le medesime opportunità a tutti i cittadini, perché l'uguaglianza dei diritti prevede anche la possibilità di avere un cibo buono per tutti.

Occorre intervenire a monte e tentare di dotarsi di strumenti di comunicazione adeguati al fluire moderno delle informazioni. Una bufala alimentare, senza basi scientifiche, ma ben comunicata sulla rete, può fare migliaia di proseliti

LE INIZIATIVE DELL'ORDINE

I medici non debbono rimanere in disparte.
L'Ordine di Torino, oltre a dedicare il Focus di questo numero della rivista ai problemi legati ad una sana alimentazione, ha lanciato uno spot dal titolo: "Buono da mangiare. Buono da Pensare" che vuole far riflettere sull'utilità di una alimentazione consapevole.
Il tempo dedicato alla scelta di cibo sano e ben preparato non è "perso", ma "guadagnato". Questo spot farà da lancio ad una campagna sugli stili di vita salutari, che insieme al buon mangiare, possono preservare e potenziare la salute dei cittadini.

I cibi sani sono alla portata di tutti?
Cosa possiamo fare per migliorare l'alimentazione (e la salute) dei cittadini più svantaggiati?

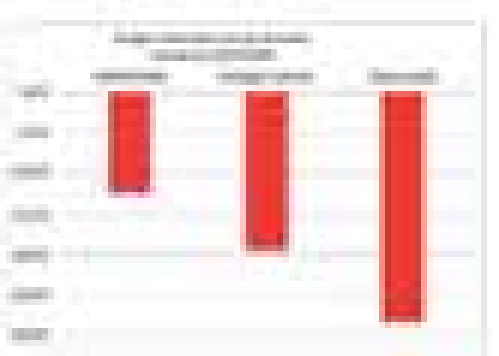
Quanto costa mangiare sano?

Chiara Rivetti
Tesoriere OMCeO Torino

I poveri mangiano male. Da sempre. Cambia la provenienza dei cibi, la loro composizione, la disponibilità e la distribuzione. Ora conosciamo nomi e facce di chef famosi, i programmi tv parlano di cibo quasi quanto di calcio, i reality culinari sono seguitissimi.
Ma per chi si trova al fondo della scala sociale è cambiato poco: mangia di più rispetto al passato, anzi mangia troppo, ma peggio.

QUALCHE DATO

Negli ultimi 7 anni il budget domestico destinato agli alimenti è diminuito in media del 12,2%, ma nelle famiglie operaie è crollato del 19,4% e tra i disoccupati del 28,4%[1].
Aumenta l'acquisto di cibi nei discount, passato dal 10,5% al 12,43% nel solo 2013[2]: la catena Eurospin tra il 2010 ed il 2014 ha accresciuto il fatturato del



48,7[3]. Complice la crisi economica, si è assistito a una riduzione del consumo degli alimenti tipici della buona dieta, ma se il 4,4% delle famiglie più abbienti ha ridotto l'acquisto di ortaggi e il 2,6% di frutta, le percentuali aumentano rispettivamente a 15,9% e 16,3% tra le famiglie a basso reddito[4].
I grandi distributori di alimenti influenzano i consumi attraverso l'aspetto estetico, la sistemazione dei prodotti in posti strategici, la promozione di offerte speciali, e consentono di comprare cibi "riempitivi" ricchi di grassi e zuccheri per pochi soldi.
E così i più poveri sono, paradossalmente, anche i più grassi.

UNA QUESTIONE ECONOMICA, MA NON SOLO

Ma le scelte alimentari dipendono da una molteplicità di fattori: oltre a quello economico, dalle soggettive preferenze alimentari, dal fatto di vivere in famiglia o soli e soprattutto dal livello culturale del consumatore. Secondo uno studio della società italiana di Geriatria e Gerontologia[5] sarebbe infatti possibile mangiare bene spendendo al massimo 5,20 euro al giorno. Non è dunque solo un fatto di soldi: in questo ambito il problema economico e quello culturale si sovrappongono.
Nel nostro Paese tra gli adulti laureati la percentuale degli obesi si attesta al 4,6%, tra i diplomati è del 5,8%, mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8%)[6]. In Europa, e non solo in Italia, le disuguaglianze socioeconomiche nei casi di obesità si stanno ampliando, vedono le donne ed i bambini come i soggetti più a rischio e, dato molto allarmante, si tramandano di generazione in generazione (da qui l'importanza di una buona educazione alimentare sin dall'infanzia).
Se consideriamo che in Europa il sovrappeso e l'obesità ▶

sono causa del 16-20% delle morti[7] mentre il 25% dei casi di cancro al colon-retto e il 15% di quelli alla mammella[8] potrebbero essere evitati con una dieta sana ed equilibrata, diventa evidente l'urgenza di politiche per migliorare le abitudini alimentari della popolazione.

COME INTERVENIRE?

Uno tra gli interventi più diffusi è l'imposizione di una tassa sul junk food, ovvero il "cibo spazzatura" (alimenti ricchi di sale, zuccheri semplici e grassi, ma poveri di vitamine, fibre, proteine)[9] e della cosiddetta soda tax (la tassa sulle bevande gassate e zuccherate). In alcuni stati degli USA l'applicazione della soda tax è particolarmente ardua, perché si scontra con la potente American Beverage Association, che raccoglie colossi come Coca Cola e Pepsi. Ma negli USA la battaglia per bevande più sane è in corso: all'Università di San Francisco un anno fa si è deciso di rimuovere qualsiasi tipo di bevanda zuccherata da tutta la zona del campus.
La critica maggiore a questo tipo di imposizioni fiscali è che ricadrebbero soprattutto sui ceti meno abbienti, ovvero i maggiori consumatori di questo tipo di cibi e bevande. Il problema potrebbe essere superato destinando una parte del gettito a progetti per migliorare le abitudini alimentari dei consumatori.
Una recente revisione sistematica della letteratura ha valutato se i risultati degli interventi per favorire una dieta salutare siano ugualmente efficaci per tutti i cittadini.
Gli interventi efficaci per le fasce sociali più deboli, e che quindi riducono le diseguaglianze di salute, sono risultati essere quelli di tassazione dei prodotti più nocivi solo con contestuale aiuto economico alle famiglie. Le iniziative di counselling individuale al contrario hanno migliorato solo le abitudini alimentari dei più ricchi, aumentando così la forbice sociale.[10]
L'Ungheria, dove il tasso di obesità è del 18% contro il 15% europeo, ha adottato nel 2011 un sistema di tassazione verso junk food e bevande zuccherate: per evitare ulteriori balzelli, ben 3 aziende su 10 hanno eliminato dai loro prodotti gli ingredienti tassati, circa il 70% ha ridotto i livelli di zuccheri, caffeina e sale. Il consumo dei cibi incriminati è infine diminuito del 25-35%[11], anche se manca nell'analisi la stratificazione dei dati per fascia socio-economica.
Migliorare l'alimentazione dei ceti meno abbienti è un atto di solidarietà sociale e di equità, ma è anche un intervento di finanza pubblica, perché prevenendo le patologie cibo-correlate, si ridurrebbero i costi sia per i giorni lavorativi persi che per le cure sanitarie. E l'aspetto economico è forse l'unico capace di convincere i nostri decisori politici a intervenire concretamente.

Bibliografia

1. Rapporto Censis 2016

2. Rapporto Farmafactoring 2013

3. La Repubblica. Economia e Finanza 08.03.2016

4. Rapporto Mediobanca 2016

5. Congresso Nazionale SIGG, Torino 2013

6. Seduta Pubblica Senato Della Repubblica. Mercoledì 12 ottobre 2016. Discussione di mozioni sul contrasto all'obesità

7. *Obesità e diseguaglianze.* Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRs) 2015

8. Convegno nazionale *Alimentazione, stili di vita e cancro: la parola agli esperti,* AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) 3 settembre 2013

9. *Tassare il cibo spazzatura?* Nerina Dirindin, Cinzia Di Novi e Elenka Brenna. Lavoce.info 07.02.2012

10. McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, Taylor-Robinson D, Guzman-Castillo M, Gillespie D, Moreira P, Allen K, Hyseni L, Calder N, Petticrew M, White M, Whitehead M, Capewell S. *Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact*, BMC Public Health. 2015 May 2;15:457

11. Rapporto prevenzione 2015. *Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*

Peso forma. La dieta basta?

Mario Nejrotti
Direttore di Torino Medica

PROBLEMI DI PESO: LA SITUAZIONE

Stando ai dati di EPICENTRO, sorveglianza PASSI, la popolazione adulta in Italia è in sovrappeso per il 31,6% ed è obesa per circa il 10%. Vi sono differenze da Regione a Regione con percentuali più elevate al Sud che al Nord, ma per tutte l'aumento ponderale della popolazione è un problema sociale, con una media di quattro individui su dieci in eccesso ponderale.

Secondo i dati riferiti da PASSI, ricevono un consiglio medico per dimagrire solo uno su due individui che hanno problemi di peso; di meno nelle regioni meridionali, dove il numero dei "corpulenti" è maggiore.

Eppure in Italia ci sono 88,9 medici di medicina generale ogni 100.000 abitanti, il che equivale per ciascuno di loro ad avere, in media, 1.124 assistiti. Quindi, arrotondando, ciascun sanitario dovrebbe attendersi all'incirca circa 100/110 persone obese e 350 in sovrappeso.

Un medico di famiglia, se le incontrasse tutte una volta all'anno, dovrebbe dedicare loro almeno lo spazio di una appuntamento, che è normalmente di dieci minuti. Questa routine comporterebbe un impegno globale per il problema sovrappeso/obesità di 20 minuti al giorno.

Obesità e sovrappeso non sono comunemente considerati dalla gente veri fattori di rischio per patologie cronico-degenerative. Mentre è acclarato che nei paesi sviluppati l'obesità è uno dei 10 principali fattori di rischio per la salute

IL SOVRAPPESO È MALATTIA?

Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra i soggetti in sovrappeso solo la metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra gli obesi c'è maggiore consapevolezza. Tuttavia, non è trascurabile il numero di persone (1 su 10), anche tra costoro, che ritiene il proprio peso non troppo alto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e questo favorisce l'adesione alla dieta.

Ancora, obesità e sovrappeso non sono comunemente considerati dalla gente veri fattori di rischio per patologie cronico-degenerative. Mentre è acclarato che nei paesi sviluppati l'obesità è uno dei 10 principali fattori di rischio per la salute.

Nella regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sovrappeso e obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete di tipo 2, del 35% delle cardiopatie ischemiche e del 55% della malattia ipertensiva tra gli adulti, causando ogni anno oltre 1 milione di morti e 12 milioni di anni vita trascorsi in cattive condizioni di salute.

Nel complesso al sovrappeso vengono attribuiti il 9,6% della mortalità e il 6,9% dei disability-adjusted life year (DALY) negli uomini, mentre nelle donne, rispettivamente, l'11,5% e l'8,1%.

In Italia i dati sull'obesità non sono allarmanti come quelli registrati negli Stati Uniti, dove oltre il 30% delle persone oltre i 15 anni è obeso, o negli altri paesi europei; la prevalenza aggiornata al 2012 in Italia è stata stimata del 9%, mostrando negli ultimi anni un trend stabile.

Un fatto particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico.

Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto: aumenta quindi la possibilità di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia.

Un fatto particolarmente grave è l'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico

DIETE FAI DA TE

Eppure, nonostante queste consolidate evidenze, le persone con problemi di peso confidano troppo spesso in soluzioni miracolistiche e si rivolgono a figure non professionali, a riviste e web alla ricerca di consigli e diete che spesso espongono esse stesse a rischi per la salute.

La pressione dei media, poi, è forte sullo stigma obesità, con la diffusione martellante di modelli maschili e femminili, sempre in forma, attenti al peso e a un'immagine scultorea del corpo umano.

A nulla valgono le poche, e spesso retoriche, voci ufficiali, che cercano di ridimensionare il problema nel giusto quadro del "rischio alla salute", che non ha a che vedere con l'estetica e con il concetto comune di "bellezza".

Come contrastare quindi una situazione che vede aumentare la percentuale di persone al di sopra del peso "normale", definito da un BMI al di sotto del 25, nonostante la diffusa preoccupazione per la propria estetica legata al peso, con conseguente ricerca di una soluzione purchessia, con preoccupanti e potenzialmente molto pericolosi picchi estivi, in previsione "della prova costume"?

NUOVE STRATEGIE

Molte soluzioni possono essere prese in considerazione, ma certo va osservato, per utilizzare al meglio ciò che offre il nostro sistema sanitario, che proprio il medico di famiglia ha una grande potenzialità nei confronti dei pazienti con problemi di peso.

Egli li ha sott'occhio per un arco di tempo lungo, ha con loro un rapporto stretto e personale ed è quindi nelle condizioni migliori per impostare un lavoro organico sulla buona alimentazione.
Le competenze tecniche per ottenere un dimagrimento non sono certo molto più complesse di quelle necessarie a diagnosticare, curare e controllare altre patologie croniche già a lui affidate per diagnosi e gestione nel tempo.
In pratica per ottenere buoni risultati, in pazienti che non abbiano complicazioni o particolari aspetti da valutare, non è necessaria una competenza specialistica. È pur vero che la preparazione di base universitaria può essere migliorata nel campo della dietologia, ma i medici si aggiornano per tutto l'arco della loro vita professionale e la formazione permanente offre numerose occasioni per tenersi informati in questo campo: gli strumenti in letteratura scientifica ed informatici non mancano.
Il medico però per consigliare non ricette miracolistiche, finalizzate esclusivamente ad incrementare la propria clientela, ma strategie alimentari che abbiano come obbiettivo il miglioramento della salute dei propri pazienti e la cura di sovrappeso e obesità, deve entrare nel contesto sociale e famigliare dei propri assistiti e avere cognizione dell'offerta alimentare locale. Deve conoscere i prodotti offerti con maggiore pressione mediatica, deve poter consigliare le scelte migliori, avendone presenti il costo e la disponibilità, rapportata alle reali possibilità economiche del malato. Deve sapere, qualora siano desiderati prodotti artigianali, per il momento molto più costosi di quelli industriali, se in zona esistono "gruppi di acquisto".
Un medico specialista, molto competente, ma estraneo al contesto dei pazienti, avrà maggiori difficoltà a fornire una consulenza così articolata. Mentre il medico curante, abituato a condividere la vita quotidiana con i propri assistiti, ha maggiori possibilità di entrare con loro in sintonia, annullando quella contrapposizione tra scienza e pensiero popolare che fa spesso guardare con sospetto la medicina ufficiale e preferire altre fonti di informazione più vicine a quel "buon senso popolare", condito anche di ignoranza e preconcetti.

Il medico curante, abituato a condividere la vita quotidiana con i propri assistiti, ha maggiori possibilità di entrare con loro in sintonia, annullando quella contrapposizione tra scienza e pensiero popolare che fa spesso guardare con sospetto la medicina ufficiale

SAPER COMUNICARE

Una delle sfide che attendono medici curanti e specialisti sulla strada della adesione dei pazienti ai percorsi di diagnosi e cura, è il potenziamento della capacità di comunicazione e divulgazione dei concetti scientifici, che sottendono una buona alimentazione e la promozione di tutte quelle iniziative che possono rendere fruibile a tutti un cibo sano e salutare, anche economicamente. I decisori dovranno comprendere che un percorso come quello descritto necessita di programmazione e risorse dedicate, per non restare nel regno delle buone intenzioni.

Fonti:

http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp

http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/aggiornamenti.asp

http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/EpidItalia.asp

http://online.scuola.zanichelli.it/enogastronomiasala/wp-content/uploads/Il%20fenomeno%20dei%20junk%20food(1).pdf

http://www.ilfattoalimentare.it/dieta-intervista-presidente-adi.html

Per secoli le civiltà hanno coltivato una semplice ma fondamentale conoscenza: il segreto di una buona salute si basa su corrette abitudini alimentari e un adeguato esercizio fisico. Oggi gli studi scientifici hanno dimostrato la stessa verità. La natura ha messo a disposizione una grande quantità di cibi che contengono tutte le sostanze nutritive indispensabili per il nostro organismo. Tuttavia, se assunti in modo scorretto, esagerando con alcuni o trascurandone altri, o trasformandoli in modo da far perdere loro le proprietà benefiche, la nostra salute può ne risultare compromessa.

Negli ultimi sessant'anni, con l'avvento del benessere, l'alimentazione dell'uomo si è sempre più arricchita di cibi un tempo assunti solo eccezionalmente, come le carni, o che non erano disponibili, come lo zucchero, le farine molto raffinate e gli oli estratti chimicamente, o non esistenti in natura, come alcuni grassi presenti nelle margarine. Un'alimentazione sempre più ricca di calorie, zuccheri, grassi e proteine animali, ma in realtà povera di alimenti naturalmente completi, ha contribuito considerevolmente allo sviluppo delle malattie cronico-degenerative.

Cibo e prevenzione: imparare a scegliere

Oscar Bertetto
Direttore Dipartimento Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

LE RACCOMANDAZIONI DEL FONDO MONDIALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

Il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF), la cui missione è promuovere la prevenzione primaria attraverso la ricerca e la divulgazione delle conoscenze relative alla correlazione tra alimentazione e insorgenza di tumore, ha formulato raccomandazioni specifiche di corretto comportamento alimentare e stili di vita. Le raccomandazioni del WCRF sono state pubblicate nel novembre 2007 e progressivamente aggiornate in attesa della nuova revisione completa, attesa per il 2017. Nell'ottobre del 2014 il Codice europeo contro il cancro (ECAC – European Code Against Cancer) ha confermato le indicazioni del WCRF sull'alimentazione e ulteriormente evidenziato l'importanza dell'attività fisica come fattore protettivo.

Nel contempo il progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), avviato nel 1993 con l'obiettivo di approfondire le conoscenze scientifiche sul ruolo dei fattori nutrizionali nello svilup-

po dei tumori (dieci paesi europei coinvolti per un totale di 23 centri di ricerca e oltre 520.000 donne e uomini di età compresa tra 39 e 69 anni) ha rilevato che, ovviamente, i tumori con una maggiore correlazione con la quantità e la qualità di cibo sono i tumori dell'apparato gastrointestinale, e in particolare quelli dell'esofago, dello stomaco e del colon-retto: si è arrivati anche a calcolare che fino a tre quarti di questi tumori si potrebbero prevenire mangiando meglio a tavola.

Il tipo di alimentazione influisce sullo stato di infiammazione, che può predisporre ad ogni forma tumorale, sul livello ematico di insulina, che stimola i fattori di crescita e sull'equilibrio ormonale, che può favorire od ostacolare lo sviluppo di alcuni tipi di tumore (prostata, mammella, ovaio, utero). L'effetto protettivo di alcuni alimenti risulterebbe quindi correlato con la loro azione antinfiammatoria mentre l'effetto benefico di frutta e verdura dipenderebbe perlopiù dal contenuto in fibre e di sostanze antiossidanti come vitamina C ed E, folati, carotenoidi, selenio e zinco. Le fibre facilitano il transito intestinale, riducendo il tempo di permanenza nell'intestino di eventuali tossine, mentre gli antiossidanti, come le vitamine e gli oligoelementi, neutralizzano i radicali liberi, capaci di danneggiare il DNA e altre molecole presenti nella cellula.

La dimostrazione dell'effetto preventivo di frutta e verdura nei confronti del tumore ha spinto diversi gruppi di ricerca a verificare se lo stesso risultato si potesse ottenere somministrando vitamine e sostanze antiossidanti sotto forma di integratori. I risultati della maggior parte di queste ricerche hanno però deluso: è verosimile che negli alimenti l'effetto benefico sia prodotto più dall'azione sinergica delle varie sostanze, miscelata in una particolare proporzione, che non dall'azione della singola vitamina.

