



**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena**

**NOTIZIARIO SPECIALE DIETE E NUTRIZIONE
OMCeO Forlì-Cesena**

Consiglio Direttivo:

Presidente:

Dott. Gaudio Michele

Vice Presidente:

Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Segretario:

Dott.ssa Zambelli Liliana

Tesoriere:

Dott. Balistreri Fabio

Consiglieri:

Dott. Castellani Umberto
Dott. Castellini Angelo
Dott. Costantini Matteo
Dott. De Vito Andrea
Dott. Forgiarini Alberto
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
Dott. Paganelli Paolo
Dott.ssa Pasini Veronica
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Simoni Claudio
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione Albo
Odontoiatri:**

Presidente:

Dott. Paganelli Paolo

Segretario:

Dott. D'Arcangelo
Domenico

Consiglieri:

Dott. Alberti Andrea
Dott.ssa Giulianini Benedetta
Dott.ssa Vicchi Melania

**Collegio
dei Revisori dei Conti:**

Presidente:

Dott. Fabbroni Giovanni

Revisori:

ORARI SEGRETERIA ORDINE

mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00

pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30

sabato chiuso

CONTATTI

tel. e fax 054327157

sito internet: www.ordinemedicifc.it

e mail: info@ordinemedicifc.it segreteria.fc@pec.omceo.it

**PROCEDURA OBBLIGATORIA PER LA PARTECIPAZIONE
A “LE SERATE DELL’ORDINE”**

Dal 15 marzo 2018, a seguito delle nuove disposizioni trasmesse dall’Ausl Romagna, Provider per quest’Ordine per il rilascio dei crediti ECM, **per la partecipazione e il riconoscimento dei crediti ECM** de “Le Serate dell’Ordine” sarà **OBBLIGATORIO**:

- **effettuare l’iscrizione online**, seguendo le istruzioni sotto indicate;
- **compilare** dal giorno successivo all’evento, il Questionario di Gradimento On Line.

[CONTINUA](#)

BIBLIOTECA DELL’ORDINE:

Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Possanzini Paola

Revisore supplente:
Dott.ssa Zanetti Daniela

Commissione ENPAM per accertamenti di Invalidità

Presidente:
Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero
Dott. Verità Giancarlo

Commissione Giovani Medici

Coordinatore:
Dott. Gardini Marco

Dott. Biserni Giovanni
Battista
Dott.ssa Casadei Laura
Dott. Farolfi Alberto
Dott. Gobbi Riccardo
Dott. Limarzi Francesco
Dott.ssa Moschini Selene
Dott. Natali Simone
Dott.ssa Pavesi Alessandra
Dott.ssa Turci Ylenia

Commissione Aggiornamento Professionale

Coordinatore:
Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico Maria
Dott. Costantini Matteo
Dott. Gardini Marco
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott.ssa Pieri Federica
Dott. Simoni Claudio
Dott.ssa Sirri Sabrina
Dott.ssa Vaienti Francesca
Dott. Verdi Carlo
Dott. Vergoni Gilberto

Commissione Comunicazione ed Informazione

Coordinatore:
Dott. Pascucci Gian
Galeazzo

Dott. Costantini Matteo
Dott. Fabbroni Giovanni
Dott. Lucchi Leonardo

CONSEGNATE UNA COPIA DELLE VOSTRE PUBBLICAZIONI

Il Gruppo Culturale dell'Ordine dei Medici, nel suo intento istituzionale di promuovere la dimensione culturale della nostra professione, invita i colleghi che hanno già pubblicato libri di farne pervenire almeno una copia alla segreteria dell'Ordine per poter attivare una sorta di biblioteca interna ad uso e consumo di ognuno di noi.

Dott. Michele Gaudio, Presidente OMCeO FC
Dott. Omero Giorgi, Coordinatore Gruppo Culturale OMCeO FC

ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA

L'Enpam ha lanciato un servizio di video-consulenza previdenziale dedicato ai suoi iscritti. La Fondazione mette a disposizione un nuovo strumento audio-video attraverso cui rivolgere direttamente ai funzionari dell'Ente domande specifiche o richieste di chiarimenti. Grazie alla videoconferenza, ogni iscritto avrà la possibilità di trovarsi faccia a faccia con il suo consulente previdenziale semplicemente recandosi nella sede del suo Ordine nella data e all'ora stabilita.

Al momento della prenotazione da fare presso il proprio Ordine, è consigliabile che l'iscritto precisi l'argomento dei chiarimenti richiesti. Questo permetterà ai funzionari dell'Enpam di arrivare in videoconferenza preparati nel miglior modo possibile sulla posizione del medico o dell'odontoiatra che incontreranno.

IL SERVIZIO È DISPONIBILE SOLO SU PRENOTAZIONE.

APP DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FORLÌ-CESENA

E' scaricabile sia su piattaforma Android che IOS la nostra nuova APP. Oltre a replicare gran parte delle informazioni contenute nel sito, consente di raggiungere direttamente i nostri colleghi con un sistema di notifiche PUSH attivabili per argomento nelle impostazioni dell'applicazione. Un ulteriore potente strumento per arrivare ai nostri iscritti informazioni su eventi, ECM, annunci, avvisi, bandi di concorso, NEWS, Corsi FAD ed ovviamente anche il nostro notiziario e bollettino.

CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE CON ESERCIZI COMMERCIALI

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della Provincia. Dietro presentazione della tessera di iscrizione all'Ordine saranno praticati agevolazioni e sconti come indicato. Per vedere gli esercizi già convenzionati [cliccare qui](#)

Commissione Ambiente e Salute

Coordinatore:
Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico
Dott.ssa Gentilini Patrizia
Dott. Milandri Massimo
Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Ruffilli Corrado
Dott. Timoncini Giuseppe
Dott. Tolomei Pierdomenico

Commissione Cure Palliative e Terapia del Dolore

Coordinatore:
Dott. Maltoni Marco Cesare

Dott. Bertellini Celestino Claudio
Dott. Balistreri Fabio
Dott. Biasini Augusto
Dott. Castellini Angelo
Dott.ssa Iervese Tiziana
Dott. Musetti Giovanni
Dott. Piraccini Emanuele
Dott.ssa Pittureri Cristina
Dott. Pivi Fabio
Dott. Valletta Enrico
Dott.ssa Venturi Valentina

Commissione per le Medicine Non Convenzionali

Coordinatore:
Dott. Tolomei Pierdomenico

Dott. Balistreri Fabio
Dott. Bravi Matteo
Dott. La Torre Natale
Dott. Milandri massimo
Dott.ssa Piastrelloni Margherita
Dott. Roberti Di Sarsina Paolo
Dott. Selli Arrigo

Commissione Pubblicità Sanitaria

Coordinatore:
Dott. Paganelli Paolo

Dott. Di Lauro Maurizio
Dott. Milandri Massimo
Dott.ssa Zanetti Daniela

Gruppo di lavoro Biologia ad indirizzo biomedico

Corsi e Congressi OMCeO Forlì-Cesena

La patologia orale nella pratica quotidiana

Forlì, 5 settembre 2019 ore 20.00
Sala Conferenze, Viale Italia 153- scala C
[continua](#)

Aggiornamento

Un decesso su cinque nel mondo è risultato collegato a una dieta poco sana nel 2017

(da Doctor33) Undici milioni di morti nel mondo nel 2017 sono state collegate a diete poco sane, con alto contenuto di zuccheri, sale e carne lavorata, le quali hanno contribuito a causare malattie cardiache, cancro e diabete. Questo è quanto ha rilevato lo studio Global Burden of Disease, pubblicato su Lancet, che ha valutato la percentuale di decessi legati all'alimentazione in ben 195 paesi. La maglia nera è andata all'Uzbekistan, mentre il paese più virtuoso da questo punto di vista è stato Israele. «Il consumo di cibi più sani come noci e semi, latte e cereali integrali è stato in media troppo basso, e le persone hanno consumato troppe bevande zuccherate e troppa carne lavorata e sale. A causa di questi comportamenti, un decesso su cinque nel 2017 è stato collegato a diete di scarsa qualità» spiega Chris Murray, direttore dell'Institute for Health Metrics and Evaluation della University of Washington, che ha guidato il gruppo di lavoro. I ricercatori hanno monitorato le tendenze del consumo di 15 fattori dietetici dal 1990 al 2017 e hanno visto che le persone hanno assunto solo il 12% della quantità raccomandata di noci e semi, una dose media di 3 grammi al giorno, rispetto ai 21 grammi raccomandati, ma hanno bevuto più di 10 volte la quantità raccomandata di bevande zuccherate. La dieta in generale ha incluso anche meno di un quarto della quantità raccomandata di cereali integrali, con 29 grammi in media al giorno rispetto ai 125 raccomandati, e quasi il doppio della quantità consigliata di carne lavorata, con circa quattro grammi in media al giorno rispetto ai due consigliati. Degli 11 milioni di decessi verificatisi nel 2017, quasi 10 milioni sono risultati ascrivibili a malattie cardiovascolari, circa 913.000 al cancro e quasi 339.000 al diabete di tipo 2. «Nonostante le limitazioni, questi risultati forniscono prove che supportano la necessità di spostare l'attenzione dall'enfasi posta sulla restrizione della dieta alla promozione di componenti alimentari sani in un contesto globale, e di passare da linee guida basate su nutrienti a raccomandazioni basate direttamente sui cibi. Tutto questo presenta ovviamente delle sfide, anche perché in molti paesi il costo della frutta e della verdura è davvero proibitivo» scrive in un commento di accompagnamento Nita Forouhi, della University of Cambridge School of Clinical Medicine, nel Regno Unito.

(Lancet. 2019. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30954305>

(Lancet. 2019. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)30500-8

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30954306>

Il latte vaccino: un alimento da rivalutare

(a cura di SIOMMS) I consumi di latte vaccino in Italia sono mediamente bassi e in continuo decremento, soprattutto per ignoranza e disinformazione sugli effetti di questo alimento sulla salute umana. Per tentare viceversa di offrire al consumatore una panoramica completa e soprattutto evidence-based sul latte vaccino, un simposio di esperti organizzato nel 2016 dalla Nutrition Foundation of Italy ha approfonditamente indagato il ruolo del latte vaccino nell'alimentazione umana e i suoi effetti sulla salute, offrendo un quadro estremamente

Coordinatore:
Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott. Balistreri Fabio
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Milandri Massimo
Dott.ssa Possanzini Paola
Dott. Vergoni Gilberto

Osservatorio Pari Opportunità e Medicina di Genere

Coordinatore:
Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott.ssa Pasini Veronica
Dott.ssa Possanzini Paola
Dott.ssa Sammaciccia
Angelina
Dott.ssa Verdecchia Cristina
Dott.ssa Zanetti Daniela

Gruppo Culturale

Coordinatore:
Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni Ferdinando
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Mazzoni Edmondo
Dott. Milandri Massimo
Dott. Vergoni Gilberto

rassicurante sia per l'operatore sanitario sia per il consumatore.

