

**ALIMENTAZIONE
PREVENZIONE
& BENESSERE**

A P & B

**VITAMINA D: I CASI
IN CUI OCCORRE
SUPPLEMENTARE**



NUTRITION FOUNDATION
OF ITALY

www.pacinimedicina.it

7 2018
anno **v**

7
anno v 2018

ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE

Direttore Scientifico
Franca Marangoni

Direttore Responsabile
Patrizia Alma Pacini

© Copyright by
Nutrition Foundation of Italy

Coordinamento redazionale
Cecilia Ranza

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

Grafica
Pacini Editore Srl
Via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
Tel. 050 313011 - Fax 050 3130300
info@pacinieditore.it - www.pacinimedicina.it

Periodico mensile - Testata iscritta presso il Registro
pubblico degli Operatori della Comunicazione
(Pacini Editore Srl, iscrizione n. 6269 del 29/08/2001)

IN QUESTO NUMERO:

3 L'EDITORIALE

di Franca Marangoni

Vitamina D: questo il parere
degli endocrinologi italiani

4 IL TEMA

a cura della Redazione di AP&B

Livelli di vitamina D nell'adulto
e nell'anziano: il parere
degli endocrinologi italiani

11 L'INTERVISTA ALL'ESPERTO *di Cecilia Ranza*

La psicologia dei consumi applicata
all'alimentazione promuove
l'efficacia dei messaggi corretti
Risponde Guendalina Graffigna

15 LA SCHEDA

I funghi

Vitamina D: questo è il parere degli endocrinologi italiani

Franca Marangoni
Direttore Scientifico AP&B

Il “position statement” dell’Associazione degli endocrinologi italiani (AEI) da cui prende spunto il Tema che apre questo numero di AP&B nasce dall’ampia letteratura scientifica che si è accumulata negli ultimi anni su vitamina D, stati di carenza e interventi di supplementazione, in un contesto ancora piuttosto complesso sul piano delle conoscenze consolidate, come dimostrano per esempio le discrepanze tra i livelli di vitamina D indicati dalle linee guida dei diversi paesi.

Ma il documento degli endocrinologi italiani intende anche affrontare criticamente i crescenti consumi di vitamina D in Italia (si stima siano addirittura raddoppiati tra il 2012 e il 2016), fornendo indicazioni basate sulle evidenze per accompagnare il medico nell’approccio allo screening ed, eventualmente, alla supplementazione. L’intervista a Guendalina Graffigna, Docente all’Universi-

tà Cattolica di Milano affronta invece il tema della psicologia dei consumi, un aspetto fondamentale per comprendere in modo più articolato e completo le motivazioni alla base delle scelte alimentari del pubblico.

E soprattutto per definire le strategie più efficaci per educare a consumi alimentari più salutari e finalizzati al mantenimento del benessere. Grazie alla psicologia oggi infatti sappiamo che i comportamenti alimentari corretti devono riflettere scelte consapevoli e che gli interventi di miglioramento della qualità della dieta e dello stile di vita non possono prescindere dal coinvolgimento diretto del consumatore. Anche per questo le strategie impositive, cui periodicamente si pensa, quasi mai producono risultati positivi permanenti.

Buona lettura! ■

Livelli di vitamina D nell'adulto e nell'anziano: il parere degli endocrinologi italiani

a cura della Redazione di AP&B

L'Associazione Medici Endocrinologi (AME) entra nel vivo del dibattito sul ruolo della vitamina D e sull'opportunità di una supplementazione anche nei casi di deficit subclinico, stilando un documento di indirizzo per la gestione ottimale degli stati di ipovitaminosi D, pubblicato ora su *Nutrients*.

Infatti, se il ruolo della vitamina D nel mantenimento della fisiologia dell'organismo è indubbio, ampio e continuamente confermato, manca invece un consenso condiviso proprio sulla gestione delle zone "grigie", soprattutto per la popolazione adulta e sana, nella quale sembra che abbia prevalso, in anni recenti, un interventismo non sostenuto dall'evidenza di benefici clinici.

Livelli plasmatici di riferimento

Il documento precisa che il deficit subclinico di vitamina D è una condizione ad alta frequenza nella popola-

zione generale, tanto da aver portato, in anni recenti, a un evidente aumento della spesa per accertamenti di laboratorio e prescrizioni.