Un'alimentazione sana e preventiva richiede dunque di ridurre l'apporto di grassi e proteine animali, aumentare l'assunzione di cibi ricchi di vitamine e fibre e di prediligere, nella scelta di cereali, pane, pasta e riso, quelli integrali, meglio se abbinati ai legumi. Altrettanto salutari per prevenire sia le patologie tumorali sia le malattie cardiovascolari risultano essere i semi oleosi, ricchi di Omega-3 presenti anche in molti tipi di pesce, come sardine e salmone ed altri meno grassi che possono rappresentare una valida alternativa alla carne.

ABUSO DI ALCOL, SEDENTARIETÀ, ECCESSO PONDERALE

È inoltre importante ricordare che l'etanolo può favorire lo sviluppo di tumori della bocca, della gola, dell'esofago e della laringe ma anche del fegato e del colon-retto. Nelle donne, inoltre, sembra sia responsabile del 5% dei casi di tumore al seno. Una recente analisi basata sui dati dello studio EPIC su un campione di circa 100.000 abitanti di 8 paesi europei, ha dimostrato che il 10% dei decessi per tumore tra gli uomini e il 3% per cento tra le donne si possono attribuire all'abuso di alcol. Alla luce di questi dati il consumo di alcol va quindi assolutamente limitato.

Un ruolo altrettanto importante nella prevenzione dei tumori è determinato dal mantenimento di un corretto peso corporeo durante la vita. L'International Agency for Research on Cancer (IARC) correla all'eccesso di peso, conseguenza di un'alimentazione sbilanciata e dalla scarsa attività fisica, il 25-30% per cento di alcuni dei tumori più comuni. L'eccesso ponderale non inciderebbe solo sul rischio di ammalarsi, ma anche sull'andamento della malattia stessa e sul rischio di recidive.

IL PROGETTO "FOLLOW UP E STILI DI VITA"

A tale scopo la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta si è resa promotrice di un progetto di studio – *Progetto follow up e stili di vita* – rivolto a pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon retto per trasformare il follow up in un'occasione per promuovere la salute. Il progetto, avviato nel maggio del 2014, ha arruolato fino ad oggi circa 1500 pazienti. Le visite di follow up programmate possono rappresentare momenti in cui offrire indicazioni relative ai cambiamenti dello stile di vita e rappresentano l'occasione per rinforzare il messaggio in incontri successivi, modulandolo in relazione alle difficoltà e ai progressi raggiunti, anche con l'aiuto delle associazioni di volontariato. Migliorare l'alimentazione non significa quindi sottoporsi a un regime di sacrifici e privazioni: significa imparare a scegliere e a scoprire nuove abitudini che ci facciano stare meglio. È dunque importante far ruotare il maggior numero di cibi sulla nostra tavola, per assicurarsi un sufficiente apporto di tutte le preziose sostanze che forniscono. Ogni frutto, ortaggio, cereale o legume contiene infatti qualcosa di un po' diverso rispetto agli altri alimenti dello stesso gruppo… il tutto "condito" con un'attività fisica regolare!

Bibliografia essenziale

WCRF 2007. *World Cancer Research Fund International*. http://www.wcrf.org

EPIC-Oxford Study. *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*. http://www.epic-oxford.org/

IARC – WHO: ECAC 2014. *European Code Against Cancer.* http://cancer-code-europe.iarc.fr

Progetto Follow up e Stili di Vita – Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta. www.reteoncologica.it

Le dipendenze alimentari: il Binge Eating Disorder

Augusto Consoli
Psichiatra
Paola Damiano
Psichiatra

Servizio Dipendenze Asl Città di Torino

Da diversi anni molti servizi per le Dipendenze Patologiche si sono interessati, all'interno del loro ampio campo di attività, di disturbi alimentari. Nel corso del tempo però l'attenzione clinica si è sempre più orientata al disturbo da alimentazione incontrollata, che l'esperienza clinica ha consentito di riconoscere come il più prossimo ad una forma di Dipendenza Patologica. Questa individuazione del profilo del disturbo, caratterizzato da continui o periodici episodi di abbuffata alimentare, è convergente con quanto è stato rilevato in diversi ambiti tra cui naturalmente quello dei servizi che si occupano a tutto campo dei disturbi alimentari e quello della ricerca con la produzione della relativa letteratura scientifica e, infine, con quanto introdotto nell'ultima versione del Manuale delle Malattie Mentali, il DSM-5.

Questo disturbo alimentare, definito in inglese *Binge Eeating Disorder*-BED, ha assunto infatti una identità sempre più specifica determinando l'individuazione, nel DSM-5, di una patologia autonoma che si distingue dai disturbi più generali dell'alimentazione, sul piano comportamentale, per la mancanza dei tentativi di limitare l'aumento ponderale che nei disturbi a componente anoressica sono spesso collegati all'autoinduzione del vomito da parte del paziente.

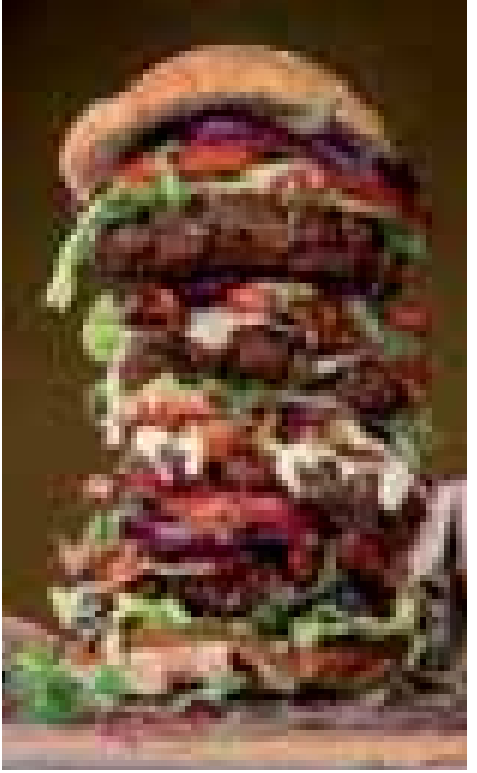
I pazienti con BED hanno spesso seri problemi di sovrappeso o di vera e propria obesità oltre a presentare quadri di morbilità sia con patologie di carattere psichiatrico sia con altre patologie internistiche e metaboliche conseguenti al cronico sovraccarico alimentare.

Le strategie terapeutiche non farmacologiche prevedono prevalentemente un approccio psico-educazionale che ricalca sia gli approcci metodologici sia l'impiego degli strumenti specifici usati nei quadri di dipendenza patologica. Dal punto di vista farmacologico gli strumenti attualmente impiegati sono molto limitati: a parte un gruppo di farmaci tradizionalmente usati e attivi soprattutto sui disturbi dell'umore associati al BED, solo recentemente l'FDA ha approvato negli Stati Uniti l'impiego di un nuovo farmaco, la lisdexamfetamina, peraltro non ancora presente nel contesto europeo.

GLI ASPETTI DIAGNOSTICI

Come accennato, il BED ha acquisito un'identità specifica differenziandosi dai disturbi dell'alimentazione dal profilo clinico diverso, come il disturbo anoressico o quello bulimico. La frequenza con cui il disturbo compare, dalle rilevazioni internazionali, è di circa lo 0,8% negli uomini e dell'1,6% nelle donne (APA 2013). Le osservazioni epidemiologiche evidenziano una crescita di questa patologia ed è frequente l'associazione con disturbi psichiatrici in particolare con i disturbi della personalità e del comportamento come l'assunzione di sostanze psicoattive. Dal punto di vista psicodiagnostico è possibile rilevare frequentemente dei meccanismi di disregolazione affettiva che possono essere sottostanti al disturbo e, a seconda della gravità, costituire degli importanti fattori che contribuiscono a determinare la prognosi della malattia nel suo complesso.

Nell'attuale inquadramento nosografico è possibile osservare una modificazione rispetto alla precedente definizione del DSM IV. La nuova edizione del manuale infatti prevede che la frequenza minima delle abbuffate indicata per l'inclusione diagnostica passi dalle due volte alla settimana per sei mesi del precedente manuale a soltanto una volta alla settimana per tre mesi del nuovo, inoltre viene definita una gravità della sintomatologia in quattro stadi, da lieve ad estrema, in base al numero di *binge* che vengono effettuati nel corso della settimana.



IL TRATTAMENTO

La presa in carico di un paziente con BED comporta la necessità di affrontare in una visione multidisciplinare i vari aspetti clinici e assistenziali. È innanzitutto importante sostenere il quadro motivazionale del soggetto e stabilire una progressiva alleanza terapeutica. È inoltre utile chiarire con il paziente e i suoi familiari le caratteristiche del disturbo, la lunga durata che gli interventi terapeutici dovranno avere e le difficoltà che il paziente e i terapeuti dovranno affrontare.

Nella costruzione di un progetto terapeutico occorrerà tenere conto delle differenti fasi del percorso, e delle esigenze di contributi specialistici per affrontare gli aspetti nutrizionali, quelli internistici, gli eventuali interventi di carattere chirurgico per il controllo dell'eccesso alimentare, le problematiche psicopatologiche, oltre a lavorare sulla compulsività del comportamento e sulla riabilitazione che può prevedere interventi fisioterapici e attività motorie variamente articolate. Limitandosi però ai principali strumenti impiegati per trattare le problematiche comportamentali si possono segnalare i più comuni approcci farmacologici e psicoterapeutici.