Composizione. Il latte vaccino è composto da: – acqua (87% circa); – grassi (>3.5% nel latte intero, 1.5-1.8% in quello parzialmente scremato, <0.5% in quello scremato; prevalentemente trigliceridi all'interno di globuli circondati da una specifica membrana che rende più favorevole la risposta della colesterolemia LDL al consumo di latte); – proteine (3.4%; prevalentemente caseine, proteine ad alto valore biologico); – lattosio (4.8%; disaccaride composto da glucosio e galattosio e digerito nell'uomo dall'enzima lattasi); – minerali (calcio, fosforo, potassio, magnesio, zinco e selenio); – vitamine (idrosolubili del gruppo B e liposolubili proporzionalmente al contenuto lipidico).

Tipi di latte vaccino e relativi trattamenti produttivi. Processi tecnologici diversi per risanare e modificare il latte vaccino determinano l'immissione in commercio di diversi tipi di latte: – latte pastorizzato: trattato ad almeno 72° per 15 secondi per la distruzione dei patogeni sporigeni; – latte sterilizzato UHT: trattato a 135-150° per 2-4 secondi e confezionato in condizioni asettiche per la distruzione completa della carica batterica; – latte microfiltrato: sottoposto a rimozione meccanica di cellule batteriche e somatiche e spore (poi pastorizzato); – latte delattosato (a basso o trascurabile tenore di lattosio): aggiunto l'enzima lattasi prima del trattamento termico standard.

Sicurezza del latte vaccino. Il latte vaccino immesso sul mercato italiano deve rispettare rigorosamente le normative europee di riferimento in termini di sicurezza microbiologica, presenza di residui di antibiotici o di altre sostanze potenzialmente tossiche. Il rispetto della normativa è garantito da una sistematica attività di controllo da parte delle Istituzioni che complessivamente garantisce la salubrità del latte commercializzato in Italia. In particolare l'uso di ormoni è vietato in Italia e nell'Unione Europea, mentre quello di antibiotici è ancora elevato in ambito zootecnico sebbene in riduzione negli ultimi anni, determinando residui molto bassi nei lattini sottoposti a controllo ufficiale. Anche i mangimi e foraggi, prevalentemente importati dall'estero, sono comunque sottoposti a puntuali controlli per garantirne la salubrità. **Indicazioni delle linee guida e consumi medi.** Le linee guida italiane per una sana alimentazione (edizione 2003 dell'INRAN) raccomandano 3 porzioni al giorno di latte o yogurt (125 ml di latte o 125 g di yogurt ciascuna) e 2-3 porzioni alla settimana di formaggio fresco (100 g ciascuna) o stagionato (50 g). Complessivamente il volume giornaliero di latte e derivati raccomandato nell'ambito di una alimentazione sana ed equilibrata appare più contenuto in Italia rispetto ad altri Paesi europei ed agli Stati Uniti, non tanto in termini di numero di porzioni (abbastanza sovrapponibili) quanto a dimensioni delle singole porzioni (inferiori in Italia rispetto agli altri Paesi, specialmente quelle di latte e yogurt). Ciononostante gli studi osservazionali suggeriscono che il consumo di latte e yogurt in Italia sia nettamente inferiore sia rispetto a quanto raccomandato dalle nostre linee guida sia rispetto alla media europea (in media negli adulti poco più di una porzione giornaliera), mentre i consumi di formaggi sono mediamente in eccesso rispetto alle raccomandazioni (con conseguente eccesso dietetico di grassi). **Consumo di latte in fasi specifiche della vita.** Il ruolo nutrizionale del latte vaccino varia poi in funzione delle fasi specifiche della vita. A partire dai 3 anni di età le linee guida consigliano di consumare due porzioni al giorno di latte/yogurt (una a colazione e una a merenda), tanto da porre il latte alla base della piramide alimentare definita dalla Società Italiana di Pediatria. La tendenza abbastanza comune al giorno d'oggi di abbandonare poi progressivamente il consumo di latte nel corso dell'adolescenza andrebbe categoricamente contrastata poiché il latte vaccino riveste un ruolo nutrizionale fondamentale anche nell'adulto come fonte di proteine, vitamine e minerali, soprattutto calcio.

Sicuramente tale scarso consumo di latte e yogurt contribuisce a far sì che l'introito dietetico di calcio della popolazione italiana sia mediamente inadeguato già a partire dall'adolescenza. Per quanto il latte non sia l'unico alimento ricco di calcio (lo sono anche molti vegetali e alcune acque ad esempio) il latte rappresenta quello con il migliore rapporto tra tenore di calcio altamente biodisponibile (a differenza di quello contenuto in alcuni vegetali), valore energetico della razione e costo relativo. Un ulteriore vantaggio del consumo di latte è il suo effetto saziante che induce una minore assunzione di calorie al pasto successivo.

Anche nelle donne in gravidanza e nelle persone nella terza età il consumo di latte è raccomandato per soddisfare le rispettive esigenze nutrizionali.

Nell'alimentazione dello sportivo, infine, il latte scremato può rappresentare una bevanda ottimale per il recupero dopo esercizio fisico, poiché contiene sia carboidrati semplici sia elettroliti (con una capacità reidratante almeno paragonabile a quella di bevande idrosaline specificatamente formulate) e studi suggeriscono che possa anche favorire il recupero e il potenziamento muscolare, oltre a stimolare il sistema immunitario per la presenza di molecole bioattive (gli oligosaccaridi) con azione prebiotica.