Il parametro più affidabile per definire lo stato vitaminico D è, ricordano gli Autori, la concentrazione nel plasma di 25-idrossi-vitamina D (25(OH)D).

Quali sono i valori al disotto dei quali deve scattare l'attenzione del medico

curante? Attualmente, vengono definiti "livelli normali" di 25(OH)D quelli in cui ricade il 95% dei valori rilevati nella popolazione generale; più rilevante è forse il concetto di "valori desiderabili", stabiliti

in un'ottica preventiva dagli organismi sanitari competenti, in base ai risultati degli studi osservazionali.

Fatta questa premessa metodologica, il documento AME focalizza però **l'attenzione sui livelli circolanti di 25(OH)D inferiori a 20 ng/mL (corrispondenti a 50 nmol/L)**. Al disotto di questa soglia, infatti, aumenta negli adulti la frequenza di:

“

Attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili, per età e condizioni

”

- iperparatiroidismo secondario, osteomalacia e osteoporosi;
- debolezza muscolare, atassia, aumento del rischio di cadute;
- rischio di fratture;
- compromissione dell'efficacia dei farmaci impiegati contro l'osteoporosi.

Il documento afferma che, in questo caso, va sempre avviata un'adeguata supplementazione, sotto stretto controllo medico.

Diverso il caso di **valori compresi tra 20 e 30 ng/mL (50-75 nmol/L)**: considerati sufficienti per un adulto sano, **devono invece essere trattati negli anziani, con l'obiettivo di tornare sopra i 30 ng/mL**.

Raggiungere e mantenere **concentrazioni di vitamina D superiori a 30 ng/mL** in questa fascia d'età, infatti, contribuisce a prevenire il rischio di fratture e il deterioramento della funzionalità muscolare (fattore di rischio per le cadute).

Quali sono i dati italiani

I dati italiani, raccolti dalla ricerca degli ultimi 20 anni, confermano l'alta prevalenza (o frequenza) di deficit di Vitamina D negli anziani, soprattutto se si considerano alcuni sottogruppi a maggior rischio. Già nel 2003, una ricerca condotta nel periodo di fine inverno su donne di 70 anni e oltre aveva messo in luce, nel 76% dei casi, livelli plasmatici di 25(OH)D inferiori a 12 ng/mL; nel solo sottogruppo delle donne istituzionalizzate o malate, inoltre, la percentuale di carenza aumentava.

Ulteriore conferma a questi dati è poi

I fattori di variabilità

La vitamina D presente nell'organismo deriva, per due terzi, dalla sintesi stimolata a livello della cute dall'esposizione ai raggi UV, mentre per un terzo circa è di origine alimentare. I livelli plasmatici di vitamina D variano di conseguenza secondo le stagioni: crescono in estate (per la maggiore esposizione solare) e in autunno (coda estiva), per diminuire in inverno e mantenersi bassi in primavera.

Chi vive alle latitudini più a Nord è quindi penalizzato rispetto a chi vive via via più a Sud; non basta a controbilanciare questa condizione la maggiore capacità di sintesi della vitamina D da parte delle pelli chiare rispetto a quelle scure, con più alto tasso di melanina.

Anche la presenza di sovrappeso e obesità comporta una riduzione della sintesi cutanea di vitamina D, che è comunque inferiore nel sesso femminile rispetto a quello maschile.

Del resto, la sintesi cutanea stessa viene autolimitata dalla produzione, accanto alla vitamina D₃, di metaboliti inattivi, grazie ai quali si evita il rischio di intossicazione (valori ≥ 100 ng/mL) da eccessiva esposizione solare.

venuta dallo studio osservazionale *In-Chianti*, che ha seguito la salute e lo stile di vita di 1.107 uomini e donne: se tra i giovani adulti sani le concentrazioni medie di vitamina D sono risultate sempre superiori ai 20 ng/mL (50 nmol/L), i valori sono invece risultati in **declino nelle classi d'età superiori, più precoce (dai 50 anni) e rapido nelle donne rispetto agli uomini**, in cui la riduzione più consistente coinvolgeva i soggetti dai 70 anni in poi.

La differenza tra i sessi si è mantenu-

ta anche suddividendo il campione in sottogruppi: valori di 25(OH)D inferiori a 10 ng/mL (carenza) o compresi tra 10 e 20 ng/mL (deficit) erano infatti sempre percentualmente prevalenti nelle donne.