LA FARMACOTERAPIA

Dal punto di vista farmaco-terapeutico sono stati utilizzati diversi prodotti con particolare preferenza per gli antidepressivi di nuova generazione, per i farmaci antiepilettici e per alcuni farmaci elettivi contro l'obesità. Un filone di particolare importanza è inoltre quello che prevede l'applicazione di farmaci generalmente usati per il trattamento della dipendenza dalle diverse sostanze psicoattive, pratica che sottintende l'ipotesi del BED come di una patologia da dipendenza.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA NON ELETTIVA

Nell'ambito dell'impiego degli antidepressivi le principali sostanze sono costituite da fluvoxamina, citalopram ed escitalopram, venlafaxina e duloxetina. Ognuno di essi, sulla base di alcuni studi e di una certa pratica clinica, sembra favorire una riduzione degli episodi di *Binge Eating* o una riduzione del peso corporeo ma, in tempi medio lunghi, gli effetti su entrambe le componenti non risultano così soddisfacenti. Gli antiepilettici hanno un loro spazio terapeutico soprattutto in considerazione del fatto che i pazienti con BED presentano spesso delle patologie, come i disturbi dell'umore, particolarmente sensibili agli effetti di tali farmaci. Sono infatti presenti frequentemente dei tratti del disturbo borderline o del disturbo bipolare che possono essere trattati con tali farmaci. Il farmaco più utilizzato di questa categoria è il topiramato che ha una buona efficacia sulla frequenza dei *Binge Eating* riducendola, secondo dei *trial* sul campo, di circa il doppio rispetto al gruppo di controllo con placebo. Purtroppo gli effetti collaterali che presenta, come la cefalea, le parestesie e l'amenorrea, sono particolarmente fastidiosi. Tra i farmaci ad azione centrale finalizzati alla riduzione dell'obesità è utile citare l'orlistat che è un inibitore della lipasi gastrica pancreatica che, riducendo l'assorbimento dei grassi, contribuisce alla riduzione del peso corporeo.

LA FARMACOTERAPIA ORIENTATA ALLA COMPONENTE DELLA DIPENDENZA

L'approccio terapeutico al BED è stato anche esteso al trattamento della componente di *'addiction'* presente nel disturbo. La presenza di tale aspetto è stata ampiamente dimostrata da studi pre-clinici e clinici che hanno segnalato diversi tratti neurobiologici caratterizzanti. Tra questi l'elevato turn-over della dopamina ed un suo rilascio più elevato nel nucleo accumbens, l'aumento di agonisti endogeni degli oppiacei, ed una correlazione tra il *Binge Eating* e l'attività degli endocannabinoidi. Anche dal punto di vista del *neuroimaging* è possibile osservare l'attivazione della corteccia orbito-frontale e del sistema limbico nel suo insieme quando siano presenti stimoli che rappresentano del cibo, esattamente come nel caso di soggetti con dipendenza da sostanze psicoattive quando vengano esposti a stimoli legati alle sostanze di abuso. È questo il razionale su cui si poggia ▶

l'impiego di molecole come il baclofen che ha dato dei riscontri positivi e del naltrexone che ad alti dosaggi ha fatto rilevare una riduzione del numero di episodi di abbuffate. Inoltre, in studi preclinici, il naltrexone associato al baclofen si è dimostrato essere più efficace nella riduzione dell'assunzione di cibi ad alta appetibilità rispetto all'utilizzo delle singole molecole. Anche l'acido gamma idrossibutirrico, ampiamente utilizzato per il trattamento del *craving* alcolico, è stato utilizzato nelle problematiche di BED con risultati interessanti sulla riduzione del peso. Infine è stata studiata ed utilizzata una nuova sostanza, la lisdexamfetamina, che è attualmente disponibile nel mercato statunitense. I risultati dei primi studi segnalano una riduzione del numero di giorni associati comportamenti di *Binge Eating* e in generale della frequenza degli episodi settimanali.
Questa categoria di farmaci per la riduzione del craving risulta quindi interessante ma, purtroppo, gli studi finora condotti si riferiscono a campioni molto limitati e mancano di successive conferme che sarebbe possibile realizzare sia per mezzo di applicazioni a campioni diversi sia con rilevazioni di *follow up* a medio e lungo termine.

GLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI

Tra i diversi trattamenti non farmacologici una importante posizione assumono quegli interventi in grado di analizzare le principali sequenze comportamentali del soggetto connesse agli episodi di *Binge Eating* e di proporre delle strategie di evitamento o fronteggiamento. Tali sequenze sono discusse, approfondite e il percorso accompagnato da esercitazioni che permettono al paziente di apprendere e interiorizzare delle modalità più adeguate e protettive rispetto al comportamento problematico e rischioso. Ci sono diverse evidenze sull'efficacia di queste tecniche e sull'utilità di proporre a tutti questa opportunità di trattamento indipendentemente dall'associazione con altri tipi di terapia che possono essere applicati contemporaneamente o in sequenza. La presenza di una comorbilità rilevante sul piano psicopatologico riduce comunque l'efficacia di questo approccio.

LA PSICOTERAPIA

La terapia più ampiamente utilizzata nel trattamento del BED è la psicoterapia cognitivo-comportamentale che può essere applicata sia in setting individuale che di gruppo. Diversi *trial* clinici ne segnalano l'efficacia in termini di riduzione del sintomo comportamentale, di riduzione del peso e di miglioramento della condizione soggettiva di benessere che è possibile verificare anche a distanza di qualche anno. Di particolare importanza è la terapia psicodinamica che va però adattata ai diversi momenti e fasi del trattamento e declinata sia nei setting individuali sia di gruppo ma anche nel supporto ai familiari che possono svolgere un importante ruolo nel percorso di cura del paziente.

CONCLUSIONI

L'evoluzione concettuale e l'affinamento delle pratiche terapeutiche ed assistenziali hanno permesso di riconoscere, all'interno dei disturbi dell'alimentazione, una nuova identità nosografica e clinica del disturbo da *Binge Eating*. Questa problematica, che è inquadrabile sostanzialmente all'interno del contesto delle dipendenze patologiche, comporta una serie di interventi sul piano nutrizionale, internistico, psicologico, fisioterapico e psicoeducativo ma, soprattutto, necessita di definire un progetto personalizzato che consenta a ciascun servizio di muoversi in modo coerente e sinergico rispetto ai diversi professionisti coinvolti.
I contenuti del trattamento devono inoltre essere iscritti nella consapevolezza, che il 'sistema curante' deve possedere, delle problematicità che l'intero percorso presenta, degli ostacoli e delle recidive possibili anche quando il trattamento sembra ormai avanzato o concluso.
Convivere con questa consapevolezza può aiutare il paziente, la sua famiglia e i curanti a non pensare ad un'evoluzione lineare e semplicistica della cura e a considerare le ricadute non come dei fallimenti ma come episodi o fasi in qualche modo previste o prevedibili la cui osservazione fa parte del lungo e continuo lavoro di affiancamento e sostegno necessari per trattare adeguatamente questo disturbo.

Letture consigliate

Di Volo S. et al., Terapia farmacologica del *Binge Eating disorder*, MDD, anno V, dicembre 2015

Fassino S. et al., *Psychological factors affecting eating disorder.* Adv Psychosom Med. 28, 2007

Schreiber LR et al., *The overlap between Binge Eating Disorderand sibstance use disorders: diagnosis and neurobiology.* J Behav Addict. 2, 2013

La scienza della nutrizione: tra falsi positivi e conflitti di interesse

A cura di Fabio Ambrosino
Il Pensiero Scientifico Editore

"Tre noci al giorno riducono il rischio di patologie cardiovascolari", "150 grammi di carne rossa alla settimana aumentano il rischio di sviluppare un cancro". La ricerca scientifica in ambito nutrizionale si caratterizza per l'elevato numero di studi osservazionali, raccomandazioni e opinioni di esperti che descrivono le associazioni tra il consumo di specifiche sostanze nutritive e potenziali esiti in termini di salute. Effetti che, pur non trovando quasi mai un riscontro in trial controllati randomizzati, vengono in molti casi esaltati e presi come dati di fatto. Risultati spesso non plausibili o "troppo belli per essere veri", che contribuiscono a creare un insieme di evidenze il cui potere informativo diventa progressivamente sempre meno significativo. Ma anche caratterizzate da difetti metodologici, pregiudizi e conflitti di interesse. Quello delle scienze della nutrizione è senza dubbio un universo complesso, in cui troppo spesso si tende a cercare delle scorciatoie e a nascondere i propri fallimenti.

SOVRABBONDANZA DI STUDI E SCARSA QUALITÀ

Nell'ambito della nutrizione, sostiene John Ioannidis, docente di Medicine, Health Research and Policy, and Statistics alla Stanford University in un editoriale pubblicato sul British Medical Journal (1), alcuni studi scientifici riportano dei risultati "assolutamente non plausibili". Sono tutte quelle ricerche, talvolta anche randomizzate, in cui si associa il consumo quotidiano di un alimento a effetti miracolosi in termine di salute. Studi che descrivono gli esiti come diminuzione del rischio relativo di sviluppare una specifica malattia ma che evitano di presentare tali riduzioni in termini assoluti, in quanto, come suggerisce Ioannidis, "risulterebbero insignificanti". Effetti che invece ci si potrebbe aspettare dagli studi che prevedono un disegno di ricerca più strutturato, in cui si valutassero gli effetti di pattern nutrizionali complessi. Tuttavia, anche in questi casi gli effetti sono spesso esagerati. La breve durata degli studi, che raramente prevedono dei follow up a lungo termine, non consente quasi mai di effettuare stime plausibili e la selezione del campione è in molti casi orientata verso la scelta di popolazioni ad alto rischio e gruppi di controllo non adeguati.

