A P & B

ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE

ANNO III NUMERO 8

OTTOBRE 2016

DOCUMENTO EUROPEO SUL CONTROLLO DEI LIPIDI IN ECCESSO

LA SCHEDA:
LE QUALITÀ DELLA MELA

Nfi
NUTRITION FOUNDATION OF ITALY

PACINI EDITORE MEDICINA

AP&B
ALIMENTAZIONE PREVENZIONE & BENESSERE
Anno III – Numero 8 – Ottobre 2016

Direttore Scientifico
Franca Marangoni

Direttore Responsabile
Patrizia Alma Pacini

© Copyright by
Nutrition Foundation of Italy e Pacini Editore Srl

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)

ISSN 2531-3908 (Online)

L'Editoriale 3

Consumi in calo, ma la Mediterraneità deve restare un caposaldo di salute
Franca Marangoni

Il tema 4

Linee-guida 2016 per la dislipidemia: focus su alimentazione e stile di vita
A cura della Redazione di "Alimentazione, Prevenzione & Benessere"

L'intervista all'esperto *di Cecilia Ranza* 10

La Dieta Mediterranea negli anni della crisi
Risponde Marialaura Bonaccio

La Scheda 13

La mela

Consumi in calo, ma la Mediterraneità deve restare un caposaldo di salute

Franca Marangoni
Direttore Scientifico AP&B

L'oggetto dell'Intervista di questo mese è, ancora una volta, la dieta mediterranea. Non più tuttavia (o perlomeno, non solo) per descriverne gli effetti positivi per la salute. La novità infatti è che il più solido e "virtuoso" tra i modelli alimentari (sono numerosissime le conferme dei benefici descritte in letteratura) risente, e in modo molto chiaro, delle conseguenze della crisi economica degli ultimi anni.
Lo dimostra la progressiva riduzione dell'adesione alla dieta mediterranea, anche nell'area geografica che, fin da tempi ormai remoti, ne è stata la culla. E le persone più mature, per le quali è generalmente immediato il legame alla tradizione, anche per quanto riguarda le abitudini alimentari, sono in prima linea nell'abbandono della mediterraneità. Marialaura Bonaccio, ricercatrice del Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione dell'I.R.C.C.S. NEUROMED di Pozzilli, che da anni coordina lo studio Moli-Sani, analizza con noi il fenomeno, le possibili conseguenze e ci parla della "sfida" necessaria per affrontare la transizione nutrizionale in corso.
Del resto, il cenno alla dieta mediterranea e alla rilevanza dei vantaggi che essa comporta in termini di salute pubblica non manca nemmeno nelle nuove linee guida europee per la gestione della dislipidemia, nella parte, piuttosto corposa, dedicata ad alimentazione e stile di vita, ripresa nel Tema. E non a caso. La prevenzione cardiovascolare è l'ambito principale (sebbene non il solo) dei benefici dello stile mediterraneo.

Buona lettura! ■

Meno è meglio: una conferma senza appello alla riduzione del colesterolo LDL in eccesso

Linee-guida 2016 per la dislipidemia: focus su alimentazione e stile di vita

A cura della Redazione di
"Alimentazione, Prevenzione & Benessere"

Apre con una conferma netta «meno è meglio» il testo delle linee-guida europee 2016 per la gestione delle dislipidemie (ipercolesterolemia totale e LDL, livelli insufficienti di HDL e trigliceridi in eccesso), confermando ancora più chiaramente quanto indicato nel documento del 2011. Il primo e principale obbiettivo, di fronte a uno squilibrio lipidemico, è la riduzione dei livelli di colesterolo LDL, al punto che «non ci sono livelli di LDL al disotto dei quali non si evidenziano benefici, o si mettano in luce effetti negativi».
Condivise dagli esperti della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea dell'Aterosclerosi (EAS) le linee-guida sono state presentate ufficialmente a Roma, durante il recente congresso dei cardiologi europei.

Qui di seguito ne è proposto un breve estratto, focalizzato su due temi aderenti alla linea editoriale di AP&B: le indicazioni di stile di vita e nutrizionali in grado di ridurre il rischio cardiovascolare e l'aggiornamento sulle risorse non farmacologiche per il controllo delle dislipidemie.

