La "piramide rovesciata" dell'alimentazione - Parte quarta

Data 29 marzo 2026
Categoria metabolismo

Cosa dicono e perchè hanno suscitato un ampio dibattito le nuove linee guida americane sulla corretta alimentazione.

All'inizio dell'anno sono state pubblicate le nuove linee guida nutrizionali degli Stati Uniti da parte di U.S. Department of Health and Human Services e U.S. Department of Agriculture . Le raccomandazioni hanno rappresentato una parziale revisione rispetto al paradigma precedente e hanno suscitato un intenso dibattito scientifico.

In questa quarta pillola vedremo le obiezioni che sono state mosse alle nuove DGA.

Le nuove linee guida (DGA) hanno provocato un acceso dibattito internazionale. Per esempio è stato sostenuto che non sono giustificate in quanto contraddicono le evidenze generate dalle stesse metanalisi del NutriRECS, e che le raccomandazioni sono basate su una metodologia difettosa e un'interpretazione errata delle evidenze nutrizionali. Secondo i critici esiste un'evidenza chiara
accumulato nel tempo che mostra un legame netto tra elevato consumo di carne rossa e processata e un rischio più alto di malattie cardiache, cancro, diabete e morte prematura, con prove consistenti tra studi diversi. Altri hanno criticato i paper NutriRECS sottolineando una errata interpretazione dei dati e una serie di problemi metodologici, ad esempio l'applicazione del sistema GRADE — concepito per i trial farmacologici — a studi nutrizionali osservazionali. Studi fondamentali come PREDIMED e DASH erano stati esclusi dall'analisi NutriRECS. Il PREDIMED è il più grande trial dietetico sul rischio cardiovascolare e la dieta mediterranea, mentre il DASH ha stabilito le basi per le raccomandazioni sull'ipertensione — entrambi mostrano benefici chiari dalla riduzione della carne rossa. La loro esclusione, secondo i critici, avrebbe inevitabilmente cambiato le conclusioni.
Una revisione pubblicata nel 2017 dei trial randomizzati controllati mostrava che ridurre i grassi saturi e sostituirli con oli vegetali polinsaturi riduceva la malattia cardiovascolare di circa il 30% — un effetto paragonabile a quello delle statine. Gli studi prospettici in diverse popolazioni hanno mostrato che un minor consumo di saturi combinato con maggiore consumo di polinsaturi e monoinsaturi è associato a tassi più bassi di malattia cardiovascolare e mortalità totale. Al contrario, la sostituzione dei saturi con carboidrati raffinati e zuccheri non è associata a minor rischio. Il grasso dei latticini aumenta l'LDL, e la sua sostituzione con polinsaturi causa una riduzione del 24-25% del rischio cardiovascolare e ictus. Per chi consuma latticini, i prodotti a basso contenuto di grassi o scremati sono preferibili come strategia per ridurre l'apporto di saturi.

Ecco in sintesi alcune delle obiezioni mosse agli studi che abbiamo citato nella pillola precedente (che consigliamo di consultare per una miglior comprensione del testo):

1. Selezione parziale degli studi (cherry picking)
Astrup et al. hanno citato circa cinque pubblicazioni che osservavano la relazione tra grassi saturi e malattia cardiovascolare, per un totale di circa 400.000 soggetti. In realtà decine di revisioni sistematiche e metanalisi di studi osservazionali e RCT su milioni di persone indicano che ridurre o sostituire i grassi saturi con altri nutrienti produce una riduzione significativa di morbilità e mortalità cardiovascolare. Le pubblicazioni più recenti su questo tema includono più del doppio dei partecipanti rispetto a quanto implicato dagli autori. Alcune delle revisioni citate a supporto della tesi revisionista presentano difetti critici che ne compromettono la validità.

2. Il caso della Finlandia — un esempio di evidenza ignorata
Una critica particolarmente tagliente riguardava un caso storico che Astrup et al. avevano citato, ma frainteso: il paese citato (Finlandia) è in realtà un esempio di evidenza che va direttamente contro la posizione del paper. Lo stesso articolo referenziato dagli autori descrive il programma preventivo del North Karelia, che mirava a modificare le abitudini alimentari della popolazione riducendo i grassi saturi e sostituendoli con grassi insaturi. I risultati — attribuiti quasi interamente ai cambiamenti dietetici — furono una riduzione considerevole del colesterolo e una riduzione dell'80% della mortalità cardiovascolare nella popolazione in età lavorativa. Gli autori del paper JACC non ne fanno menzione.