Alcuni studi scientifici riportano dei risultati "assolutamente non plausibili". Sono tutte quelle ricerche, talvolta anche randomizzate, in cui si associa il consumo quotidiano di un alimento a effetti miracolosi in termini di salute

Ciononostante, la scelta di analizzare le proprietà nutrizionali di un alimento mediante studi randomizzati rappresenta già un passo in avanti. Grazie a questa metodologia, secondo Ioannidis, in futuro sarà possibile identificare interventi nutrizionali in grado di produrre, nella popolazione generale, una riduzione del 5-10% della mortalità complessiva. Tuttavia, al momento, la maggior parte dei risultati della ricerca in quest'ambito è invece di natura osservazionale. Diversi epidemiologi, alcuni dei quali molto influenti, hanno infatti manifestato il loro scetticismo nei confronti dell'utilizzo dei trial randomizzati in questo campo, a causa della natura dinamica delle scelte nutrizionali degli individui e di altri fattori, come abbandoni e scarsa aderenza, che complicano lo studio di questi fenomeni. Inoltre, la resistenza a svolgere trial randomizzati dipende anche da fattori economici legati ai costi necessari alla realizzazione di questo tipo di studi. Tuttavia, sostiene Ioannidis, se si considera il numero estremamente elevato di ricerche osservazionali realizzate nell'ambito della ricerca nutrizionale, è evidente che si potrebbe far convogliare i fondi verso un numero minore di studi più costosi ma metodologicamente più affidabili (2).

Una ricerca in grado di produrre risultati realmente informativi dovrebbe prevedere follow up a lungo termine, collegamenti con i registri dei decessi, interventi finalizzati a massimizzare l'aderenza e campioni sperimentali di dimensioni anche dieci volte maggiori rispetto alla maggior parte degli studi realizzati attualmente. Andrebbero poi sempre considerati anche gli aspetti socioeconomici dell'alimentazione e la tollerabilità, oltre che l'efficacia, degli interventi proposti. Infine, gli studi in ambito nutrizionale dovrebbero sempre riportare anche gli esiti negativi, e non sono quelli positivi, di uno specifico intervento. La non individuazione di un effetto associato a un nutriente o a un pattern nutrizionale può infatti essere una manifestazione di equivalenza o non inferiorità. In altre parole, può significare che si hanno più opzioni a disposizione per raggiungere lo stesso obiettivo. "In nutrizione, si sono fatte così tante ricerche osservazionali che sono state evidenziate migliaia di associazioni spurie, tradotte poi in raccomandazioni discusse e dibattute", conclude Ioannidis. "Al contrario, un risultato negativo ha un potere informativo maggiore, in quanto potenzialmente in grado di intervenire sulle false credenze"(2).

TUTTO CIÒ CHE MANGIAMO PROVOCA IL CANCRO?

Nel 2013, per dimostrare lo scarso potere informativo degli studi epidemiologici in ambito nutrizionale, John Ioannidis e Jonathan Schoenfeld, docente di Radiation Oncology dell'Harvard Medical School, hanno preso in analisi gli studi relativi a 50 ingredienti estratti a caso da un ricettario (3). Come gli autori volevano dimostrare, l'80% degli alimenti considerati è risultato associato allo sviluppo di una qualche patologia neoplastica in almeno uno studio. Inoltre, quasi tutti gli studi individuati facevano riferimento

ai risultati ottenuti in termini di aumentato o diminuito rischio di sviluppare un cancro, pur essendo caratterizzati da evidenze statistiche estremamente deboli. Tuttavia la vaghezza delle definizioni e la scelta dei confronti effettuati permetteva ai ricercatori di interpretare a propria discrezione gli effetti individuati.
Ciononostante, migliaia di studi epidemiologici continuano a essere realizzati con l'obiettivo di identificare fattori nutrizionali associati a specifici outcome di salute, incluso il rischio di sviluppare un cancro. Studi che dovrebbero fornire indicazioni per successivi studi più approfonditi e che invece spesso determinano le linee guida relative all'alimentazione o vengono utilizzati per definire policy di salute pubblica. Infine questi risultati, pur non confermati quando indagati in trial controllati randomizzati, influenzano il dibattito pubblico, alimentando l'ansia dei cittadini ed esponendoli a continue indicazioni contraddittorie.

"LA CARNE ROSSA FA VENIRE IL CANCRO!"

Un buon esempio del modo in cui i dati prodotti dalla ricerca in ambito nutrizionale possono essere fraintesi è il caso dell'associazione tra il consumo di carne rossa e la probabilità di sviluppare un cancro. Il 26 ottobre del 2015 l'International Agency for Research on Cancer (IARC), l'agenzia per la ricerca contro il cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha diramato un comunicato stampa in cui si riportavano sinteticamente i risultati di una meta-analisi, una delle centinaia commissionate nell'ottica del Monographs Programme che analizzano gli studi relativi alla potenziale carcinogenicità di una particolare sostanza (7). Nel caso di quel comunicato, la monografia riguardava appunto il consumo di carne rossa.

800 studi
Carne rossa:
manzo, vitello, maiale, agnello, montone, cavallo e capra

50 grammi al giorno:
5% rischio di cancro del colon

0 grammi al giorno:
4% rischio di cancro del colon

Il fumo moltiplica il rischio di cancro del polmone per **25** volte

La ricerca in questione aveva preso in considerazione oltre 800 studi in cui si indagava la relazione tra il consumo di carne di manzo, vitello, maiale, agnello, montone, cavallo e capra e gli effetti potenziali di tale consumo sulla probabilità di sviluppare un carcinoma del colon retto, del pancreas o della prostata. Dai risultati raccolti dal team di ricercatori indipendenti incaricato di realizzare quest'analisi (22 esperti provenienti da 10 paesi diversi), era emerso che la carne rossa si poteva considerare "***probabilmente*** cancerogena per gli esseri umani sulla base di ***limitate*** evidenze" mentre la carne rossa lavorata, ovvero tutte quelle varianti che prevedono un qualche tipo di trasformazione finalizzata a insaporire la carne o favorirne la conservazione, risultava invece "cancerogena per gli esseri umani sulla base di ***sufficienti*** evidenze".
Nel giro di poche ore dalla diramazione del comunicato stampa della IARC sono poi usciti centinaia di articoli e di servizi i cui titoli, nella maggior parte dei casi, enfatizzavano il rapporto di causa-effetto tra il consumo di carne rossa e la probabilità di sviluppare un cancro. Invece, come ha poi sottolineato Paolo Vineis, docente di Environmental Epidemiology all'Imperiale College di Londra e coordinatore del gruppo di epidemiologi che ha espresso la valutazione, in un articolo pubblicato su *Scienza in Rete* (8), "molti hanno confuso la forza delle prove con la probabilità di contrarre un cancro mangiando carne rossa". Infatti, da un'analisi accurata delle evidenze prodotte dal gruppo di ricercatori incaricati dalla IARC, si poteva concludere che "riguardo al rischio individuale, mangiare carne rossa in quantità pari a più di 50 grammi al giorno porta il rischio di ▶

cancro del colon a poco più del 5% nel corso della vita, a partire dal 4% circa in chi non ne mangia affatto.
La reazione dei media e dell'opinione pubblica in risposta al comunicato stampa dell'IARC ben sintetizza alcuni dei punti deboli della ricerca scientifica in ambito nutrizionale. Innanzitutto la tendenza generale a considerare come indicativi di un rapporto di causa-effetto (anche a livello individuale) i risultati di studi che rappresentano invece una potenziale relazione tra due variabili come, in questo caso, il consumo di carne e la probabilità di sviluppare un cancro. Inoltre, da questa vicenda emerge chiaramente la sensibilità dei consumatori rispetto a questo tipo di conclusioni e il livello di saturazione che caratterizza l'informazione in questo campo. Infatti, si è talmente abituati a considerare i risultati di studi osservazionali come fonti di indicazioni per modificare le proprie abitudini alimentari che ogni risultato scientifico finisce per essere visto come un avvertimento in grado di creare ansia e timori esagerati.

Non sarà grazie a studi osservazionali e a trial randomizzati di piccole dimensioni che si arriverà a soluzioni definitive. Al contrario sono necessari "mega-trial" che indaghino gli effetti di interventi comprensivi e che prendano in considerazione anche fattori legati alla sicurezza alimentare, alla sostenibilità, alle carestie e le conseguenze ambientali della produzione del cibo

SCIENZA O MARKETING? IL RUOLO DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE

Ma le criticità relative alla ricerca in ambito nutrizionale non riguardano solo gli aspetti metodologici e la possibilità che le evidenze vengano fraintese. In molti casi, infatti, essa si caratterizza anche per la presenza di conflitti di interesse. "L'influenza dell'industria alimentare sulla ricerca, sui ricercatori e sulle società professionali minaccia la credibilità delle scienze della nutrizione", sostiene Marion Nestle, docente di Nutrition, Food Studies, and Public Health alla New York University, in un articolo pubblicato lo scorso anno su *JAMA Internal Medicine* (4). Infatti, anche se oggi la maggior parte delle riviste scientifiche richiede agli autori di dichiarare eventuali finanziamenti privati, questa precauzione in molti casi non è sufficiente a mettere in luce gli obiettivi di marketing delle industrie e le strategie, spesso subdole e difficili da individuare, messe in atto per raggiungerli.
Due casi trattati dal *New York Times* risultano particolarmente emblematici. Il primo riguarda il supporto della Coca Cola a un gruppo di ricercatori riunitosi in un'organizzazione, la Global Energy Balance Network, che promuove l'attività fisica come metodo migliore (rispetto al controllo del consumo calorico) per prevenire l'obesità (5). Il secondo riguarda invece le modalità con cui la Monsanto, azienda multinazionale leader nel campo dell'agricoltura e delle biotecnologie, recluta professori ed esperti per fare attività di lobby e testimoniare di fronte al Congresso (6). In entrambi i casi, i ricercatori coinvolti negano di aver ricevuto pressioni da parte delle industrie, lamentando però allo stesso tempo la scarsità dei finanziamenti federali. Infatti, come ammettono anche i rappresentanti delle società professionali che operano in questo campo, la ricerca in ambito nutrizionale non potrebbe progredire senza il supporto delle aziende private.
Per comprendere l'entità del problema, Nestle ha preso in esame le ricerche nel campo della nutrizione, finanziate da industrie private, i cui risultati sono stati pubblicati nell'arco di tempo compreso tra marzo e ottobre del 2015. Dei 76 studi individuati, 70 hanno ottenuto dei risultati in linea con gli interessi degli sponsor. Ad esempio, se studi indipendenti individuano una relazione tra il consumo di bevande ad alto contenuto di zucchero ed esiti di salute negativi, quelli finanziati dalle industrie ottengono risultati opposti. Infatti l'obiettivo è sempre quello di contraddire le evidenze scientifiche che potrebbero mettere in cattiva luce i prodotti dell'azienda.
Oppure, in alternativa, le industrie possono finanziare studi a supporto della loro causa. È questo il caso della Mars Inc., azienda produttrice di cioccolata e di altri dolciumi, che ha finanziato una serie di studi sugli effetti dei flavanoli del cacao sulla funzionalità delle arterie e sulla pressione sanguigna. I risultati di queste ricerche, impeccabili e rigorose da un punto di vista metodologico, hanno dimostrato che l'inclusione dei flavanoli nella dieta può aiutare a mantenere la salute cardiovascolare anche in soggetti a basso rischio. In questo modo l'azienda è riuscita, facendo poi circolare la notizia relativa a questa scoperta, a diffondere l'idea che il consumo di cioccolata favorisce il benessere