A concentrazioni decrescenti di vitamina D corrispondeva, come del resto si attendevano i ricercatori, una progressiva perdita della forza muscolare e della capacità di presa.

Supplementazione, quando e perché

Il documento AME precisa la necessità di **approfondire lo stato vitaminico D e di procedere con una supplementazione adeguata nei casi di rischio noto per la salute delle ossa** (Tabella 1).

In queste condizioni, infatti, la supplementazione con vitamina D ottiene ra-

pidi benefici e il rapporto costo-efficacia risulta ampiamente favorevole.

Il panel di esperti è invece di diverso avviso sul rapporto tra vitamina D e rischio di mortalità totale, rischio oncologico, cardiovascolare, metabolico (diabete di tipo 1 e 2), immunopatologico e di infertilità. Il documento AME, infatti, precisa che, pur a fronte di dati preliminari favorevoli, mancano ancora evidenze solide a sostegno di una supplementazione con vitamina D, a scopo preventivo o terapeutico.

Infine, gli endocrinologi precisano che **lo screening non è indicato se un soggetto è sano.**

Fonti alimentari ed esposizione UV

Le scorte di vitamina D provengono, come già accennato, dalla sintesi cu-

Tabella 1
Quando è necessario lo screening per ipovitaminosi D

- Donne in gravidanza e allattamento
- Obesità infantile e adulta
- Insufficiente esposizione alla luce solare (per lavoro, età, abitudini di vita)
- Sindromi da malassorbimento (congenite o acquisite)
- Anziani con una storia di cadute
- Anziani con una storia di fratture per cause non traumatiche
- Osteoporosi
- Osteomalacia
- Iperparatiroidismo
- Patologie renali croniche
- Insufficienza epatica
- Fibrosi cistica
- Assunzione di farmaci che interferiscono con il metabolismo della vitamina D (antiepilettici, glucocorticoidi, antivirali anti-AIDS, colestiramina, antifungini)
- Patologie ematologiche

Tabella 2

Assunzione raccomandata di vitamina D nella popolazione adulta sana secondo il sesso e le fasce d'età

Popolazione adulta	Età	Assunzione raccomandata (ng/die)
Maschi	18-29 anni	15
	30-59 anni	15
	60-74 anni	15
	≥ 75 anni	20
Femmine	18-29 anni	15
	30-59 anni	15
	60-74 anni	15
	≥ 75 anni	20
Gravidanza		15
Allattamento		15

Fonte: Modif. da LARN IV Revisione.

tanea, sommata all'assunzione alimentare. Mentre il fabbisogno medio giornaliero di vitamina D nella popolazione adulta (dai 18 anni) è pari a 10 ng/die per entrambi i sessi e a ogni età, l'apporto raccomandato, vale a dire il livello di assunzione che soddisfa il fabbisogno di quasi tutta (97,5%) la popolazione sana di uno specifico gruppo, varia secondo età e condizioni (Tabella 2).

Va ricordato che le quantità della vitamina D sono tuttora, per abitudine, spesso espresse in Unità Internazionali (U.I.): e va ricordato che 1 U.I. equivale a 0,025 ng, o che 1 ng equivale a 40 U.I.

Le fonti alimentari di vitamina D sono note: l'olio di fegato di merluzzo è la principale, seguita da pesci grassi come lo sgombro, l'anguilla, l'aringa, la carpa, il salmone, lo storione, la trota; infine il pesce spada e il tonno.

Meno ricchi, ma comunque da non trascurare sono il tuorlo d'uovo, alcuni funghi (porcini, spugnoli, gallinacci) e i cereali per la colazione, mentre in carni e formaggi la vitamina D è quasi assente.

I latticini, però, (soprattutto latte e yogurt), **i cereali per la prima colazione**, le margarine spalmabili (peraltro poco in uso in Italia) **il succo d'arancia e le bevande a base di soia sono gli alimenti che meglio si prestano a essere fortificati**. Questa pratica, consolidata da decenni nei paesi anglosassoni e in generale nei paesi nordici, ha dimostrato di contribuire al **miglioramento dei livelli di vitamina D, per ripianare i livelli in caso di deficit**.