Le evidenze dei trial sullo stile di vita

Il traguardo fondamentale per un'efficiente prevenzione cardiovascolare, in tutti i livelli di rischio accertati, è la riduzione della colesterolemia totale e LDL, ma senza trascurare il ruolo di colesterolemia HDL e trigliceridemia (TG): «Concentrazioni di HDL superiori a 40 mg/dl negli uomini e a 48 mg/dl nelle donne sono indicativi di basso rischio» si afferma nel documento. «È dimostrato che l'aumento delle HDL è predittivo di una regressione dell'aterosclerosi mentre, in presenza di livelli inferiori, aumentano il numero di eventi e la mortalità nei soggetti a maggior rischio (coronaropatici), anche se i loro valori di LDL sono già entro il livello consigliato, cioè inferiori a 70 mg/dl».

Quanto ai TG «concentrazioni inferiori a 150 mg/dl indicano un basso rischio. Oltre i 150 mg/dl è invece necessario approfondire la presenza di altri fattori di rischio».

In questo quadro, **l'alimentazione è un fattore imprescindibile, perché influisce su tutti i principali fattori di rischio: lipidemia, pressione arteriosa e metabolismo glucidico**. La responsabilità non è mai di un singolo componente dietetico, ma della dieta nel suo complesso. L'approccio mediterraneo e la DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) emergono come i modelli in grado di ridurre significativamente i fattori di rischio cardiovascolare e, a catena, malattie ed eventi correlati (cardiaci e cerebrovascolari).

La Dieta Mediterranea condivide con la DASH l'apporto di frutta e verdura, cereali integrali, legumi, frutta secca, pesce, pollame, latte e latticini a ridotto contenuto di grassi. In più, comprende l'olio extravergine di oliva. Nello studio spagnolo PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), del resto, aggiungendo quotidianamente olio extravergine d'oliva o frutta secca a un'alimentazione mediterranea si riducono gli eventi vascolari maggiori del 30% circa, in una popolazione già a rischio cardiovascolare elevato.

Sul versante "stile di vita" complessivo, controllo del peso e attività fisica restano i caposaldi per riequilibrare TG e HDL.
Sui trigliceridi l'attività fisica è più efficace del calo ponderale con il quale, peraltro, la riduzione dei livelli in eccesso può raggiungere il 20-30%. Perdita di peso e attività fisica migliorano anche il profilo delle HDL, con un aumento di 0,4 mg/dl per ogni kg perso e fino a 6 mg/dl "spendendo" fino a 2200 calorie a settimana nello sport (vale a dire 3-4 km al giorno di camminata a passo veloce o un'attività equivalente).
Da non dimenticare mai che il "no" alle sigarette (in chi è normopeso), promuove un rapido aumento delle HDL, oltre a essere una misura di benessere quasi immediato e di salute a lungo termine.

Sulle LDL, invece, la riduzione ponderale e l'esercizio fisico hanno un impatto più limitato: occorre perdere almeno 10 kg per ridurre le LDL di 8 mg/dl; risultati che migliorano se vengono raggiunti grazie a una dieta a basso tenore di grassi.
Sugli altri fattori di rischio, dalla pressione arteriosa all'omeostasi glucidica (definita da glicemia, insulinemia, emoglobina glicata), basta una riduzione del 5-10% del peso per ottenere risultati rilevanti, tanto più se accompagnata da almeno 30 minuti al giorno, tutti i giorni, di attività fisica moderata.

La Tabella a pagina 6 riassume gli obbiettivi da centrare per un'adeguata prevenzione cardiovascolare.

Un parametro semplice

Il grasso addominale contribuisce alla dislipidemia, ma determina anche altre alterazioni ormonali e metaboliche che ne fanno un evidente e pericoloso fattore di rischio cardiovascolare. Il documento ESC/EAS ricorda che il girovita è un parametro tanto semplice da misurare quanto affidabile sia per la diagnosi sia per il monitoraggio. Le misure da non superare sono 80 cm per le donne adulte di qualunque etnia mentre, per gli uomini, il valore di riferimento è 94 cm per quasi tutte le etnie, che scende a 90 cm per gli uomini cinesi, giapponesi e per gli asiatici del Sud (indocinesi, indonesiani). Anche sul grasso addominale la riduzione ponderale e l'attività fisica sono fondamentali: secondo le linee-guida ESC-EAS, buoni risultati si ottengono con una forte limitazione degli alimenti a maggiore densità energetica, con un deficit calorico di 300-500 kcal/die e con l'attività fisica quotidiana di intensità moderata (i già citati 30 min/die).

