

La Dieta Mediterranea Kosher nell'anziano: il segreto per la longevità?

W. Verrusio, A. Renzi, F. Ionta, S. Sed, F. Gaj

È noto che uno stile di vita sano sia uno dei fattori più importanti per il raggiungimento di un invecchiamento di successo¹. La Dieta Mediterranea (DM) nasce dalle tradizioni delle comunità che si sono sviluppate nel bacino del Mediterraneo ed è caratterizzata da un modello nutrizionale rimasto costante nel tempo e costituito principalmente dall'assunzione di una grande varietà di cereali, frutta e verdure, dall'impiego di olio d'oliva, dall'assunzione di una moderata quantità di prodotti lattiero-caseari, pesce e carne, accompagnati da vino^{2, 3}. Numerose evidenze scientifiche mostrano come una rigorosa adesione alla DM sia associata ad una minore mortalità e ad un ridotto rischio di sviluppare patologie neoplastiche, cardiovascolari e neurodegenerative^{4, 5}. La parola "Kosher" si riferisce ai cibi adeguatamente preparati secondo le leggi ebraiche contenute nella Torah⁶. Il termine Kasherùt, letteralmente "corretto, lecito", si riferisce ad una serie di regole riguardanti l'intero processo di produzione degli alimenti, ovvero: i cibi consentiti e quelli proibiti (gli animali permessi sono quelli che sono ruminanti e che hanno lo zoccolo fesso cioè spaccato in due parti, come la mucca, il vitello, la pecora, la capra etc.; i pesci permessi sono tutti quelli forniti di pinne e di squame); la macellazione degli animali (soggetta alle prescrizioni della "Shechita", ovvero le regole relative alla procedura di uccisione e di macellazione degli animali); il divieto di consumare carne e latte nello stesso pasto e anche il modo di preparare il cibo e di conservarlo. L'osservanza di questi precetti in Italia ha portato la Comunità Ebraica ad applicare le regole della Kasherùt ad una dieta tipicamente Mediterranea⁷. Le possibili implicazioni di un simile regime dietetico negli anziani non sono mai state indagate.

L'osservazione in una Casa di Riposo Ebraica in Italia di un'età media particolarmente elevata degli ospiti ($n = 20$; età media: $90,00$ ds = $\pm 3,98$) lascia ipotizzare che alcuni fattori, tra cui la dieta, possano condizionare il lifespan di questi individui. Abbiamo quindi raccolto i dati storici dei residenti nella Casa di Riposo Ebraica degli ultimi anni raccogliendo anche i dati relativi ai livelli di comorbidità e disabilità, misurati rispettivamente in termini di numero di patologie e numero di attività perse alle ADL (Activities of daily living) ($n = 62$; età media: $88,5$ ds = $6,9$; n ADL perse = 4.08 ± 2.1 , n patologie = 4.02 ± 1.9). Abbiamo poi confrontato questi dati con quelli riportati in un ampio studio nazionale multicentrico soffermandoci specificatamente sulle caratteristiche della popolazione di anziani istituzionalizzati da loro investigata ($n = 1762$; età media: $83,5$, ds = 8.1 ; n ADL perse = 4.2 ± 2.7 , n -patologie = 3.9 ± 2.3)⁸. Da un'analisi meramente qualitativa appare evidente come, sebbene l'età media appaia più elevata negli ospiti della Casa di Riposo Ebraica, non si riscontrino grosse differenze in termini di fragilità, espressa come comorbidità e livello di disabilità. Un altro dato interessante è quello relativo agli anni di permanenza in Casa di Riposo Ebraica (in media 6.2 anni), che indica un'istituzionalizzazione tardiva di questi soggetti, ossia in età piuttosto avanzata. Uno

studio⁹ ha stimato che ritardare di soli sette anni l'età d'insorgenza tipica delle morbidità diminuirebbe del 50% il rischio età-specifico di disabilità e morte, consentendo un sostanziale miglioramento sia nella durata della vita che degli anni passati in buona salute. Gli autori etichettano questo come il "dividendo" per la longevità. La dieta rappresenta uno dei fattori maggiormente implicati, insieme all'attività fisica e all'astensione dal fumo, al conseguimento della longevità. È ipotizzabile che anche negli ospiti della Casa di Riposo Ebraica l'osservanza della Kasherùt nel corso della loro vita possa aver contribuito al raggiungimento di un'età elevata, sia pur in soggetti fragili istituzionalizzati. Diversi motivi possono spiegare questo effetto favorevole della dieta Kosher. La Kasherùt vieta la possibilità di assumere alcuni dei cibi che la DM consente, sia pur in misura ridotta (ad esempio: maiale, insaccati ecc.) e che possono impattare negativamente sul rischio cardiovascolare e sulla salute in generale perché ricchi di allergeni. La relazione tra assunzione di carne, in particolare carne processata, e rischio metabolico è anche legata alla presenza in questi prodotti di numerosi additivi (ad esempio sodio, nitriti, ecc.)¹⁰. La Kasherùt ha definito diverse regole relative anche al consumo degli additivi alimentari, come materiali derivati da sottoprodotti di origine animale, con un rigido controllo delle regole di restrizione¹¹. Pertanto, la dieta Kosher potrebbe essere considerata un "modello dietetico salutare" anche grazie ad una ridotta e controllata assunzione di additivi alimentari. È noto inoltre come l'obesità, l'ipertensione, la dislipidemia e l'alterazione del metabolismo glucidico rappresentino fattori di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e siano influenzate anche dalle abitudini alimentari¹². I modelli dietetici "occidentali", con un elevato consumo di carne e suoi derivati, sono associati ad un aumento dei marker infiammatori (interleuchina IL-6, IL-8, TNF- α , PCR) con esiti negativi sulla salute¹³. Le abitudini alimentari derivate dall'osservanza di leggi religiose, come nel caso della Kasherùt, possono produrre una maggiore aderenza al programma dietetico riducendo il rischio di cattive abitudini alimentari.