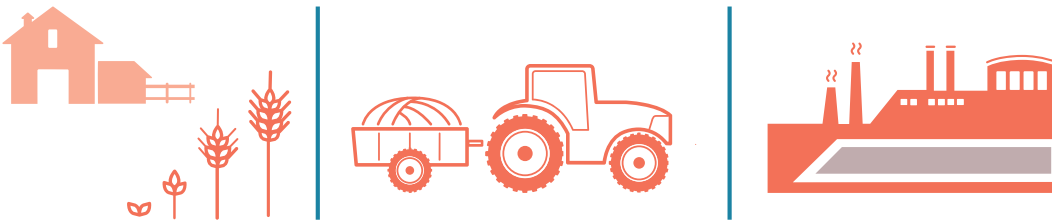
cardiaco. Ciò che però non è emerso dal successivo dibattito pubblico è che i flavanoli del cacao vengono quasi interamente distrutti nel processo di produzione della cioccolata e che quindi i prodotti della Mars Inc. ne sono quasi del tutto sprovvisti.

UNA RICERCA CORRETTA PER UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE

John Ioannidis al termine del suo editoriale su *The BMJ* riporta le conclusioni del report "The state of the US Health, 1990 - 2010. Burden of diseases, injuries, and risk factors" del 2013 (9), dalle quali emergeva che il 26% delle morti e il 14% dei casi di disabilità negli Stati Uniti sono attribuibili a fattori di rischio legati alla dieta. Dati tanto sorprendenti quanto, dal punto di vista dell'autore, esagerati. Egli infatti utilizza questo esempio per dimostrare come le evidenze e i fraintendimenti che caratterizzano la ricerca in ambito nutrizionale finiscano poi per produrre una serie di false credenze e attribuzioni, anche a livello accademico.

Tuttavia, Ioannidis conclude sostenendo che "anche se l'impatto dei rischi legati alla dieta fosse solo un decimo di quello indicato dal report, meriterebbe comunque la nostra attenzione". È però fondamentale comprendere che non sarà grazie a studi osservazionali e a trial randomizzati di piccole dimensioni che si arriverà a soluzioni definitive. Al contrario sono necessari "mega-trial" che indaghino gli effetti di interventi comprensivi e che prendano in considerazione anche fattori legati alla sicurezza alimentare, alla sostenibilità, alle carestie e le conseguenze ambientali della produzione del cibo.

Infine, i ricercatori e le società professionali che operano nell'ambito della nutrizione dovrebbero essere molto cauti nell'accettare finanziamenti dalle aziende che si occupano di prodotti alimentari. Come suggerisce Marion Nestle, "è necessario riconoscere l'influenza delle sponsorizzazioni provenienti dall'industria del cibo, prendere provvedimenti per controllarne gli effetti e assicurarsi che gli studi sulla nutrizione vengano condotti sempre in un'ottica di salute pubblica e non di marketing. I direttori delle riviste scientifiche dovrebbero verificare che i membri dei board editoriali siano liberi da conflitti di interessi, richiedere revisioni per individuare potenziali finanziamenti delle industrie in fase di valutazione dei manoscritti ed essere molto cauti nell'accettare pubblicazioni sponsorizzate con evidenti fini commerciali. Se le industrie alimentari vogliono finanziare la ricerca, dovrebbero farlo attraverso l'istituzione di fondazioni indipendenti. […] C'è in gioco la credibilità della ricerca".



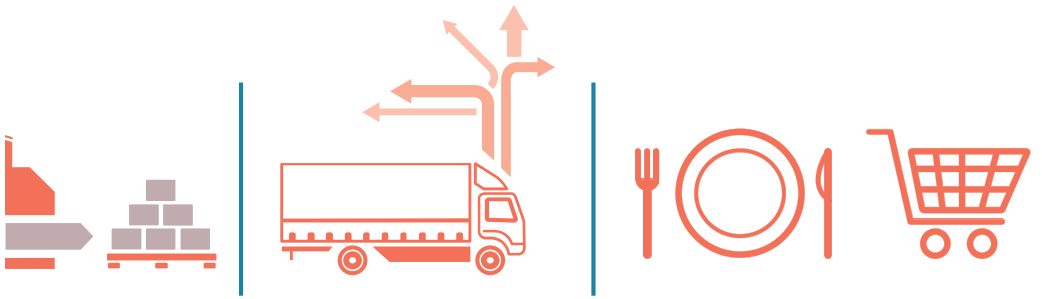
Il valore del cibo, la filiera alimentare e il libero mercato

A colloquio con Luca Salvatici
Dipartimento di Economia, Centro Rossi-Doria, Università degli studi Roma Tre

"La sicurezza dei consumatori dipende sia dall'esistenza di buone leggi, sia dalla loro applicazione"

Il costo del cibo è indice di qualità?
Il costo del cibo può essere indice di qualità ma solo a certe condizioni. Secondo la teoria economica il prezzo pagato dal consumatore riflette la sua disponibilità a pagare e in questo senso riflette l'utilità del prodotto che dovrebbe avere un qualche legame con qualità. Ma questa affermazione teorica non trova sempre una perfetta corrispondenza nel mondo reale, in quanto sono spesso presenti delle distorsioni della concorrenza oppure l'informazione è imperfetta per cui il consumatore non è pienamente consapevole riguardo alle caratteristiche del prodotto che acquista.

Per abbattere i costi è possibile accorciare la filiera alimentare. Il "parassitismo" del mediatore è sempre un male?
Se partiamo dal presupposto che accorciare la filiera alimentare comporti necessariamente una riduzione dei costi, dovremmo chiederci perché mai non sia già stata accorciata. La grande differenza del prezzo dei prodotti agricoli e alimentari dalla produzione al consumo fa nascere il sospetto che qualcosa non funzioni. Ma in mancanza di altre informazioni si tratta solo di un indizio e non della prova dell'esistenza di barriere che impediscono la realizzazione di una filiera corta. Il sospetto che ci siano delle rendite all'interno della filiera richiede verifiche ulteriori per essere provato. Un costo elevato può essere giustificato dal tipo di servizio svolto: qualsiasi rendita può essere mantenuta nel tempo solamente se protetta da barriere all'entrata (ad esempio concessioni esclusive o brevetti) che garantiscono un potere di mercato. Se esistono tali barriere, la loro eliminazione può portare a un accorciamento della filiera e, in ogni caso, migliorerà l'efficienza. In caso contrario, dovremmo concludere che i mercati



IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

La legge quadro in materia di sicurezza alimentare riporta il principio di precauzione come uno degli strumenti da utilizzare per assicurare un elevato livello di protezione dei consumatori anche in assenza di prove. Secondo il principio di precauzione, prima di vendere un prodotto, l'azienda deve provare l'assenza di rischi per l'ambiente o la salute umana e in caso di minacce serie, anche se non supportate da prove scientifiche certe, il prodotto non può essere commercializzato.

sono "contendibili" e l'esistenza di margini elevati non può essere attribuita a forme di parassitismo degli intermediari.

Le leggi europee frenano l'import selvaggio delle derrate alimentari o sono una rete piene di buchi?

La sicurezza dei consumatori dipende sia dall'esistenza di buone leggi, sia dalla loro applicazione. L'Unione Europea ha elevati standard in materia di sicurezza alimentare ma ciò non impedisce il verificarsi di scandali come quello storico del vino al metanolo o quello più recente legato alla cosiddetta 'mucca pazza'. In questi casi, però, i buchi sono stati creati più dai controlli sul campo che da carenze normative.

Il tema degli standard di sicurezza era stato oggetto di dibattito nella negoziazione tra Usa ed Europa sul trattato di libero scambio, il Transatlantic Trade and Investment Partnership (Ttip). Sicurezza e crescita economica sono due forze opposte contrarie?

Molte delle paure che hanno frenato il progetto, ormai naufragato, del Ttip erano infondati. Il mandato negoziale della Commissione europea prevedeva che l'eventuale accordo avrebbe garantito il mantenimento dell'indipendenza regolamentare dell'Unione così come la conservazione di alcuni principi fondamentali come quello di precauzione [vedi grafico – NdR]. Da molte parti si poneva poi l'enfasi sul possibile rischio di una aumento delle importazioni che avrebbe danneggiato i produttori nazionali. Occorre però ricordare che sarebbero aumentate anche le importazioni negli Stati Uniti ovvero le esportazioni europee su quel mercato. Il settore agroalimentare italiano avrebbe tratto grande giovamento dal raggiungimento di un accordo che avrebbe comportato una maggior tutela dei prodotti di qualità e delle denominazioni di origine in un mercato ricco e in espansione. Si è trattato di un'occasione persa, ed è un peccato visto l'andamento della congiuntura economica.