Effetti sui livelli di IGF-1. Il latte vaccino contiene una ridottissima quantità di IGF-1 (uno dei principali mediatori dell'attività biologica dell'ormone della crescita); inoltre il consumo di latte può modificare la sintesi endogena di IGF-1, ma in maniera solo modesta e secondo gli studi più recenti in entità sovrapponibile ad altre proteine di origine vegetale, come quelle della soia.

Allergia al latte e intolleranza al lattosio. L'allergia al latte, tipica dell'età infantile, è la seconda per frequenza dopo quella all'uovo e può essere IgE-mediata (determinando quadri clinici variabili dalle reazioni cutanee fino allo shock anafilattico) oppure non-IgE mediata (in genere disturbi gastrointestinali). L'allergia alle proteine del latte è una patologia da non confondere con l'intolleranza al lattosio, cioè la carenza di funzionalità dell'enzima lattasi. Quest'ultima condizione è molto frequente e si manifesta con dolori addominali crampiformi, meteorismo, diarrea, per effetto osmotico del lattosio giunto indigerito nella parte inferiore dell'intestino.

Può essere diagnosticato, in presenza dei sintomi specifici scatenati all'assunzione di lattosio, mediante il cosiddetto "breath test". Studi suggeriscono che gli adulti con diagnosi di

malassorbimento di lattosio possano ingerire fino a 12 g di lattosio (contenuto in una tazza di latte) con sintomatologia nulla o lieve, tuttavia la tolleranza può aumentare assumendo il lattosio con i pasti e in dosi refratte e presenta una estrema variabilità individuale: ogni individuo con una diagnosi certa di intolleranza al lattosio dovrebbe individuare la quantità necessaria a sviluppare i sintomi ed eventualmente, se necessario, integrare con latti delattosati e altri prodotti caseari a basso tenore di lattosio.

Consumo di latte e rischi di malattie. I risultati degli studi disponibili sembrano escludere un effetto negativo del consumo di latte sul peso corporeo, sul rischio cardiovascolare e sulla colesterolemia totale e frazionata, mentre suggeriscono un trend favorevole sul rischio di diabete mellito di tipo 2 e sulla pressione arteriosa. Per quanto riguarda invece il rischio di sviluppare tumori, sia uno studio multicentrico italiano sia una metanalisi di 4 studi prospettici non hanno evidenziato associazioni significative tra consumo di latte e incidenza totale di tumori, mentre studi che hanno analizzato la correlazione tra consumo di latte e incidenza di tumori in sedi specifiche hanno rilevato: un modesto eccesso di rischio di tumore della prostata per consumi di 200 g/die (RR=1.03, IC95% 1.00-1.07), una modesta riduzione del rischio di cancro del colon-retto sempre per consumi di 200 g/die (RR=0.91, IC95% 0.85-0.94) e nessun associazione né con il carcinoma mammario né con quello ovarico. Non vi sono neppure evidenze che il consumo di latte modifichi la prognosi di pazienti già portatrici di tumore della mammella.

Conclusioni e commenti. Il quadro che emerge da questo Simposio indica chiaramente che il latte vaccino è un alimento sicuro e molto prezioso dal punto di vista nutrizionale e andrebbe pertanto regolarmente consumato nelle quantità raccomandate dalle linee guida nell'ambito di una alimentazione varia ed equilibrata. Complessivamente le evidenze disponibili in letteratura indicano che l'effetto del consumo di latte su vari aspetti della salute umana è neutro o in alcuni casi addirittura favorevole. Al di fuori dell'allergia alle proteine del latte e dell'intolleranza al lattosio (quest'ultima comunque gestibile con il consumo di latte delattosato) non esistono altre situazioni che giustificano l'eliminazione del latte vaccino dalla dieta.

Nell'ambito della salute scheletrica, il principale beneficio del latte vaccino deriva dall'apporto di calcio altamente biodisponibile (120 mg di calcio ogni 100 ml di latte) nel contesto di un alimento completo e sano dal punto di vista nutrizionale. Nella popolazione italiana, complice il ridotto consumo medio di latte e yogurt, l'introito medio giornaliero di calcio risulta insufficiente, contribuendo a determinare un bilancio calcico negativo e una condizione di iperparatiroidismo secondario.

Si ricorda a tal proposito che il fabbisogno quotidiano di calcio in età adulta, così come specificato anche nelle linee guida SIOMMMS, varia dai 1000 mg/die nei soggetti di età 25-50 anni e negli uomini di età 50-65 anni ai 1200 mg/die nelle donne in gravidanza, allattamento e postmenopausa (non in terapia ormonale sostitutiva) e negli uomini di età superiore ai 65 anni.

Inoltre un recente documento di consenso elaborato da ESCEO e IOF dopo revisione sistematica della letteratura ha sottolineato i benefici sulla salute scheletrica di un adeguato introito dietetico di proteine di qualunque origine e la mancanza di evidenze che il carico acido derivante dal consumo di proteine, specialmente animali, sia associato ad un aumentato rischio di osteoporosi o frattura, come spesso invece paventato dai detrattori del latte vaccino.