3. La distinzione LDL grande vs. piccolo: un argomento sopravvalutato
Astrup et al. sostenevano che i saturi aumentassero l'LDL "grande e soffice", meno aterogeno, e non l'LDL piccolo e denso. I critici hanno risposto che questa distinzione, pur reale, era applicata in modo semplicistico: esistono evidenze che il consumo di grassi aumenta le particelle LDL grandi e/o riduce quelle piccole e dense, influenzando comunque il rischio cardiovascolare. Inoltre, il meccanismo dell'LDL grande non è del tutto benigno: la quantità totale di particelle LDL — indipendentemente dalla dimensione — rimane un importante fattore predisponente nei soggetti ad alto rischio.

4. Il problema del "con cosa sostituisci"
Questa è la critica metodologicamente più solida. Astrup et al. concludevano che "ridurre i saturi non serve" basandosi su studi in cui spesso la riduzione avveniva a favore di carboidrati raffinati — il che neutralizzava qualsiasi beneficio potenziale. Studi come PREDIMED e DASH, che mostrano chiari benefici cardiovascolari di pattern alimentari in cui i saturi sono ridotti a favore di grassi insaturi di qualità, erano stati esclusi o sottopesati nell'analisi. A sostegno di questa

critica viene citato soprattutto uno studio che dimostra che consumare PUFA (grassi polinsaturi) al posto dei saturi riduce gli eventi coronarici negli RCT. Questo suggerisce che, piuttosto che cercare di abbassare il consumo di PUFA, uno spostamento verso un maggior consumo di PUFA in sostituzione dei saturi nella popolazione avrebbe ridotto significativamente la malattia coronarica. La sostituzione del 5% dell'energia dai saturi con PUFA era associata a una riduzione del rischio coronarico di circa il 10%. Nelle analisi secondarie ristrette alla mortalità per cardiopatia coronarica, il rischio relativo era 0,80 (IC 95%: 0,65–0,98), con una riduzione maggiore nei trial di prevenzione primaria rispetto a quella secondaria. Mozaffarian et al. 2010 è un paper metodologicamente più rigoroso di molti altri nel campo, perché si concentra su RCT ed eventi clinici concreti. Il suo messaggio centrale — che conta con cosa sostituisci i saturi — è probabilmente il contributo più durevole e condiviso dell'intero dibattito, accettato sia dai tradizionalisti che dai revisionisti moderati. Il punto debole è che la qualità dei trial disponibili del periodo era oggettivamente bassa, e vi è un dubbio legittimo sull'effetto degli omega-6. Il quadro che emerge oggi è più sfumato di quanto il paper lasciasse intendere: la sostituzione saturi → PUFA omega-3 (pesce, noci, lino) ha evidenze solide; la sostituzione saturi → PUFA omega-6 (oli di semi industriali) ha evidenze molto più controverse; la sostituzione saturi → carboidrati raffinati è chiaramente controproducente.

6. Enfasi eccessiva per le proteine e gli alimenti di origine animale. Le DGA suggeriscono un apporto proteico elevato a ogni pasto, che alcuni considerano eccessivo rispetto al fabbisogno medio della popolazione normale. Si teme un ritorno a modelli alimentari high-protein che i modelli epidemiologici non sembrano giustificare. Le raccomandazioni possono apparire contraddittorie perchè da una parte rivalutano alimenti ricchi di grassi saturi e dall'altra continuano a sostenere il limite tradizionale del 10% delle kcalorie totali, tanto che alcuni parlano di "dissonanza comunicativa". Il problema è che le persone non ragionano in percentuali caloriche. Il limite del 10% è difficile da applicare perché richiede calcolo calorico e conoscenza della composizione degli alimenti. Quindi la persona media interpreta il messaggio in modo più semplice: “Carne, uova e latticini sono tornati sani.” Ed è qui che nasce la distorsione comunicativa. In conclusione il messaggio delle ultime DGA non è incoerente dal punto di vista nutrizionale, ma lo diventa facilmente dal punto di vista comunicativo, perché promuovere alcuni alimenti ricchi di saturi mantenendo lo stesso limite storico e questo può essere percepito come contraddittorio.

RenatoRossi

Bibliografia

1. 1. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture.
Dietary Guidelines for Americans (DGA), 2025–2030. Published January 7, 2026. Available at: dietaryguidelines.gov

2. Sacks FM, Lichtenstein AH, Wu JHY, et al. Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2017 Jul 18;136(3):e1-e23. doi: 10.1161/CIR.0000000000000510. PMID: 28620111.

3. Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on Coronary Heart Disease of Increasing Polyunsaturated Fat in Place of Saturated Fat: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS Medicine. 2010 Mar 23;7(3):e1000252. doi: 10.1371/journal.pmed.1000252. PMID: 20351774.