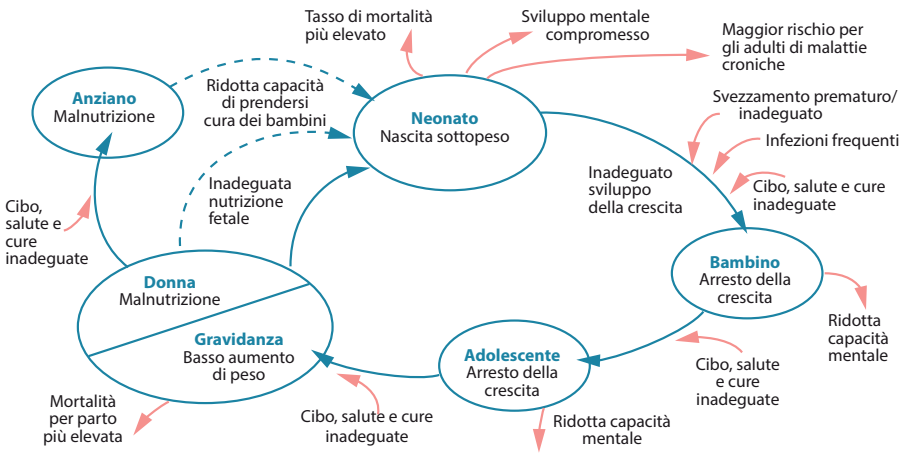
Sicurezza, qualità, interessi. Il consumatore può stare tranquillo?

A colloquio con l'Onorevole Paolo De Castro
Primo Vice Presidente della Commissione Agricoltura e sviluppo rurale, Parlamento europeo.

"La sicurezza alimentare è una questione globale, e come tale va affrontata"

Secondo la definizione dalla FAO sicurezza alimentare significa "accesso fisico, sociale ed economico di tutte le persone ad alimenti sufficienti, sicuri e nutrienti che garantiscano necessità e preferenze alimentari per condurre una vita sana e attiva". Qual è il ruolo dei governi per garantire la sicurezza alimentare?

Il loro ruolo è indispensabile. Da un lato abbiamo il peso della crescita demografica accompagnato dall'instabilità dei mercati delle materie prime agricole e dal cambiamento delle diete, dall'altro i vincoli ambientali alla produzione di cibo, l'erosione del suolo e il cambiamento climatico. In questo nuovo scenario, l'agricoltura detiene una posizione di primo piano per la produzione alimentare e, in aggiunta, per la capacità di generare crescita economica e stabilità nelle aree più marginali del pianeta, laddove spesso l'agricoltura – unica fonte di sostentamento – viene minata dalle guerre e dove la competizione per risorse come acqua e terra può essere causa di conflitti. Ma la sfida di nutrire una popolazione mondiale in crescita non può limitarsi alla sola questione della produzione e redistribuzione locale di cibo sano e nutriente: richiede una visione e azione più ampie. La sicurezza alimentare è un problema strutturale di importanza globale. Uno degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è il raggiungimento della "fame zero" attraverso un approccio globale che affronti la malnutrizione e la scarsità alimentare e allo stesso tempo promuova l'agricoltura sostenibile. Quello che serve quindi è una nuova *global food policy* e in questo scenario l'Unione Europea deve diventare sempre più protagonista.



In che modo?
Il modello dello sviluppo rurale europeo, con interventi capaci di adattarsi alle specifiche realtà territoriali, è importante. L'approccio allo sviluppo sostenibile di Agenda 2030 è in fondo proprio questo: condividere obiettivi globali di ampio respiro, ma la "ricetta" per raggiungerli viene dal basso. Definendo misure di sviluppo inclusive e innovative che garantiscano coesione sia sociale che territoriale, coinvolgendo i gruppi fin qui considerati più vulnerabili nei processi decisionali e di governance.

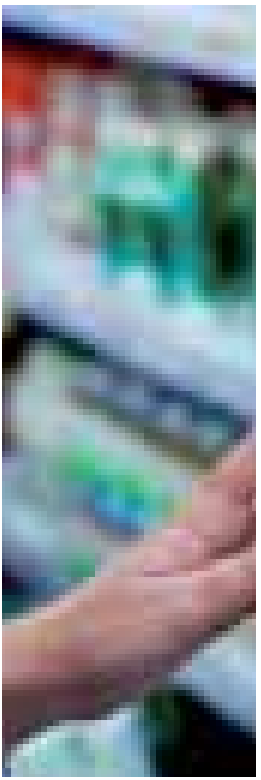
Con questo sistema di etichettatura "a semaforo" [...] la margarina con il bollino verde finisce per essere preferita all'olio extravergine d'oliva, così come un formaggio light al parmigiano reggiano

Uno dei cavalli di battaglia dell'Unione Europea è stato la tutela della sicurezza alimentare e della produzione di piccola scala dei prodotti tipici.
Parlando di *food security*, sono sempre di più i paesi che nel mondo hanno iniziato a considerare lo standard europeo delle Dop e delle Igp come un sistema per tutelare la produzione di piccola scala, cioè i consorzi di piccoli caseifici e aziende agricole. Il "Pacchetto Qualità", cioè il Regolamento UE 1151/2012 ha rafforzato le norme per tutelare i prodotti tipici di territori e culture specifiche con il marchi Ue. La denominazione di origine protetta (Dop) e l'indicazione geografica protetta (Igp) così come le specialità tradizionali (Stg) restano legate alla zona geografica di origine e al metodo di produzione. La finalità è il rafforzamento delle garanzie per produttori e consumatori e l'eliminazione, almeno parziale, degli ostacoli rappresentati da abusi o dalla concorrenza sleale che possano generare un danno economico e non solo ai produttori. Infatti, secondo la clausola "ex-officio" introdotta in quel regolamento tutti gli Stati membri sono tenuti a contrastare eventuali contraffazioni di prodotti tutelati, anche se provenienti da un altro Paese. L'Italia è il Paese europeo con più marchi Dop, Igp e Stg che sta mettendo in campo più azioni di tutela. Il controllo di eventuali infrazioni come la sorveglianza sulla qualità e la prevenzione della commercializzazione di prodotti agroalimentari introdotti da Stati membri o Paesi terzi fraudolenti sono i compiti del Dipartimento dell'Ispettorato centrale per la tutela delle qualità e della repressione di frodi dei prodotti agroalimentari.

Il consumatore è sempre più interessato all'origine e alla qualità dei prodotti agroalimentari. Cosa manca nella nostra normativa per tutelare la libertà di scelta del cittadino e come garantirgli una scelta informata?
La legislazione UE già impone per molti prodotti alimentari, come ad esempio tutti gli ortofrutticoli e quasi tutti i tipi di carne, l'obbligo di dichiarare l'origine nell'etichetta. A livello nazionale abbiamo esteso questo obbligo e ora tocca all'Europa fare un passo in avanti in maniera di arrivare ad una legislazione unica europea. I nostri cittadini hanno il diritto di essere informati e di conoscere la provenienza del prodotto che stanno per acquistare, e noi legislatori abbiamo il dovere di assicurare loro un'etichettatura chiara, completa e trasparente che li informi ma che non li condizioni nelle scelte. Rimanendo sulle etichette, ma spostandoci sugli aspetti nutritivi, questo è un problema per esempio in sistemi di etichettatura come quello "a semaforo", già adottato in alcuni supermercati britannici. Questo sistema etichetta ogni alimento con il colore rosso, giallo o verde in base al contenuto di soli quattro nutrienti: grassi, grassi saturi, sali e zuccheri contenuti nel prodotto. Secondo i suoi sostenitori, questo è il miglior modo per informare i consumatori; a mio parere invece il consumatore viene condizionato al momento della scelta. Il problema è che la scelta del colore del bollino non viene ancorata ai livelli nutrizionali della porzione confezionata ma ad un quantitativo standard di prodotto (100 grammi), che non sempre corrisponde alla porzione consumata dell'alimento. Con questo sistema di etichettatura vengono – erroneamente – penalizzati molti dei prodotti della dieta mediterranea che, considerati in porzioni da 100 grammi, si vedono apporre il bollino rosso. Così, la margarina con il bollino verde finisce per essere preferita all'olio extravergine d'oliva, così come un formaggio light al parmigiano reggiano. Indagini di mercato hanno rilevato che dal 2013 al 2015 questi alimenti hanno perso quote di mercato a seguito dell'etichettatura "a semaforo".

Molti italiani non leggono le etichette. Un'indagine condotta quando stava per entrare in vigore il regolamento europeo 1169/2011 sulle etichette alimentari aveva rilevato che sei consumatori su dieci non leggevano l'etichetta per diversi motivi, tra cui l'illeggibilità e la scarsa comprensione. Sette su dieci la leggevano ma non la consideravano un'informazione influente sulla scelta del prodotto alimentare...

La questione di fondo è che informazione ed educazione dovrebbero andare di pari passo. Per questo il nostro lavoro sull'etichettatura non è ancora concluso. Lo scorso aprile il Parlamento europeo ha chiesto alla Commissione europea di rivalutare l'attuale sostenibilità, sia dal punto di vista scientifico che applicativo, della normativa contenuta nel regolamento europeo 1924/2006 che disciplina gli *health claim*, cioè le indicazioni nutrizionali e sulla salute proposte sulle etichette degli alimenti e/o con la pubblicità. Il nostro auspicio è di delineare un nuovo sistema di valutazione e qualificazione dei valori nutrizionali degli alimenti che si riveli capace di dare informazioni veritiere ed esaustive ai consumatori e che possa essere adottato in tutti gli Stati membri. E in questo modo potremmo raggiungere lo scopo che dal principio ci si era prefissati: garantire ai cittadini europei un uniforme ed efficace strumento di informazione sugli alimenti.



Le politiche commerciali sono guidate dagli interessi economici anche in un'ottica di sostenibilità del paese. Come tutelare la salute e la sicurezza del cittadino in ambito alimentare senza ostacolare la crescita economica del paese e il libero mercato? Il cittadino può stare tranquillo?