In Italia la situazione è diversa. Nel soggetto sano l'apporto alimentare di vita-

Quanto sole occorre alle persone sane

Nei giovani adulti, è stato calcolato che 15 minuti di esposizione di braccia e viso al sole estivo due o tre volte alla settimana, senza protezione solare, equivalgono all'assunzione orale di 25 ng (1000 U.I.) di vitamina D: le vacanze al mare, sommate a 30 minuti quotidiani trascorsi all'aria aperta nelle altre stagioni, sono considerate sufficienti per indurre una sintesi cutanea adeguata.

mina D è, insieme alla sintesi cutanea, sufficiente per mantenere livelli circolanti adeguati.

Nei casi di deficit o carenza di vitamina D, invece, **il contributo della dieta è marginale**: da un lato perché il consumo nazionale di grassi animali è inferiore rispetto alle altre realtà citate, dall'altro perché, nel nostro Paese, la fortificazione dei cibi non è una pratica corrente.

In Italia, la dieta di un adulto fornisce in media circa 7,5 ng/die (300 U.I.) di Vitamina D; gli endocrinologi italiani sottolineano perciò che nei mesi invernali, quando l'esposizione alla luce solare è modesta e l'intensità degli UV largamente inadeguata, per compensare deficit e carenze è necessaria la supplementazione.

Gli endocrinologi ribadiscono inoltre che la massima attenzione va dedicata agli anziani, per due validi motivi: non solo **con l'età l'efficienza della sintesi cutanea di vitamina D diminuisce**, ma si entra anche in una fase della vita in

cui il tempo trascorso all'aria aperta e al sole progressivamente si riduce.

A proposito di corretta supplementazione

Nel documento si ricorda che **l'assorbimento di vitamina D è favorito se l'assunzione avviene con un alimento grasso**. È invece penalizzante l'assunzione contemporanea di un inibitore dell'assorbimento del colesterolo, perché la vitamina D viene veicolata dalle stesse molecole che trasportano il colesterolo.

La vitamina D3, o coledalciferolo, in formulazione orale, deve essere considerata sempre l'approccio di prima scelta nella popolazione generale.

I soggetti vegetariani stretti o vegani (nei quali è spesso presente un'ipovitaminosi di vario grado) possono ricorrere

In caso di gravidanza

La valutazione dello stato vitaminico D è indispensabile in gravidanza e nel corso dell'allattamento al seno.

Il riscontro di livelli inferiori ai 20 ng/mL (50 nmol/mL) è infatti associato a una maggiore frequenza di comparsa del diabete gestazionale, di neonati piccoli per età gestazionale, di parti pretermine e di asma nella prole.

Ma anche livelli compresi tra 20 e 30 ng/mL non sono ottimali. Le complicazioni citate, infatti, sono meno frequenti nelle gestanti con livelli di 25(OH)D superiori a 40 ng/mL ed è dimostrato che una supplementazione adeguata migliora gli esiti della gravidanza e riduce i casi di asma nella prole, anche se non influisce sul rischio di parto pretermine.

re invece all'ergocalciferolo, che non è di origine animale.

La somministrazione di vitamina D deve essere in genere effettuata per via orale, riservando quella parenterale a casi specifici, che vanno decisi dal medico e la cui trattazione esula dagli scopi di questo articolo.

In Italia, la vitamina D è disponibile soltanto in formulazione liquida (non sono disponibili le compresse), sotto forma di gocce, o come flaconcini monodose a contenuto crescente. Lo schema di supplementazione, deciso dal medico, si deve basare sulla valutazione di più elementi, quali: la gravità del deficit, le caratteristiche del sog-

getto, infine l'urgenza della correzione dell'ipovitaminosi.

In genere, segnalano gli endocrinologi, occorrono comunque due-tre mesi per correggere un'ipovitaminosi D (deficit o carenza). **La frequenza della somministrazione non influisce sui risultati finali**; ecco perché, come ricordano gli endocrinologi, è opportuno scegliere **la cadenza dell'assunzione (quotidiana, settimanale, mensile) che meglio si adatta ai ritmi di vita del paziente**, per favorire la maggiore adesione possibile e il raggiungimento rapido dei livelli plasmatici target.

Una volta ripianato il deficit, vanno adottati gli schemi di mantenimento, che si sono dimostrati efficaci per mantenere i risultati conseguiti.