Bibliografia: – F. Marangoni, L. Pellegrino, U. Agrimi, E. Verduci, A. Ghiselli et al. Il latte vaccino. Ruolo nell'alimentazione umana ed effetti sulla salute. Nutrition Foundation of Italy (NFI). 2017. Disponibile all'indirizzo <http://www.nutrition-foundation.it/publicazioni/il-latte-vaccino—ruolo->

[nell'alimentazione-umana-ed-effetti-sulla-salute-1.aspx](http://www.nutrition-foundation.it/publicazioni/il-latte-vaccino—ruolo-nell'alimentazione-umana-ed-effetti-sulla-salute-1.aspx). Accesso 30/05/2018. – Rossini M, Adami S, Bertoldo F, Diacinti D, Gatti D, et al. Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis. *Reumatismo*. 2016;68(1):1-39. doi: 10.4081/reumatismo.2016.870. – Rizzoli R, Biver E, Bonjour JP, Coxam V, Goltzman D, et al. Benefits and safety of dietary protein for bone health-an expert consensus paper endorsed by the European Society for Clinical and Economical Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis, and Musculoskeletal Diseases and by the International Osteoporosis Foundation. *Osteoporos Int*. 2018. doi: 10.1007/s00198-018-4534-5.

Gli effetti dell'integrazione prebiotica, probiotica e simbiotica sulla funzione renale

(da Nutrizione33) Diversi studi, negli ultimi anni, hanno attribuito un ruolo promettente alla supplementazione prebiotica, probiotica e simbiotica sulla funzione renale e l'ultimo numero di *Nutrition* pubblica una review sull'argomento, verificando l'effetto di questa integrazione sugli indici del profilo renale inclusa la velocità di filtrazione glomerulare, la creatinina, l'azoto ureico nel sangue, l'acido urico e l'urea. I risultati di questa meta-analisi non hanno rivelato alcun effetto statisticamente significativo del consumo prebiotico, probiotico e simbiotico su tasso di filtrazione glomerulare e creatinina, mentre tale consumo ha efficacemente ridotto l'azoto ureico nel sangue e urea, e aumentato l'acido urico. L'effetto sulla velocità di filtrazione glomerulare ha stupito gli autori, che spiegano il dato inatteso notando come alcuni farmaci usati dai soggetti e il contenuto proteico della dieta, entrambi fattori che influenzano i livelli di creatinina, non sempre erano noti negli studi inclusi nell'attuale meta-analisi. L'azoto ureico nel sangue è diminuito grazie al fatto che i simbiotici possono ridurre efficacemente i livelli di tossine uremiche legate alle proteine non dializzabili come il p - solfato di ferro e l'indoxil solfato, responsabili del deterioramento della funzione renale residua, e all'evidenza che minore infiammazione e stress ossidativo sono associati ad un minore catabolismo e degradazione proteica. Questo studio conclude la disamina dei dati sostenendo che fino a quando gli studi randomizzati controllati su larga scala e ben progettati non dimostrano la sicurezza e l'efficacia di prebiotici, probiotici e simbiotici nel migliorare la funzionalità renale, il loro impiego in soggetti con funzionalità renale compromessa o in quelli a rischio di insufficienza renale dovrebbe essere limitato.

(Firouzi S, Haghghatdoost F, *The effects of prebiotic, probiotic, and synbiotic supplementation on blood parameters of renal function: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Nutrition. 2018 Jul -Aug;51-52:104-113.*)

Nei pazienti obesi il dispendio energetico aumenta riducendo i carboidrati nella dieta

(da Diabetologia33) Secondo uno studio su pubblicato sul BMJ, prima autrice Cara Ebbeling della Divisione di endocrinologia al Boston Children's Hospital, il dispendio energetico globale giornaliero aumenta in modo direttamente proporzionale alla riduzione dell'apporto di carboidrati durante la dieta di mantenimento dopo un calo ponderale. «Fattore che potrebbe migliorare le probabilità di successo del trattamento dell'obesità» spiega la ricercatrice, che assieme ai colleghi ha randomizzato 164 adulti con indice di massa corporea ≥ 25 kg/m² a 20 settimane di una dieta con apporto variabile di carboidrati dopo un programma di calo ponderale: 54 partecipanti sono stati assegnati a una dieta ricca di carboidrati (60% dell'energia totale), 53 a una dieta a moderato contenuto di carboidrati (40% dell'energia totale) e 57 a una dieta a basso contenuto (20% dell'energia totale), con apporto calorico totale uguale per tutti. E dai risultati emerge che il dispendio energetico giornaliero aumenta di 52 kcal per ogni riduzione del 10% del contenuto di carboidrati nella dieta.

«Per dirla in numeri, rispetto a quanto osservato nel gruppo ad alto contenuto di carboidrati, i partecipanti con dieta a contenuto moderato e basso di carboidrati hanno consumato rispettivamente 91 e 209 kcal giornaliere in più» dice Ebbeling, aggiungendo che in un sottogruppo di partecipanti che hanno mantenuto il calo ponderale entro 2 kg del peso basale è stato rilevato un consumo di 131 kcal al giorno nel gruppo a moderato contenuto di carboidrati e di 278 kcal al giorno in quello a basso contenuto. «Inoltre, l'incremento del consumo energetico totale era maggiore negli individui con elevata secrezione di insulina prima del calo ponderale» riferiscono i ricercatori, sottolineando che lo studio ha comunque diversi limiti, tra cui potenziali errori di misura e l'aderenza alla dieta non sempre ottimale né ben controllabile. «Tuttavia questi risultati suggeriscono che la qualità della dieta può influenzare il dispendio energetico indipendentemente dal peso corporeo, un fenomeno che potrebbe aiutare nelle strategie del trattamento dell'obesità» conclude Ebbeling.

