

l'Ora della Salute

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@loradellacalabria.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
Direttore UOC Cardiologia
ed UTIC Ospedale Castrovillari

IL SODIO e i rischi potenziali del consumo eccessivo: un processo equo?



“io non so quale sia, o cittadini ateniesi, l'impressione che avete provato nell'ascoltare i miei accusatori. Infatti, per poco anch'io non mi dimenticavo di me stesso, così convincente era il modo in cui parlavano”. Platone, Apologia di Socrate.

RAPPORTO TRA POTASSIO K E SODIO Na							
mg/100g							
I MIGLIORI			I PEGGIORI				
Alimenti	K	Na	K/Na	Alimenti	K	Na	K/Na
Fagiolo Lima	1787	4	446	Latte vaccino	150	50	3
Germe di grano	275	3	275	Muesli in scatola	440	380	1,15
Fagioli rossi	1320	6	220	Uova di gallina	140	140	1
Nocciola	732	3	244	Calamari	145	185	0,78
Noce	600	3	200	Aragosta	200	260	0,76
Fragola	164	1	164	Ostrica	260	510	0,7
Borlotti bolliti	282	2	141	Pane (rosetta)	109	317	0,34
Arachide non sal.	995	8	124	Salame Milano	452	1497	0,3
Farina integrale	337	3	112	Mortadella	130	506	0,25
Albicocca secca	1637	15	109	Parmigiano	100	446	0,22
Mandorla	793	8	99	Pane tipo 1	100	500	0,2
Banana	365	4	91	Provolone	136	860	0,15
Pesca	1698	21	81	Prosciutto Parma	373	2578	0,14
Pomodoro	299	4	74	Pizza bianca	99	789	0,12

Questo processo accadeva molto tempo fa ad un pensatore di eccezione, Socrate, che insegnava la via della vita secondo la Ragione, sapendo di non sapere. Maestro, dunque, di Scienza che ripudiava le false dottrine, non fondate su verità. Non tutti gli imputati sono “presunti” colpevoli e meritano un processo che sia basato su un esame dei dati. Ricerca della Verità, ancora Scienza.

Ed eccoci, riflettendo con metodo socratico, arrivare al nostro SODIO, sorvegliato speciale.

Conosciamolo.

Il sodio è il principale ione (catione) dei liquidi extracellulari. Regola la pressione osmotica e quindi il volume dei fluidi extracellulari. È coinvolto nel mantenimento del potenziale di membrana e nell'insorgenza del potenziale di azione (fenomeni elettrofisiologici da cui dipendono molteplici funzioni cellulari). È dunque essenziale nel mantenimento dei gradienti trans membrana, fondamentali per gli scambi cellulari di nutrienti e vari substrati.

Le FONTI del sodio (Na) nell'alimentazione sono di varia natura: una piccola parte deriva dagli alimenti stessi, acqua, frutta, verdura, carne, ecc...; il resto è rappresentato dalla quota di sale che viene aggiunta nei processi di conservazione e trattamento tecnologico (cibi addizionati e conservati: sodio non discrezionale), nella preparazione per il consumo ed il gusto (sodio discre-

zionale). In Italia il sodio non discrezionale, che arriva dunque dall'industria, rappresenta l'74%, quello discrezionale, legato alle abitudini culinarie del consumatore, il 26%.

Dato che è presente nelle bevande e negli alimenti esclusivamente in forma ionica solubile, è interamente disponibile all'assorbimento. Viene assorbito nel tratto distale dell'ILEO (piccolo intestino) e nel COLON. La sua concentrazione nei fluidi extracellulari è modulata dai reni. Quasi tutto il sodio che filtra nel glomerulo renale viene riassorbito. Questi meccanismi fanno fronte a variabilità estreme di introiti alimentari. Secondo i dati dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, in Italia, il consumo medio giornaliero di sodio è di 3,5 gr (circa 9-10 gr di sale da cucina). Sarebbe auspicabile un livello di assunzione di cloruro di sodio (NaCl) inferiore del 20% rispetto agli attuali consumi.

Una carenza di sodio, anche in condizioni di alimentazione a ridottissimo apporto alimentare di sodio è praticamente inesistente. Si ha riduzione dei livelli del sodio circolante (iponatremia) per grave e prolungata diarrea, vomito, sudorazioni profuse, malattie renali, uso di farmaci diuretici.