Conclusioni

- L'Associazione Medici Endocrinologi ha stilato un documento di indirizzo per la gestione ottimale delle ipovitaminosi D nell'adulto e nell'anziano, basato sulla valutazione dei dati di letteratura più solidi.
- Nell'adulto sano, un'alimentazione corretta e l'esposizione agli UV nella stagione estiva sono sufficienti a garantire livelli adeguati di vitamina D.
- Lo screening per valutare la situazione vitaminica D non è utile nella popolazione sana, ma è necessario in presenza di condizioni che mettono a rischio la salute delle ossa.
- Il valore-soglia di 25(OH)D, al disotto del quale sono necessari approfondimenti e supplementazione, è posto per tutta la popolazione adulta a 20 ng/mL (50 nmol/mL).
- Nell'adulto sano, valori compresi tra 20 e 30 ng/mL devono essere considerati normali; dopo i 50 anni nelle donne e dopo i 65-70 anni negli uomini, invece, devono essere approfonditi e corretti.
- Molta attenzione va dedicata sempre al soggetto anziano, in cui l'alimentazione è spesso carente e l'esposizione agli UV declina rapidamente.
- Altrettanta attenzione deve essere riservata a sottogruppi di popolazione che, per scelta o per necessità, non hanno un'alimentazione adeguata né una sufficiente esposizione agli UV.
- Per le donne in gravidanza si ritiene ottimale una concentrazione di 25(OH)D almeno pari a 40 ng/mL. Per questo motivo, la determinazione dello stato vitaminico D e l'eventuale successiva supplementazione sono indispensabili. ■

Bibliografia

- Adami S, Romagnoli E, Carnevale V, et al.; on behalf of Italian Society for Osteoporosis, Mineral Metabolism and Bone Diseases (SIOMMMS). *Guidelines on prevention and treatment of vitamin D deficiency*. *Reumatismo* 2011;63:129-47.
- Binkley N, Gemar D, Engelke J, et al. *Evaluation of ergocalciferol or cholecalciferol dosing, 1,600 IU daily or 50,000 IU monthly in older adults*. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:981-8.
- Bischoff-Ferrari HA, Shao A, Dawson-Hughes B, et al. *Benefit-risk assessment of vitamin D supplementation*. *Osteoporos Int* 2010;21:1121-32.
- Bhattoa HP, Konstantynowicz J, Laszcz N, et al. *Vitamin D: musculoskeletal health*. *Rev Endocr Metab Disord* 2017;18:363-71.
- Cesareo R, Attanasio R, Caputo M, et al.; on behalf of AME and Italian AACE Chapter Italian Association of Clinical Endocrinologists (AME) and Italian Chapter of the American Association of Clinical Endocrinologists (AACE). *Position statement: clinical management of screening for vitamin D deficiency in adults*. *Nutrients* 2018;10.
- LeBlanc ES, Zakher B, Daeges M, et al. *Screening for vitamin D deficiency: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force*. *Ann Intern Med* 2015;162:109-22.
- Heaney RP, Davies KM, Chen TC, et al. *Human serum 25-hydroxycholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol*. *Am J Clin Nutr* 2003;77:204-10.
- Holick MF. *Environmental factors that influence the cutaneous production of vitamin D*. *Am J Clin Nutr* 1995;61(Suppl 3):638S-45.
- Houston DK, Cesari M, Ferrucci L, et al. *Association between vitamin D status and physical performance: the InCHIANTI study*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:440-6.
- Isaia G, Giorgino R, Rini GB, et al. *Prevalence of hypovitaminosis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors*. *Osteoporos Int* 2003;14:577-82.
- Maggio D, Cherubini A, Lauretani F, et al. *25(OH)D Serum levels decline with age earlier in women than in men and less efficiently prevent compensatory hyperparathyroidism in older adults*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1414-9.
- Silva MC, Furlanetto TW. *Intestinal absorption of vitamin D: a systematic review*. *Nutr Rev* 2018;76:60-76.
- Wagner CL, Hollis BW, Kotsa K, et al. *Vitamin D administration during pregnancy as prevention for pregnancy, neonatal and postnatal complications*. *Rev Endocr Metab Disord* 2017;18:307-22.

di Cecilia Ranza

La psicologia dei consumi applicata all'alimentazione promuove l'efficacia dei messaggi corretti

Risponde Guendalina Graffigna

Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

Il numero e la varietà degli stimoli al consumo (di qualunque tipo) non facilitano il processo decisionale. Tanto più se si tratta di alimentazione: «L'alimentazione è uno dei pochi ambiti in cui l'individuo può continuamente riprogettarsi e decidere» sottolinea Guendalina Graffigna, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano.