(*BMJ. 2018 Nov 14;363:k4583. doi: 10.1136/bmj.k4583*)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30429127>

La prevenzione della depressione potrebbe passare anche da strategie nutrizionali

(da Doctor33) Due studi randomizzati pubblicati su JAMA hanno fornito risultati importanti nel campo emergente della psichiatria nutrizionale. Mariska Bot, della Vrije Universiteit di Amsterdam e il suo gruppo di lavoro hanno riportato i risultati di una sperimentazione clinica che ha riguardato un intervento di prevenzione nutrizionale in 1.025 adulti in sovrappeso e obesi con sintomi di depressione, ma non ancora classificabili come affetti da depressione maggiore. In questo studio di un anno i ricercatori hanno confrontato con placebo un

intervento focalizzato sul miglioramento dei comportamenti alimentari, che ha promosso una dieta in stile mediterraneo, e un intervento dietetico diretto con integrazione tramite una formulazione che includeva acidi grassi omega-3, selenio, acido folico, vitamina D3 e calcio. Ebbene, né la terapia né l'integrazione, da sole o in combinazione, sono state in grado di prevenire l'esito primario del disturbo depressivo maggiore a un anno. Le percentuali di sviluppo di disturbo depressivo maggiore sono state del 10% nel gruppo che ha assunto integrazione placebo senza terapia, del 9,7% nel gruppo di integrazione placebo con terapia, del 10,2% in quello di integrazione senza terapia e del 8,6% in quello con integrazione con terapia. «I nostri risultati non supportano l'uso di questi interventi per la prevenzione dei disturbi depressivi maggiori» concludono gli autori. In un altro rapporto, i ricercatori guidati da Jun Ma, della University of Illinois di Chicago, hanno valutato gli effetti di un intervento integrato di assistenza collaborativa. Lo studio ha confrontato la cura abituale (n=205) con un trattamento comportamentale per la perdita di peso aggiunto a una terapia per la risoluzione dei problemi (n=204) e a farmaci antidepressivi quando indicato, per gestire la depressione in adulti con obesità (indice di massa corporea [IMC]>30) e depressione. A 12 mesi, sono stati osservati modesti benefici sul peso (differenza nell'IMC tra i gruppi: -0,7), e una significativa, anche se comunque modesta, riduzione nella depressione (differenza tra i gruppi: -0,2 punti al punteggio Depression Symptom Checklist). I ricercatori concludono sottolineando che gli effetti sono stati di dubbia importanza clinica. In un editoriale di accompagnamento, Michael Berk e Felice Jacka, della Deakin University, Geelong, Victoria, Australia, si dicono convinti che è poco probabile che prima o poi si venga a scoprire che un cambiamento della dieta costituisca un trattamento per la depressione, ma che un pacchetto di assistenza integrato che incorpori trattamenti psicologici e farmacologici insieme a interventi sullo stile di vita possa essere utile.

(JAMA. 2019. doi:10.1001/jama.2019.0557

<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.0557>)

(JAMA. 2019. doi:10.1001/jama.2019.0556

<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.0556>)

Cenare tardi e saltare la colazione: un'accoppiata mortale

Non è solo la qualità del cibo ma anche la tempistica dei pasti principali ad avere un potente impatto sulla salute del cuore, soprattutto dopo un infarto. Lo stabilisce una ricerca appena pubblicata European Journal of Preventive Cardiology che evidenzia come il rischio di morire, di fare un secondo infarto o anche solo una crisi anginosa aumenta dalle 2 alle 5 volte nei soggetti infartuati che saltano abitualmente la colazione e cenano tardi la sera, andando a dormire subito dopo. Il vecchio detto 'fai una colazione da re' ha insomma sempre il suo perché. *Leggi l'articolo completo al [LINK](#)*

Le diete 'yo-yo' aumentano il rischio di infarto, ictus e mortalità

(da Quotidiano Sanità e Reuters Health) Le fluttuazioni di peso, tipiche delle diete 'yo-yo', ma anche dei livelli di pressione, di colesterolo e di glicemia non fanno bene all'organismo. Anzi, per dirla tutta, aumentano il rischio di mortalità, anche nelle persone considerate in buona salute. A rivelare questa cruda realtà è uno studio osservazionale appena pubblicato su *Circulation*. Rispetto agli individui che presentavano una stabilità di questi valori nell'arco di un periodo di *follow up* medio di 5,5 anni, i soggetti con i numeri più fluttuanti rispetto a tutti questi parametri presentavano un rischio di mortalità aumentato del 127%, un rischio di infarto maggiorato del 43% e quello di ictus aumentato del 41%. Gli autori dello studio sono giunti a queste preoccupanti conclusioni analizzando i dati del sistema assicurativo sanitario nazionale della Corea del Sud (Korean National Health Insurance) relativi a 6.748.773 persone senza storia di cardiopatia ischemica, diabete, ipertensione, dislipidemia (cioè in buona salute) all'inizio dello studio. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad almeno tre controlli medici tra il 2005 e il 2012 (ma in genere a cadenza biennale) che registravano tra l'altro peso corporeo, glicemia a digiuno, pressione sistolica e colesterolo totale.

Una variabilità di questi parametri può derivare sia da cambiamenti dello stile di vita in positivo che in negativo. I ricercatori hanno dunque provveduto a registrare separatamente gli effetti della variabilità, con una soglia del 5% di miglioramento o di peggioramento dei dati. La sorpresa è stata che sia nei 'migliorati', che nei 'peggiorati' un'elevata variabilità risultava comunque associata ad un rischio di mortalità significativamente aumentato.