Prevenzione in tavola: raccomandazioni 2016

Come accennato, nel quinquennio 2011-2016 la ricerca ha ampiamente dimostrato che **Dieta Mediterranea e DASH sono le migliori per una buona prevenzione cardiovascolare**. Il documento ESC-EAS 2016 aggiorna le raccomandazioni relative a grassi, carboidrati, fibre.

Obbiettivi su cui basare un'adeguata prevenzione cardiovascolare	
Fumo	Evitare l'esposizione al tabacco in qualunque forma
Alimentazione	Seguire un'alimentazione sana, limitata nell'assunzione di grassi saturi, a base di cereali integrali, frutta, verdura, pesce
Attività fisica	Dedicare 2,5-5 ore all'attività fisica moderata-intensa alla settimana, o 30-60 min quasi tutti i giorni
Peso	Mantenere il BMI tra 20-25 Kg/m^2 – circonferenza vita <80 cm per le donne e <94 cm (o <90 cm in Asia) per gli uomini
Pressione arteriosa	Mantenere valori inferiori a 140-90 mmHg
Colesterolemia LDL in presenza di rischio CV molto elevato	Mantenere valori inferiori a 70 mg/dl o riduzione del 50% se i valori basali (in assenza di farmaci) sono compresi tra 70 e 135 mg/dl
Colesterolemia LDL in presenza di rischio CV elevato	Mantenere livelli fino a 100 mg/dl o riduzione del 50% se, in assenza di farmaci, i valori sono compresi tra 100 e 200 mg/dl
Colesterolemia LDL in presenza di rischio CV bosso o moderato	Mantenere valori entro 115 mg/dl
Colesterolemia HDL	Non si indicano livelli target, ma il basso rischio si identifica con livelli > 40 mg/dl negli uomini e > 48 mg/dl nelle donne
Trigliceridemia (TG)	Non si indicano livelli target, ma il basso rischio si identifica con livelli < 150 mg/dl. Se >150 mg/dl è opportuno approfondire altri fattori di rischio
Nei pazienti diabetici	HbA_{1c} (emoglobina glicata) <7%

Fonte: Modif. da 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

Grassi – Gli *acidi grassi saturi* restano quelli a maggior impatto sulle LDL: per ogni 1% in più di apporto energetico da grassi saturi, le LDL aumentano fino a 1,6 mg/dl. L'unico acido grasso saturo che non aumenta la colesterolemia è lo stearico.
Acidi grassi trans (da grassi vegetali parzialmente idrogenati): ormai quasi assenti nei prodotti alimentari industriali (almeno in Italia), gli acidi grassi trans hanno solo effetti negativi, aumentando le LDL e riducendo le HDL.
Acidi grassi mono e polinsaturi: acido oleico (quello dell'olio d'oliva), monoinsaturo, polinsaturi omega-3 (sia a lunga catena di origine marina, sia a catena più corta di origine vegetale) e omega-6 (da oli vegetali non tropicali e frutta secca) sono i grassi da privilegiare.
Sostituire l'1% delle calorie da grassi saturi con un pari apporto di omega-6 riduce le LDL di 2 mg/dl; una sostituzione analoga con acido oleico porta a una riduzione di 1,6 mg/dl; infine, con gli omega-3 la diminuzione è di 1,2 mg/dl.

Sui TG hanno un marcato effetto gli omega-3 se assunti ad alte dosi. L'acido oleico migliora anche la sensibilità all'insulina.

Raccomandazioni ESC/EAS 2016: «**È fondamentale assumere tutti questi grassi con l'alimentazione, secondo le indicazioni della Dieta Mediterranea o della DASH**. Nei casi di ipertrigliceridemia severa, sarà il medico curante a decidere l'opportunità di una supplementazione con omega-3 (2-3 g/die), o l'assunzione di alimenti arricchiti con questi grassi».