«Ma la molteplicità e l'oggettiva contraddizione dei molti messaggi attuali confondono, più che rassicurare. Non dimentichiamo che la nutrizione, simbolicamente, fa vibrare le corde primordiali della vita, ma anche della morte. Capire le dinamiche che stanno alla base delle scelte alimentari dell'individuo (o di gruppi di individui) non è quindi opzionale» prosegue Graffigna.

«È invece un passaggio cruciale, che permette ai responsabili della comunicazione, a tutti i livelli, di rendere impat-

tante un messaggio corretto. Sappiamo bene che, in caso contrario, si lascia campo libero a chi diffonde concetti distorti, se non palesemente falsi».

È dunque questo il compito della psicologia dei consumi applicata all'alimentazione: una disciplina ampia e relativamente giovane, i cui metodi e scopi vengono approfonditi nell'intervista a seguire.

“

Coinvolgere il consumatore per renderlo protagonista delle scelte nutrizionali

”

DOMANDA: È possibile tracciare una linea temporale di sviluppo della

psicologia dei consumi applicata all'alimentazione? A che punto siamo oggi in Italia?

RISPOSTA: La psicologia sociale, fin dai suoi esordi, non ha mai trascurato il versante dei consumi alimentari, per il legame palese e stretto che le scelte alimentari hanno con lo sviluppo dell'individuo, nel suo complesso di corpo e mente.

L'esempio di riferimento classico, che dimostra quanto la psicologia dei consumi alimentari possa tradursi in pratica e modificare il comportamento di una notevole parte di popolazione, è il lavoro di Kurt Lewin (1890-1947).

Lo psicologo tedesco, emigrato negli Stati Uniti dalla Germania nazista, viene chiamato a far parte di un gruppo di lavoro governativo, destinato a ottimizzare i consumi alimentari delle famiglie statunitensi negli anni della guerra.

Sarà questo gruppo a elaborare la strategia di comunicazione motivazionale, che convincerà le massaie americane a utilizzare anche le frattaglie, fino a quel momento considerate scarto. Lo stimolo motivazionale era affiancato da un'educazione agli impieghi possibili di quel cibo: in pratica, lezioni di cucina.

L'approccio funzionò bene, tanto che anche oggi le frattaglie si ritrovano nella cucina popolare statunitense, soprattutto nelle aree a vocazione rurale.

La psicologia dei consumi, come disciplina generale, ha raggiunto l'Italia dopo la guerra e ha avuto un impulso decisivo negli anni '70-'80 del secolo scorso, con gli studi motivazionali destinati alle ricerche di mercato.

Per quanto riguarda specificamente la psicologia dei consumi applicata all'alimentazione va detto che, per ora, è una derivazione di nicchia: gli insegnamenti universitari sono davvero pochi, ma la volontà di fare è molta, anche perché le sfide attuali sono urgenti, numerose e complesse.

D.: Come possiamo inquadrare la psicologia del consumatore nel momento della scelta di un alimento?

R.: L'alimentazione investe tutte le sfere della persona: si riflette sulla salute, è legata alla socialità, stimola reazioni emozionali. La scelta alimentare quindi non è mai solo razionale, ma è sostenuta anche da dinamiche inconscie e spesso dall'impulso del momento.

Lo studio della psicologia dei consumi alimentari è un settore, come ho detto, relativamente recente, in cui si adattano al nuovo contesto le conoscenze consolidate sulle dinamiche profonde del comportamento individuale nel suo complesso.

Partiamo dalla motivazione al consumo di un determinato alimento, o gruppo di alimenti. Cito ancora un esempio paradigmatico: nel dopoguerra statunitense, con l'aumento della partecipazione femminile al mondo del lavoro, il tempo della casalinga si assottiglia.

L'industria alimentare propone allora per la prima volta i preparati in busta per le torte (Betty Crocker Cake Mix), ai quali era sufficiente aggiungere acqua prima di porli nello stampo e poi in forno.

All'esordio fu un flop clamoroso, anche se gli studi degli economisti l'avevano giudicata una proposta vincente.

