

NUTRIZIONE: NON DIMENTICARE L'INSEGNAMENTO DI IPPOCRATE

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo & Renato Cozzi

Quando affrontiamo temi relativi alla nutrizione, in ambito medico continuiamo a ripetere, come un “*mantra*” uno dei più famosi aforismi di Ippocrate “... fai che il cibo sia la tua medicina e la medicina il tuo cibo ...”. Ippocrate formulò questo concetto oltre 2000 anni fa, e la prestigiosa Scuola Medica Salernitana, che nel Medioevo per prima strutturò in maniera scientifica l’insegnamento dell’*Ars Medica*, sottolineava l’importanza preventiva della dieta, dando regole quantitative e qualitative e soffermandosi, addirittura, sulla distribuzione dei pasti. In quei tempi remoti, quindi, quando l’*Ars Medica* era esercitata in maniera empirica, l’“evidenza” forte, su cui tutti concordavano, riguardava la necessità di una dieta sana per conservare lo stato di salute.

Tale evidenza era condivisa da altre culture mediche mai venute in contatto tra loro: un esempio per tutti, nel I King, testo classico dell’antica medicina cinese, si legge: “... nei tempi antichi c’era temperanza nel bere e nel mangiare ... e raggiungevano i 100 anni ...”.

La EBM (*Evidence Based Medicine*) è venuta molto dopo, eppure sulla necessità di seguire una sana alimentazione, per mantenere o riacquistare lo stato di salute, troviamo grande consenso nelle testimonianze storiche. È interessante notare che l’origine classica della parola “dieta” (dal greco “*diaita*” = modo di vivere, dal latino “*dies*” = giorno) indica non un’attività straordinaria in funzione di una perdita di peso, ma uno stile di vita diligente, fondamento dell’equilibrio psico-fisico.

Oggi, nell’era dell’EBM, ci troviamo a discutere sulla scarsa attenzione dei medici rispetto alla nutrizione. Il problema viene sollevato da JAMA, in un articolo molto argomentato che non lascia scappatoie (1). Come è potuto succedere? E, soprattutto, quando è successo?

Certamente i progressi in medicina, riguardanti le terapie farmacologiche, le tecniche chirurgiche e le biotecnologie, se da una parte hanno aperto possibilità terapeutiche impensabili solo fino a qualche decennio fa, dall’altra hanno distolto l’attenzione da interventi di prevenzione seri, attraverso la correzione degli stili di vita. E non perché non ci siano evidenze, o perché la classe medica ignori i benefici della sana alimentazione, come ha ben sottolineato l’autore dell’articolo in esame. Semplicemente, forse da una parte non ci si crede abbastanza, anche perché i benefici vanno valutati nel medio-lungo periodo e non sono così immediati come per le terapie farmacologiche e, d’altra parte, il tempo sempre maggiore richiesto dalla burocrazia sottrae spazio e attenzione a un rapporto col paziente realmente orientato a migliorare globalmente il suo stato di salute, anche con indicazioni dietetiche di base.

La riflessione/autocritica dell’Autore ci coinvolge tutti. Amputare un piede o fare un *by-pass* coronarico sembra la scelta migliore in certe situazioni, ma anche qualora ciò fosse realmente indispensabile, quanti si pongono il problema di ridurre realmente i fattori di rischio con un adeguato supporto psico-educazionale al paziente? Ma soprattutto, abbiamo bisogno di aspettare la lesione gangrenosa, l’occlusione delle coronarie o un grave sovrappeso per intervenire con il *counseling* nutrizionale? Non basta dare al paziente un foglio pre-stampato con indicazioni generiche. Il paziente necessita di *setting* terapeutici ben codificati e con personale specializzato. Il Nutrizionista dovrebbe essere una figura presente in tutti i servizi ospedalieri o territoriali cui afferiscono pazienti con problematiche metaboliche. Non parliamo solo di obesità. Uno dei problemi della sotto-stima dell’importanza della nutrizione in medicina è proprio legato al fatto che si parla di “dieta” quasi solamente in relazione alla perdita di peso. Le nuove linee guida ACE-AACE sull’obesità, in accordo con tutte le linee guida a livello internazionale, concordano di spostare l’obiettivo terapeutico dal solo calo di peso alla prevenzione delle complicanze.

Forti evidenze in moltissime patologie ci confermano il ruolo decisivo dei cambiamenti dietetici. In Spagna, nel 2003, è partito uno studio multi-centrico randomizzato sull’efficacia della dieta mediterranea in prevenzione primaria, in pazienti con sindrome metabolica, ad alto rischio cardio-vascolare (CV), senza diabete di tipo 2 (DM2) (2). L’originalità di questo studio sta nel fatto di non aver dato indicazioni restrittive ai pazienti, ma di avere semplicemente aggiunto una quantità fissa quotidiana di olio extra-vergine di oliva e di noci. Un *follow-up* di circa 4 anni ha rivelato una riduzione significativa del rischio CV e la nuova insorgenza di DM nel 16% dei casi contro il 23% del gruppo dei controlli, che assumevano una dieta povera in grassi.



Se al medico, come sottolinea l'autore, non manca l'informazione, non possiamo neanche imputare ai pazienti una scarsa sensibilità per l'importanza terapeutica del cibo poiché, il più delle volte, le persone affette da patologie croniche chiedono indicazioni rispetto all'alimentazione, sentendosi rispondere spesso che possono mangiare ciò che vogliono, soprattutto se la malattia di cui soffrono non è, in prima battuta, metabolica. Un esempio è dato dalle patologie tumorali: grazie anche alle informazioni sui media, tutti ormai sono consapevoli che il cibo ha qualcosa a che fare con il rischio tumorale e il paziente oncologico chiede un supporto al proprio medico di riferimento, ottenendo per lo più informazioni imprecise, quando non, addirittura, in contrasto tra loro.

Eppure è noto che esiste una relazione tra nutrizione e modificazioni epigenetiche (3), conoscendo le quali si potrebbero ipotizzare strategie di prevenzione primaria e secondaria. L'epigenetica fornisce un paradigma che spiega il collegamento tra ambiente, dieta e sviluppo di molte malattie. Molti studi dimostrano che tali elementi incominciano ad agire già nella vita intra-uterina e determinano un "imprinting" metabolico: le strategie di prevenzione dell'obesità infantile e dei disturbi alimentari dovrebbero concentrarsi nel periodo della gravidanza (4). Occorre fare sforzi per tradurre queste evidenze nella pratica quotidiana, con soluzioni operative suggerite dallo stesso autore: un lavoro *d'équipe* con nutrizionisti competenti all'interno di un *team* multi-disciplinare, in ambito non solo metabolico, ma anche CV, gastro-enterologico, oncologico. Ciò permetterebbe, a fronte di un minimo investimento necessario per reclutare tali figure professionali, un grande ritorno in termini di salute e conseguente risparmio nella spesa sanitaria.

Bibliografia

1. Barnard ND. Ignorance of nutrition is no longer defensible. JAMA Intern Med [2019](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2273), DOI: [10.1001/jamainternmed.2019.2273](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2273).
2. Martinez-Gonzales MA, et al. Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED Study. Progr Cardiovasc Dis [2015](https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.05.001), **58**: 50-60.
3. Verma M. Cancer control and prevention: nutrition and epigenetics. Curr Opin Clin Metab Care [2013](https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e3182911111), **16**: 376-84.
4. Agosti M, et al. Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. Pediatr Med Chir [2017](https://doi.org/10.1016/j.pedch.2017.03.001), **39**: 157.