Carboidrati – Le linee-guida ESC/EAS 2016 confermano che la quota di carboidrati quotidiana deve contribuire al 45-55% del totale calorico. Ribadiscono inoltre che gli zuccheri aggiunti, quindi non quelli presenti in frutta, latte e latticini non devono superare il 10% delle calorie giornaliere.
Il metabolismo degli zuccheri e quello dei grassi sono strettamente legati: troppi carboidrati a ra-

pido assorbimento finiscono per compromettere anche il profilo lipidico, in particolare i livelli di TG. Tra gli zuccheri, è il fruttosio a incidere soprattutto sui TG circolanti.
Le linee-guida ricordano il ruolo dell'Indice glicemico, sia dei singoli alimenti, sia del pasto: mantenere un basso IG contribuisce a controllare profilo glicemico e profilo lipidemico.
Dagli esperti ESC/EAS, infine, una presa di posizione netta, che scoraggia le diete a bassissimo apporto di carboidrati: «non ci sono prove a sostegno della sua efficacia nel controllo della dislipidemia».

Fibre – La quota di fibre adeguata per una buona prevenzione cardiovascolare è di 25-40 g al giorno, di cui 7-13 g come fibre solubili: questo apporto risulta ben tollerato ed efficace. In particolare, **scegliere cereali integrali ricchi di fibre rappresenta una valida strategia per sostituire i grassi saturi**, per massimizzare gli effetti positivi sulle LDL e minimizzare quelli negativi sui TG.

Alcol – Anche le linee-guida ESC/EAS 2016 sostengono la moderata assunzione di alcol (al massimo 2 drink/die per gli uomini e 1 drink/die per le donne) negli adulti non astemi, in assenza di controindicazioni assolute: il consumo di alcol a dosi moderate, infatti, ha una dimostrata capacità protettiva nei confronti del rischio cardiovascolare in questo tipo di popolazione, riducendo i TG circolanti.
L'astensione dall'alcol è raccomandata per i soggetti con elevati livelli di TG: in questi casi l'alcol farebbe da ulteriore volano all'ipertrigliceridemia.

In conclusione – Sul versante alimentare, la prevenzione del rischio cardiovascolare, sia nei soggetti sani, sia in chi mostra già elevati livelli di rischio, sia soprattutto nei pazienti reduci da un evento, poggia saldamente sull'alimentazione mediterranea.
Frutta, verdura, olio extravergine d'oliva, frutta secca a guscio, cereali (meglio integrali), pesce, pollame, latte e latticini in quantità moderate, consumo limitato di carne rossa e salturario di carni lavorate e dolciumi, alcolici in quantità moderate e nel contesto del pasto, sono i principi più noti.
Più in dettaglio, ESC ed EAS sottolineano la necessità di **apportare tutti i minerali e le vitamine necessari, variando il consumo di frutta e verdura**. Ancora, ribadiscono l'importanza dell'apporto costante di **polifenoli, presenti in tutto il mondo vegetale e in concentrazioni consistenti nell'extravergine di oliva, nel vino, nel cacao e nel tè**, perché contribuiscono al controllo dell'infiammazione di basso grado, alla funzionalità endoteliale, e alla riduzione della concentrazione dei trigliceridi.
Al consumo di pesce, pari ad almeno due porzioni a settimana, dev'essere associato l'apporto di fonti vegetali di omega-3, cioè noci, soia, semi di lino.
Nulla di nuovo per quanto riguarda il sale, i cui livelli di assunzione dovrebbero restare entro i 5 g al giorno.