In conclusione, la DM modificata come prescritto dalla Kasherùt potrebbe avere effetti positivi sulla salute e favorire la longevità. Per confermare questa ipotesi sono necessari studi scientifici mirati. Tuttavia, il marchio Kosher identifica alimenti soggetti a rigidi controlli durante tutta la filiera produttiva e negli ultimi anni un numero sempre maggiore di persone segue questo regime dietetico perché considerato parte di uno stile di vita sano pur non riconoscendone l'intrinseca valenza religiosa. Lo stesso rav Riccardo Di Segni, rabbino capo di Roma, ricorda come "le prescrizioni attinenti all'alimentazione incarnano modelli di comportamento specifici che nell'insieme concorrono a delineare un vero e proprio sistema di vita"¹⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Keys A. Mediterranean diet and public health: personal reflections. *Am J Clin Nutr* 1995 61 (6 Suppl): 1321S-1323S.
2. Assmann KE, Adjibade M, Andreeva VA, Hercberg S, Galan P, Kesse-Guyot E. Association Between Adherence to the Mediterranean Diet at Midlife and Healthy Aging in a Cohort of French Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73: 347-54.

3. UNESCO, Eighth Session of the Intergovernmental Committee (8.COM) – from 2 to 7 December 2013. www.unesco.org.
4. Tyrovolas S, Panagiotakos DB. The role of Mediterranean type of diet on the development of cancer and cardiovascular disease (CVD), in the elderly: a systematic review. *Maturitas* 2010; 65: 122-30.
5. Farinetti A, Zurlo V, Manenti A, Coppi F, Mattioli AV. Mediterranean diet and colorectal cancer: A systematic review. *Nutrition* 2017; 43-44: 83-8.
6. Green A. Queste sono le parole. Un dizionario della vita spirituale ebraica. Firenze: Giuntina: 2002; 126-7.
7. Vitiello V, Germani A, Capuzzo Dolcetta E, Donuni LM, Del Balzo V. The New Modern Mediterranean Diet Italian Pyramid. *Ann Ig* 2016; 28: 179-86.
8. Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. Health care for older people in Italy: the U.L.I.S.S.E. project (un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano - a computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010; 14: 238-42.
9. Olshansky SJ, Perry D, Miller RA, Butler RN. Pursuing the longevity dividend: scientific goals for an aging world. *Ann NY Acad Sci* 2007; 1114: 11-3.
10. Comerford KB, Pasin G. Emerging Evidence for the Importance of Dietary Protein Source on Glucoregulatory Markers and Type 2 Diabetes: Different Effects of Dairy, Meat, Fish, Egg, and Plant Protein Foods. *Nutrients* 2016; 8: 446-98.
11. Al Mazeedi HM, Regenstein JM, Nadeem Riaz M. The Issue of Undeclared Ingredients in Halal and Kosher Food Production: A Focus on Processing Aids. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety* 2013; 12: 228-33.
12. Sánchez-Taínta A, Estruch R, Bulló M, et al. Adherence to a Mediterranean-type diet and reduced prevalence of clustered cardiovascular risk factors in a cohort of 3,204 high-risk patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15: 589-93.
13. Barbaresko J, Koch M, Schulze MB, Nöthlings U. Dietary pattern analysis and biomarkers of low-grade inflammation: a systematic literature review. *Nutr Rev* 2013; 71: 511-27.
14. Di Segni R. Guida alle regole alimentari ebraiche. Roma: Ed. Lamed, 1996.

Walter Verrusio, Divisione di Geriatria, Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche, Anestesiologiche e Geriatriche, "Sapienza" Università di Roma

Alessia Renzi, Dipartimento di Fisiologia Clinica e Dinamica, "Sapienza" Università di Roma

Francesca Ionta, Simona Sed, CRER-RSA Casa di Riposo Ebraica di Roma.

Fabio Gaj, Dipartimento di Chirurgia Generale, Specialità Chirurgiche e Trapianti d'Organo "Paride Stefanini", "Sapienza" Università di Roma.

Per la corrispondenza: walter.verrusio@uniroma1.it