“Obiettivo prioritario dei medici, alla luce di questi riscontri – commenta **Seung-Hwan Lee**, professore di endocrinologia al College di Medicina dell'Università Cattolica della Corea (Seoul, Corea del Sud) – dovrebbe dunque essere quello di stabilizzare questi parametri e comunque di prestare molta attenzione alle fluttuazioni di pressione, colesterolo, glicemia,

peso corporeo dei loro pazienti". Lo studio ha una numerosità importante, ma è pur sempre di natura osservazionale; il che non consente di rintracciare una relazione di causa-effetto e dunque una spiegazione del fenomeno osservato. E' condotto inoltre su una popolazione esclusivamente coreana, dunque non è scontato che questa relazione possa essere osservata anche in altre popolazioni (anche se studi condotti in precedenza su altre popolazioni, hanno suggerito che la variabilità rappresenta un fattore negativo). Lo studio è stato finanziato dalla *National Research Foundation* coreana.

Mangiare pane integrale protegge dal diabete. Uno studio spiega perché

Arriva dalla Finlandia il primo studio che spiega (almeno in parte) perché il consumo di fibre derivate dal frumento e ancor più dalla segale, protegga dal diabete. Mangiare pane integrale riduce i livelli circolanti della serotonina prodotta dall'intestino (da non confondere con quella prodotta nel cervello che funge da neurotrasmettitore); studi recenti hanno dimostrato un'associazione tra bassi livelli ematici di serotonina e ridotto rischio di diabete. E forse anche di tumore del colon *Leggi l'articolo completo al [LINK](#)*

Le diete povere di carboidrati non sono sicure e dovrebbero essere evitate

(da Nutrizione 33) Queste sono le conclusioni di ampio studio presentato all'ESC. L'autore dello studio, Maciej Banach dell'Università medica di Lodz, in Polonia, ha dichiarato: "Abbiamo scoperto che le persone che consumavano una dieta povera di carboidrati erano a maggior rischio di morte prematura. Sono stati inoltre aumentati i rischi per le singole cause di morte tra cui la malattia coronarica, l'ictus e il cancro. Queste diete dovrebbero essere evitate". L'obesità è uno dei principali problemi di salute in tutto il mondo e aumenta il rischio di diverse condizioni croniche, tra cui malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete di tipo 2 e cancro. Diverse diete sono state suggerite per la perdita di peso, come le diete povere di carboidrati e ad alto contenuto di proteine e grassi. La sicurezza a lungo termine di queste diete è controversa, con studi precedenti che riportavano risultati contrastanti della loro influenza sul rischio di malattie cardiovascolari, cancro e morte. Questo studio ha esaminato prospetticamente la relazione tra diete a basso contenuto di carboidrati, morte per tutte le cause e decessi per coronaropatia, malattie cerebrovascolari (incluso ictus) e cancro in un campione rappresentativo a livello nazionale di 24.825 partecipanti al National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) durante il 1999 al 2010. Rispetto ai partecipanti con il più alto consumo di carboidrati, quelli con l'assunzione più bassa avevano un rischio maggiore del 32% di morte per tutte le cause su un follow-up medio di 6,4 anni. Inoltre, i rischi di morte per malattia coronarica, malattia cerebrovascolare e cancro sono aumentati del 51%, 50% e 35%, rispettivamente. I risultati sono stati confermati in una meta-analisi di sette studi prospettici di coorte con 447.506 partecipanti e un follow-up medio di 15,6 anni, che ha rilevato un 15%, 13% e 8% di aumento del rischio di mortalità totale, cardiovascolare e tumorale con bassa (rispetto all'alta dieta di carboidrati. ha dichiarato: "Le diete a basso contenuto di carboidrati potrebbero essere utili a breve termine per perdere peso, abbassare la pressione arteriosa e migliorare il controllo della glicemia, ma il nostro studio suggerisce che a lungo termine sono collegati con un aumentato rischio di morte da qualsiasi causa e decessi dovuti a malattie cardiovascolari, malattie cerebrovascolari e cancro. "I partecipanti allo studio NHANES avevano un'età media di 47,6 anni e il 51% erano donne. Erano divisi in quartili basati sulla normale percentuale di carboidrati nella loro dieta. I rischi di morte su un follow-up medio di 6,4 anni sono aumentati con ogni diminuzione dell'assunzione di carboidrati e sono rimasti significativi dopo l'aggiustamento per tutti i fattori disponibili che avrebbero potuto influenzare l'associazione. I ricercatori hanno inoltre esaminato il legame tra la morte per tutte le cause e le diete a basso contenuto di carboidrati per i soggetti obesi (indice di massa corporea [BMI] 30 kg / m² o superiore) e non-obesi (BMI inferiore a 30 kg / m²) in due gruppi di età (55 anni e oltre contro i 55 anni) e ha rilevato che il legame era più forte nei partecipanti anziani non obesi. Riguardo ai meccanismi alla base della correlazione tra diete a basso contenuto di carboidrati e morte, Banach ha osservato che le proteine animali, e in particolare la carne rossa e la carne lavorata, sono già state associate a un aumentato rischio di cancro. Ha detto: "Il ridotto apporto di fibre e frutta e un maggiore apporto di proteine animali, colesterolo e grassi saturi con queste diete possono svolgere un ruolo importante. Anche le differenze di minerali, vitamine e sostanze fitochimiche potrebbero essere coinvolte". (Fonte: ESC Congress 2018, Monaco di Baviera)