Assumere alimenti ricchi di sodio può indurre un aumento del volume dei fluidi extracellulari. L'acqua viene infatti richiamata al di fuori delle cellule per regolare e tenere costante la concentrazione del sodio e questo deter-

mina edemi ed ipertensione arteriosa; aggrava inoltre la panniculopatia edematofibrosclerotica (nota come cellulite)

Il PROCESSO “UFFICIALE” nei confronti del cloruro di sodio, REO di causare l'ipertensione arteriosa, ebbe inizio negli anni Settanta. Le PROVE fornite dagli accusatori erano a quel tempo discutibili. La dieta di Kempner: che era si iposodica, ma anche ipocalorica! Dunque, quale fattore incideva di più sul ridurre la pressione?! La “parola” di Dahl, pioniere degli studi sul sodio, che sosteneva la fallibilità della dieta iposodica a causa della “mancata parola del paziente nel seguirla, nonostante le rassicurazioni!!”. Beh, un bell'esempio di “mancata” empatia medico-paziente! Nonostante l'assenza di prove definitive, il cloruro di sodio venne, già allora, comunque pubblicamente CONDANNATO e si invitò la popolazione a ridurre il consumo di sale.

Il MOVENTE, che indicava nel sodio una causa dell'ipertensione arteriosa, era la stretta associazione tra il metabolismo del sodio e quello dei liquidi corporei, con il seguente ragionamento. Il sodio, che rappresenta lo 0.1% del peso corporeo ed è scambiabile per il 30%, è lo ione più rappresentato nel liquido extracellulare. Pertanto, l'aumento dell'introduzione (intake) di sodio (Na) potrebbe promuovere un espansione di liquido extracellulare, in particolare plasmatico, e quindi causare un incremento della pressione arteriosa. Senza dimenticare che il Rene, il nostro organo filtro, viene sottoposto ad un lavoro maggiore per eliminare il sodio in eccesso.

Come in ogni processo non potevano mancare i TESTIMONI. Molti infatti sono gli studi scientifici che hanno valutato la correlazione tra consumo di sodio e ipertensione arteriosa. Gli studi scientifici (NHANES, INTERSALT, TOHP, DASH) diedero risultati a volte deludenti rispetto alle attese, in quanto non tutti gli ipertesi risposero allo stesso modo alla riduzione del sodio; risultati soddisfacenti erano evidenti tuttavia da un cambiamento dello stile di vita che si accompagnava a riduzione del peso corporeo, ad abolizione di fumo ed alcol, insieme alla riduzione del consumo di sale.

A seguire negli anni Studi controllati, come il Trial of Hypertension Prevention del 1992, dimostrarono che una dieta a basso contenuto di sodio ed ipocalorica ha un ruolo significativamente positivo nel controllo e nella diminuzione dei valori pressori.

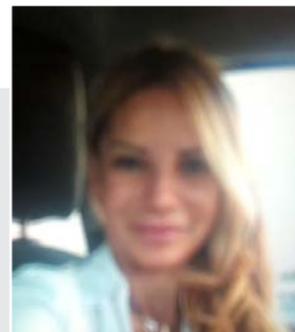
A tutt'oggi il VERDETTO FINALE per l'Imputato è la Condanna.

E così per gli alimenti che lo veicolano sulle nostre tavole se dispone la riduzione. Per il sale da cucina, in particolare: si “condanna” ad essere presente sulle nostre tavole nella misura seguente:

al giorno 6 gr (1 cucchiaino da tè) per le persone non ipertese e 3 gr (1/2 cucchiaino da tè) per gli ipertesi; in misura più ridotta a 2 gr nei pazienti con insufficienza cardiaca e nell'insufficienza renale cronica. 1 gr nei pazienti con cirrosi scompensata e nella insufficienza renale acuta.

evitare cattive compagnie: fumatori, consumatori di alcol ed obesi!

Di certo il Sodio ha ricevuto un processo più equo e prolungato rispetto al maestro pensatore, che venne ritenuto colpevole “di perdere il tempo nell'indagine della terra sul cielo, di rendere forte il discorso più debole e di insegnare ad altri e soprattutto ai giovani queste cose”. Oggi se di Sodio è consigliabile privarsene, di Socrate ce ne vorrebbero in abbondanza per il nutrimento della mente.



Dr.ssa Achiropita Curti
Medico Nutrizionista
Specialista in Geriatria
Coordinatore Dietetica
e Nutrizione Clinica ASP Cosenza
Referente Nutrizione Artificiale
Regione Calabria