Gli scenari globali che vedono protagonista l'agricoltura nella definizione dei nuovi equilibri tra domanda e offerta di beni alimentari richiedono nuovi strumenti e nuove regole che favoriscano gli scambi. La liberalizzazione di questi ultimi, che si è accompagnata alla nascita dell'organizzazione mondiale del commercio negli anni Novanta, verteva sulla eliminazione di dazi e tariffe. I nuovi accordi commerciali guardano agli "standard" sanitari e fitosanitari e a quelli tecnici, come per esempio i requisiti degli imballaggi. Proprio per questa ragione la sfida è siglare accordi con altri Paesi aprendo opportunità e nuovi mercati e, allo stesso tempo, garantire gli alti standard qualitativi con i quali sono tutelati i cittadini europei. In quest'ottica l'esempio più recente ed efficace è sicuramente il Ceta (Comprehensive economic and trade agreement), cioè l'accordo di libero scambio Ue-Canada che dovrebbe arrivare al voto in Parlamento europeo a febbraio in modo da poter entrare in vigore in maniera provvisoria, in attesa della ratifica da parte dei parlamenti nazionali. Il Ceta prevede l'abbattimento di molte barriere al commercio attualmente esistenti senza però intaccare gli standard sanitari e ambientali tutelati dalla normativa europea né il sistema europeo di tutela dei prodotti Dop e Igp. Lo considero uno degli accordi più ambiziosi e completi mai conclusi tra UE e paesi terzi, che permetterà al made in Italy di espandersi e rafforzare la propria presenza oltreoceano e che potrebbe fare da modello anche a futuri negoziati. I canadesi, da decenni indifferenti, quando non apertamente ostili al sistema Dop-Igp europeo hanno accettato di riconoscere una lista di 172 prodotti con il marchio Dop e Igp, 41 di questi sono eccellenze italiane che rappresentano il 92% in valore dei prodotti Dop e Igp che vengono esportati in Canada.

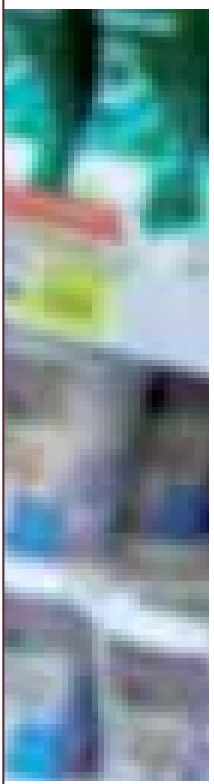
"Informazione ed educazione dovrebbero andare di pari passo"

DUE NEGOZIATI CHE FANNO DISCUTERE: TTIP E CETA

Il TTIP è la sigla del Transatlantic Trade and Investment Partnership. È un accordo commerciale di libero scambio in corso di negoziato dal 2013 tra l'Unione europea e gli Stati Uniti d'America. L'obiettivo dichiarato è quello di integrare i due mercati, riducendo i dazi doganali e rimuovendo in una vasta gamma di settori le barriere non tariffarie, ossia le differenze in regolamenti tecnici, norme e procedure di omologazione, standard applicati ai prodotti, regole sanitarie e fitosanitarie. Se il progetto andasse in porto, verrebbe creata la più grande area di libero scambio esistente, poiché UE e USA rappresentano circa la metà del PIL mondiale e un terzo del commercio globale. Gli ideatori sostengono che liberalizzando un terzo del commercio globale si creerebbero milioni di nuovi e stipendiati posti di lavoro. Gli oppositori sostengono che l'accordo comporterebbe una riduzione delle garanzie e una mancanza di tutela dei diritti dei consumatori. Tra le critiche più importanti ci sono quelle che riguardano il settore del farmaco e dei prodotti agroalimentari. I negoziati per questo trattato di liberalizzazione commerciale si sono fermati. A fine agosto 2016 il vicecancelliere tedesco aveva affermato: "I negoziati con gli Stati Uniti sono effettivamente falliti perché come europei non possiamo accettare supinamente le richieste americane". Anche la Francia a maggio 2016 si era detta contraria al libero scambio "senza regole".

Il CETA - Comprehensive Economic and Trade Agreement - è un trattato di libero scambio tra Canada e Unione europea. Frutto di sette anni di negoziazioni, l'accordo prevede l'eliminazione del 98% delle tariffe e delle barriere doganali, in modo da far aumentare le esportazioni e rendere più facile l'accesso agli appalti pubblici da parte delle aziende europee in Canada e viceversa. I promotori sostengono che l'accordo rende più aperto il mercato dei servizi, offre condizioni più vantaggiose agli investitori e previene la circolazione di copie illecite di innovazioni e prodotti tradizionali dell'Unione europea come il parmigiano reggiano, il Cognac, il formaggio Roquefort o le olive toscane o il salame ungherese. Gli oppositori contestano che l'accordo bilaterale sia a vantaggio esclusivo delle multinazionali e che minacci la sicurezza alimentare, i diritti dei lavoratori e delle tutele ambientali. A metà febbraio il CETA sarà sottoposto al voto del Parlamento europeo. Germania, Francia e Austria hanno sollevato delle critiche e la Vallonia (piccolo stato federale del Belgio) ha votato contro il CETA in sede di Consiglio dell'Unione europea. Le regole europee prevedono che i trattati commerciali debbano essere approvati all'unanimità da tutti i parlamenti dei paesi, compresi quelli regionali.

Fonti: Wikipedia.
L'enciclopedia libera, Internazionale.it



DIETA SENZA GLUTINE: SOLO UNA MODA?

Negli Usa il numero di intolleranti al glutine sarebbe inferiore alla crescita esponenziale nei consumi di prodotti gluten-free. Un fenomeno degli ultimi anni che merita un'attenta riflessione, si legge sul JAMA Internal Medicine. Attingendo ai dati delle National Health and Nutrition Examination Surveys si è stimato che 1,7 milioni statunitensi sono celiaci e 2,7 milioni seguono una dieta priva di glutine pur senza essere celiaci. Ancora più interessante è il dato che dal 2009 al 2014 il numero di pazienti con diagnosi di celiachia è rimasto pressoché costante mentre è triplicato quello dei non celiaci ma seguaci della gluten-free. Il calo del consumo di glutine che è un fattore di rischio della celiachia potrebbe avere contributo al plateu della curva dei celiaci. Interrogandosi sul perché la dieta senza glutine abbia così successo, gli autori dell'indagine epidemiologica avanzano tre ipotesi: la percezione da parte dei consumatori che la dieta senza glutine sia per antonomasia più salutare; l'offerta crescente di prodotti senza glutine ormai facilmente disponibili nei supermercati e online, a differenza di quanto avveniva qualche anno fa, quando la vendita avveniva quasi esclusivamente in farmacia; e, infine, il numero crescente di persone che si sono autodiagnosticate intolleranti al glutine senza esserlo e hanno tratto dei benefici dalla dieta senza glutine – quindi persone sane che decidono di assumere spontaneamente un farmaco, che in questo caso proviene dalla dieta. Potrebbe essere una scelta in parte influenzata dai messaggi dell'industria alimentare e dalla falsa percezione che la dieta gluten free sia comunque più salutare. Una percezione sicuramente non evidence-based. Al di là di ciò – commenta Dafne Miller sul JAMA Internal Medicine – questo fenomeno potrebbe essere l'occasione per studiare quali fattori associati alla dieta influiscono sui sintomi e sul benessere delle persone.

Bibliografia

Kim H, Patel KG, Orosz E, et al. *Time Trends in the Prevalence of Celiac Disease and Gluten-Free Diet in the US Population. Results From the National Health and Nutrition Examination Surveys 2009-2014.* JAMA Intern Med 2016; 176: 1716-7.
Miller D. *Maybe it's not the gluten*. JAMA Intern Med 2016; 176: 1717-8.

MODI E MODE DEL COMUNICARE

SGI HEALTHCARE

comunicazione in ambito sanitario

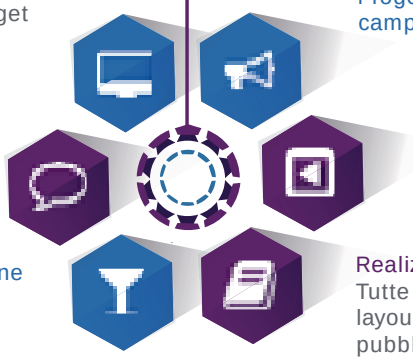
Siti

Siti vetrina per la promozione dell'attività di professionisti medici presso e pazienti e target dedicato: progettazione, contenuti, SEO, assistenza procedure di messa on line.

Gestione ufficio stampa e PR

Progettazione e organizzazione eventi

- individuazione location;
- soluzioni logistiche;
- progetto di comunicazione;
- immagine coordinata;
- forniture tecnologiche, audiovisive e interattive;
- segreteria organizzativa;
- assistenza on site;
- sponsoring



Progettazione e realizzazione campagne di comunicazione

Supporto tecnico audio video, centro slide, presentazioni

Realizzazione prodotti editoriali

Tutte le fasi, dallo studio del layout fino alla stampa per pubblicazioni di carattere divulgativo o tecnico-scientifico. Collaborazioni con giornalisti, scrittori e fotografi per un servizio editoriale completo e flessibile: studio grafico, redazione, stampa, distribuzione, raccolta pubblicitaria

ALCUNI EVENTI ORGANIZZATI

- TCS Biennale della Salute e dello Sport
- CORSO TEORICO "FEMTOCATARATTA, L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA", CLK MICROCHIRURGIA E DIAGNOSTICA OCULARE
- CONVENTION DI FEDERFARMA PIEMONTE, VALLE D'AOSTA E LIGURIA (FINO A 1800 PARTECIPANTI) E CORSI FORMATIVI PER FARMACISTI
- SOCIETÀ ITALIANA USTIONI www.ustionitorino2014.it www.ustionigenova2015.it
- ASSEMBLEE E CONVEGNI DELL'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO

SGI Società Generale dell'Immagine srl
www.sgi.to.it | info@sgi.to.it
via Pomaro, 3 - Torino
Tel. 011.359908 | fax 011.3290679