Intervistate, le potenziali acquirenti fecero emergere aspetti imprevedibili: dichiararono infatti di non avere alcun pregiudizio nei confronti del prodotto in sé, ma che la resistenza all'acquisto era legata a senso di colpa e timore

dello stigma sociale, per una presunta abdicazione al ruolo di angelo dei fornelli, ancora tenacemente presente.

Lo psicologo psicodinamico Ernest Dichter, interpellato, trovò la soluzione in grado di motivare le acquirenti/consumatrici: propose una base semilavorata, alla quale era necessario aggiungere non soltanto acqua, ma anche qualche ingrediente fresco, in quel caso le uova. Lo scenario cambiò subito, radicalmente e il prodotto conquistò il successo atteso.

Perché? Da un lato, il dover aggiungere un ingrediente bilanciava in parte il senso di colpa citato; dall'altro, giocava un ruolo inconscio proprio la natura dell'ingrediente, l'uovo, alimento nutriente, ricco, simbolicamente legato alla fertilità, alla nascita.

Gli elementi che portano al consumo di un determinato alimento sono del resto numerosi: il ricordo di precedenti consumi è il più intuitivo; a questo si sommano tutti i successivi stimoli di conoscenza e confronto su quell'alimento (o gruppo di alimenti).

Il cervello ne elabora (inconsciamente) e immagazzina solo una percentuale ridotta.

Ci sono inoltre le emozioni suscitate dal cibo, sia immediate e sia più radicate e profonde.

Infine c'è l'influenza del gruppo, in cui il consumatore si riconosce per soddisfare il bisogno primario di inclusione sociale; il che comporta il rispetto di determinate norme e una tendenza all'imitazione dei comportamenti altrui, che diventano un riferimento rassicurante.

D.: Come comprendere il consumatore che aderisce, senza necessità specifiche di salute, a comportamenti alimentari rigorosi?

R.: Possiamo inquadrare le scelte oggi più dibattute, dal veganesimo stretto, alla popolarità dei cibi "senza" qualcosa, come parte dell'espressione della progettualità di quel determinato individuo.

Il consumo di quell'alimento/gruppo di alimenti si identifica con l'affermazione delle capacità di scelta, è una dichiarazione tangibile della realtà personale che si vuole comunicare e con la quale si vuole essere identificati.

Il consumatore è in quel momento al centro del suo mondo, non ha incertezze e si sente appagato.

È però altrettanto noto come, nella maggior parte dei casi, queste scelte non siano la conclusione di un percorso di conoscenza guidato da soggetti terzi, con una specifica preparazione.

D.: Cercare di indirizzare il consumatore verso scelte responsabilemente migliori è quindi imperativo. Come fare?

R.: In questa società, sempre più partecipativa e che continua a sollecitare la partecipazione, il consumatore in generale vuole sentirsi più protagonista delle proprie scelte e cerca informazioni affidabili. Spesso, però, si imbatte in ben altro.

Proprio per quanto riguarda l'alimentazione, questo bisogno di partecipazione e rivendicazione a sé delle scelte è ancora più sentito in Italia, dove è in atto una evidente transizione da consumi solidamente tradizionali (la ricetta

della nonna) a consumi riveduti e riprogrammati (la ricetta della nonna in versione light), a consumi inediti (la cucina etnica).

Indirizzare il consumatore verso scelte partecipate e consapevoli è comunque un percorso lungo, a tappe, che parte proprio dal suo coinvolgimento (engagement) e approda alla proposta conoscitiva (education), che parta dalla base, cioè l'interpretazione delle informazioni di un'etichetta e si concluda con la capacità di distinguere le informazioni attendibili da quelle false (le bufale).

Gli strumenti devono essere gli stessi che così efficacemente propagano le cosiddette bufale: social network e social media in generale, sedi in cui si adottano un linguaggio in grado da un lato di sollecitare la curiosità conoscitiva e, dall'altro, di stimolare in modo consistente la parte emozionale profonda. Inoltre, è indispensabile la creazione di gruppi in cui ciò che ha incuriosito, o emozionato, e che si è appreso, possa essere discusso, sperimentato, messo in pratica.

Conoscenza e condivisione: ecco le parole-chiave.

D.: Quali sono gli ostacoli alla diffusione del processo di coinvolgimento (engagement) e al consolidamento dell'educazione del consumatore?