Supplementi dietetici e alimenti funzionali

La ricerca e la clinica sono sempre più attente alla ricerca e allo sviluppo dei nutraceutici, proposti secondo i casi in aggiunta ai farmaci ipolipidemizzanti, o, nel caso di dislipidemia moderata, come alternativa a questi. La scelta dev'essere fatta in accordo con il proprio medico. Nelle linee-guida ESC/EAS 2016, gli aggiornamenti riguardano:

Fitosteroli – Sitosterolo, campesterolo e stigmasterolo sono naturalmente presenti, in piccola quantità, negli oli vegetali, in frutta e verdura, nocciole, cereali integrali e legumi. Il meccanismo d'azione è noto: i fitosteroli riducono l'assorbimento intestinale del colesterolo alimentare. In Italia sono diffusi prodotti a base di latte fermentato contenenti fitosteroli, mentre altrove i fitosteroli sono aggiunti anche a oli vegetali, margarine, burro, yogurt. L'alimento arricchito non influisce sull'efficacia dei fitosteroli stessi che, **alla dose di 2 g/die assunti a uno dei pasti principali, riducono la colesterolemia totale e LDL del 7-10%**, secondo la variabilità della ri-

sposta individuale. Chi ne può trarre maggiore giovamento? Cardiologi e lipidologi concordano: il maggior beneficio va ai pazienti con livelli di colesterolo totale e LDL mediamente elevati, per i quali la scelta di una terapia farmacologica non è opportuna; colesterolemia totale e LDL elevata, aggiungendo i fitosteroli alla terapia farmacologica; oppure pazienti con ipercolesterolemia familiare, già a partire dai 6 anni d'età.

Fibre – Le fibre solubili (beta-glucani) di avena e orzo hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre la colesterolemia totale e LDL. I cibi arricchiti con queste fibre sono ben tollerati ed efficaci.

Efficacia non provata

Le linee-guida ESC/EAS bocciano, per il controllo della colesterolemia, sia le proteine della soia, sia i policosanoli. Per quanto riguarda le proteine della soia, fino a qualche anno fa si riteneva che, in sostituzione delle proteine animali, riuscissero a ridurre modestamente le LDL, ma gli studi più recenti non confermano questa teoria. Nessuna evidenza emerge a favore dell'uso di policosanoli, miscela naturale di alcol alifatici a lunga catena, estratti principalmente dalla cera della canna da zucchero.

Monacolina e riso rosso fermentato – Il riso rosso fermentato agisce in modo simile alle statine, inibendo l'enzima HMG-CoA reduttasi grazie al principio attivo, la monacolina. Proprio per questo, alcuni pazienti segnalano effetti collaterali simili a quelli delle statine. **La ricerca dimostra che 2,5-10 mg/die di monacolina possono ridurre fino al 20% la colesterolemia**. Il riso rosso fermentato è quindi indicato nei soggetti nei quali il rischio cardiovascolare globale non è tale da indicare la terapia con statine.

Acidi grassi polinsaturi della serie omega-3 - Nei soggetti sani, che non possono consumare pesce, supplementazioni di omega-3 a basse dosi, contribuirebbero a ridurre il rischio di eventi cardiaci o cerebrali.

Diverso il discorso per quanto riguarda gli omega-3 ad alte dosi, cioè 2-3 g/die, in grado di diminuire fino al 30% i trigliceridi in eccesso. Oltre queste dose, gli omega-3 possono aumentare i livelli di LDL. Ecco perché l'uso va deciso dietro consiglio medico.

Berberina – Le linee-guida sottolineano l'assenza, ad oggi, di ricerche di buona qualità in grado di dimostrarne l'efficacia.

Conclusioni

Dalle linee-guida ESC/EAS emergono molte conferme per quanto riguarda l'alimentazione e gli stili di vita volti alla gestione delle dislipidemie e alla prevenzione cardiovascolare, sia nei soggetti sani, sia in chi ha già sofferto un evento cardiaco o cerebrale.

- Dieta Mediterranea e DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) sono le uniche ad aver dimostrato efficacia sulla dislipidemia e sul rischio cardiovascolare. Ciò premesso, cardiologi e lipidologi sottolineano che «le raccomandazioni dietetiche devono sempre tenere presente le abitudini alimentari locali; è opportuno promuovere l'interesse verso culture alimentari diverse, se promotrici di salute ».
- Il rispetto della varietà degli alimenti è fondamentale. L'introito calorico va adeguato alle caratteristiche individuali, per evitare sovrappeso e obesità.
- Qualunque sia la cultura alimentare di base, è opportuno promuovere il consumo di frutta, verdura, legumi, noci, cereali integrali, pesce grasso, il più ricco di omega-3.
- I grassi monoinsaturi (olio extravergine di oliva) e i polinsaturi (oli vegetali non tropicali) dovrebbero sostituire grassi saturi, margarine solide e acidi grassi trans in generale (quasi assenti nei prodotti in vendita in Italia). L'obbiettivo è non superare il 7-10% delle calorie totali da grassi saturi e mantenere gli acidi grassi trans al disotto dell'1% dell'energia giornaliera.