I pazienti con ipertensione arteriosa difficilmente riducono il sale

(da Cardiolink) Queste sono le conclusioni dello studio presentate all'ESC. "La mancanza

di aderenza ai cambiamenti dello stile di vita raccomandati sta portando ad un maggiore apporto di sale nella dieta dei pazienti ipertesi, il che da luogo ad un utilizzo di più farmaci necessari per trattare le loro condizioni cliniche e a più effetti collaterali dovuti alla terapia" dice il Dr. Kazuto Ohno dell'Enshu Hospital, Hamamatsu, Giappone, autore principale dello studio. "I pazienti possono essere in grado di migliorare questo circolo vizioso limitando l'assunzione di sale", ha detto Ohno. "Di conseguenza, possono evitare malattie causate da ipertensione, come infarti, ictus e insufficienza cardiaca. Inoltre, possono essere in grado di evitare/ridurre effetti collaterali da farmaci antipertensivi". L'assunzione eccessiva di sale è una delle cause più importanti di ipertensione e la restrizione del sale è una strategia chiave per gestirlo, ma pochi studi sono stati condotti sulla relazione tra assunzione di sale e pressione arteriosa in pazienti ipertesi sottoposti a trattamento con farmaci antipertensivi pertanto i ricercatori hanno arruolato 12.422 pazienti che assumevano farmaci per l'ipertensione visitati nel periodo 2010-2016. L'assunzione di sale individuale è stata stimata in grammi al giorno usando una formula di calcolo applicata alle urine prelevate casualmente ai pazienti e mostratasi efficace in studi precedenti. Durante i 7 anni dello studio i livelli di pressione arteriosa e il numero di pazienti che mantengono la pressione arteriosa target inferiore a 140 / 90 mmHg sono migliorati, ma l'assunzione di sale individuale è aumentata in tutti i gruppi. "Sebbene i valori di pressione arteriosa nei pazienti ipertesi si fossero ridotti, l'assunzione di sale è gradualmente aumentata", ha aggiunto il dott. Ohno. "Riteniamo che il miglioramento del controllo della pressione arteriosa non sia dovuto alla limitazione del sale ma al trattamento farmacologico". Le linee guida per la gestione dell'ipertensione 2014 pubblicate dalla società giapponese di ipertensione, raccomandano meno di sei grammi di sale al giorno, ha detto Ohno, ma meno del 4% dei partecipanti allo studio ha seguito tali raccomandazioni. I pazienti nello studio sono stati divisi in tre gruppi in base al fatto che fossero attualmente prescritti uno, due, tre o più farmaci antipertensivi. "Lo studio osservazionale in pazienti ipertesi trattati con farmaci antipertensivi ha rilevato due fatti comparativi: un miglioramento dei livelli di pressione arteriosa ed un aumento dell'assunzione di sale", ha spiegato Ohno. "In particolare, nei pazienti ipertesi con più farmaci antipertensivi, l'assunzione di sale era superiore a quelli che assumevano solo un farmaco antipertensivo." "Una maggiore consapevolezza dei danni derivanti dall'assunzione di sale è necessaria sia nei pazienti ipertesi che in quelli sani. Possiamo controllare la quantità di sale in un molti cibi e condimenti. È impossibile misurare l'assunzione di sale in ogni pasto, quindi tutti noi dovremmo cercare di assumere il cibo con sale ridotto facendo riferimento alle etichette degli alimenti". Il dott. Ohno ha detto che la ricerca futura dovrebbe considerare se la guida nutrizionale può migliorare il raggiungimento del target nei pazienti ipertesi e diminuire il numero di prescrizioni di farmaci antipertensivi. "Pensiamo che la restrizione del sale sia un importante fattore modificabile dello stile di vita per trattare e prevenire l'ipertensione e che quindi è necessario fare molto di più" ha concluso.

(Fonte: ESC Congress 2018, Monaco di Baviera)

Bevande energetiche: attenzione al prolungamento del QTc

(da Doctor33) Il consumo di bevande energetiche che contengono caffeina è associato al prolungamento dell'intervallo QTc, noto fattore di rischio per la torsione di punta, secondo un piccolo studio pubblicato sul Journal of the American Heart Association. «Le bevande energetiche sono state associate a un aumento delle visite al pronto soccorso e dei decessi. Abbiamo voluto determinare il loro impatto sui parametri elettrocardiografici ed emodinamici in volontari sani giovani» afferma Sachin Shah, della Practice Thomas J Long School of Pharmacy and Health Sciences, alla University of the Pacific, Stockton, California, primo nome dello studio. Trentaquattro adulti sani tra i 18 e i 40 anni sono stati invitati a consumare due diverse bevande energetiche disponibili in commercio e una bevanda placebo. Nessuno dei partecipanti era in terapia con farmaci tranne tre persone che assumevano contraccettivi orali. I partecipanti hanno bevuto ogni bevanda da un litro in 60 minuti in tre giorni separati, in ordine casuale. Le bevande energetiche contenevano oltre 300 mg di caffeina, insieme a taurina, glucuronolattone, vitamine e ingredienti proprietari. I partecipanti sono stati quindi monitorati con elettrocardiogramma per un periodo di quattro ore. L'incremento massimo dell'intervallo QTc aggiustato per il placebo è stato di 6,1 ms e 7,7 ms per le due bevande energetiche. Inoltre, la pressione sanguigna sistolica è risultata di circa 5 mmHg più alta dopo il consumo di bevande energetiche rispetto al placebo. I ricercatori sottolineano che l'impatto del consumo di bevande energetiche a lungo termine rimane comunque sconosciuto. «Gli individui con sindrome del QT lungo e quelli con ipertensione, acquisite o congenite, dovrebbero essere più attenti e limitare il consumo di bevande energetiche. In base ai dati attualmente disponibili, sarà necessario utilizzare con attenzione tutta la classe delle bevande energetiche, piuttosto che un particolare prodotto» concludono gli autori.

(JAHA 2019. Doi: 10.1161/JAHA.118.011318
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.118.011318>)