R.: Il consumatore è alla ricerca costante di informazioni di cui potersi fidare. Ma prima di coinvolgerlo ed educarlo, è indispensabile educare gli educatori. Non è un gioco di parole, ma una realtà dimostrata.

La comunicazione esclusivamente informativa, basata sull'oggettività del dato scientifico, è fortemente rassicurante per gli esperti, ma non funziona nella trasmissione del messaggio al consumatore.

È un approccio che rischia di restare sterile. Il consumatore invece viene stimolato da un coinvolgimento paritario, che lo rassicuri sulla praticabilità quotidiana dei concetti proposti e che solleciti la creazione e la partecipazione a gruppi di confronto, in cui condividere la percezione di correttezza dei messaggi proposti. ■

LA SCHEDA: i funghi

I funghi commestibili (ma anche molti non mangerecci, o velenosi) appartengono alla classe dei *Basidiomiceti* e rappresentano una minima frazione delle circa 100mila specie fungine note.

Privi di clorofilla, sono eterotrofi, si nutrono cioè di sostanze inorganiche semplici, derivate dalla decomposizione di materiale organico, per lo più vegetale.

Del fungo si consuma il corpo fruttifero, mentre il micelio, struttura filamentosa composta dalle ife, paragonabile alle radici delle piante, si estende sottoterra.

Che cosa contengono

I funghi contengono in genere oltre il 90% di acqua; forniscono fibre, minerali e vitamine in buona quantità, oltre a proteine e a una modesta quota di lipidi (soprattutto acidi grassi polinsaturi essenziali). Contengono anche micosina, un tipo di chitina specifico dei funghi, come componente essenziale della parete cellulare, alla quale si fa risalire la loro limitata digeribilità. Nei funghi essiccati tutti i nutrienti, compresi minerali e vitamine (mantenute nel procedimento), risultano concentrati. Nei funghi sott'olio (in olio di girasole), aumenta la concentrazione di vitamina E e di polinsaturi (di cui è ricco l'olio vegetale), ma cresce anche la quantità di sodio (conservante). La vitamina C è presente solo in tracce.

Che cosa bisogna sapere

In Italia, attualmente, la raccolta di funghi non è sempre libera: in alcune regioni viene infatti richiesto un patentino anche per la raccolta destinata al consumo personale: è necessario perciò essere ben informati al riguardo.

In ogni caso, è sempre opportuno verificare con il micologo ASL di zona la commestibilità dei funghi raccolti.

Una porzione di funghi freschi apporta una quantità significativa di fibre (alle quali si riconoscono benefici anche a livello intestinale) e di potassio, che contribuisce all'equilibrio pressorio. Va segnalata anche la presenza di fosforo e di vitamine del gruppo B.

Composizione nutrizionale media di 100 g di funghi freschi, di funghi secchi (misti) e di funghi sott'olio (misti)

	Porcini freschi	Prataioli coltivati	Funghi secchi (misti)	Funghi sott'olio (misti)
Energia kcal	32	23	282	52
Proteine totali g	3,9	2,3	40,6	3,3
Carboidrati g	1,4	1,9	15,6	tracce
Fibra totale g	2,5	1,7	10,0	1,6
Acqua g	92	92,1	13,0	86,0
Ferro mg	1,2	1,2	28,9	0,8
Calcio mg	22	10	28,0	15,0
Sodio mg	52	5,0	87,0	1.650
Potassio mg	235	320	2.846	99,0
Fosforo mg	142	102	612	98,0
Zinco mg	0,10	0,40	12,20	0,38
Vitamina B1 mg	0,38	0,10	0,30	0,10
Vitamina B2 mg	0,26	0,13	1,27	0,12
Vitamina C mg	3,0	4,0	2,0	tracce
Niacina mg	4,00	4,20	14,10	4,04
Vitamina B6 mg	0,18	0,18	0,97	0,17
Folati totali mcg	44	44	163	42
Vitamina E mg	0,12	0,12	0,12	2,03
Vitamina D mcg	3,10	0,00	2,10	2,10
Grassi saturi g	0,15	0,10	1,15	0,48
Acido oleico	tracce	tracce	0,65	1,17
Acido linoleico g	0,07	0,04	0,59	1,80
Acido linolenico g	0,31	0,18	0,06	0,17

Fonte: BDA-IEO.