- Sale da cucina: non più di 5 g/die. Limitare l'aggiunta di sale durante la cottura, scegliere cibi freschi o con poco sale se pronti (anche il pane comune è ricco di sale).
- Alcol: per gli adulti non astemi l'assunzione moderata prevede non più di 1 drink al giorno per le donne e 2 drink al giorno per gli uomini. In caso di trigliceridemia elevata, si raccomanda l'astensione.
- Alimenti dolci e bevande zuccherate, i cosiddetti soft drink, dovrebbero essere limitati soprattutto in presenza di obesità, diabete, sindrome metabolica, ipertrigliceridemia.
- È auspicabile l'attività fisica costante e regolare, equivalente ad almeno 30 minuti ogni giorno, di intensità moderata.
- Il tabacco in qualsiasi forma va evitato o abbandonato. ■

Bibliografia di riferimento

The Task Force for the Management of Dyslipidaemias … *2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias*. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj /ehw272.

Robinson JG, Wang S, Smith BJ, Jacobson TA. *Meta-analysis of the relationship between non-high-density lipoprotein cholesterol reduction and coronary heart disease risk*. J Am Coll Cardiol 2009;53:316–322.

Dalen JE, Devries S. *Diets to prevent coronary heart disease 1957–2013: whathave we learned?* Am J Med 2014;127:364–369.

Estruch R, Ros E, Salas-Salvado´ J. et al. *Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet.* N Engl J Med 2013;368:1279–1290.

Mensink RP, Zock PL, Kester A. *Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials*. Am J Clin Nutr 2003; 77:1146–1155.

Brown L, Rosner B, WillettWW. *Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis.* Am J Clin Nutr 1999;69:30–42.

Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M. et al. *Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials.* Arch Intern Med 2006;166:285–293.

Stanhope KL, Medici V, Bremer AA. *A dose-response study of consuming high-fructose corn syrup-sweetened beverages on lipid/lipoprotein risk factors for cardiovascular disease in young adults*. Am J Clin Nutr 2015;101:1144–1154.

Kraus WE, Houmard JA, Duscha BD et al. *Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins*. N Engl J Med 2002;347:1483–1492.

Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ et al. *Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies.* BMJ 2011; 342:d636.

Jacobson TA, Glickstein SB, Rowe JD. *Effects of eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid on low-density lipoprotein cholesterol and other lipids: a review*. J Clin Lipidol 2012;6:5–18

Maeda K, Noguchi Y, Fukui T. *The effects of cessation from cigarette smoking on the lipid and lipoprotein profiles: a meta-analysis.* Prev Med 2003;37:283–290.

Poli A, Marangoni F, Paoletti R et al. *Non-pharmacological control of plasma cholesterol levels*. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2008;18:S1–S16.

Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM t al. *Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of…* Circulation 2009;120:1640–1645.

Sirtori CR, Galli C, Anderson JW, Arnoldi A. *Nutritional and nutraceutical approaches to dyslipidemia and atherosclerosis prevention: focus on dietary proteins.* Atherosclerosis 2009;203:8–17.

Lea LJ, Hepburn PA. *Safety evaluation of phytosterol-esters. Part 9: results of a European post-launch monitoring programme.* Food Chem Toxicol 2006;44: 1213–1222.

Li Y, Jiang L, Jia Z, et al. *A meta-analysis of red yeast rice: an effective and relatively safe alternative approach for dyslipidemia.* PLoS One 2014;9:e98611.

Dewell A, Hollenbeck PL. *Clinical review: a critical evaluation of the role of soy protein and isoflavone supplementation in the control of plasma cholesterol concentrations*. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:772–780.

Reiner Z, Tedeschi-Reiner E, Romic Z. *Effects of rice policosanol on serum lipoproteins, homocysteine, fibrinogen and C-reactive protein in hypercholesterolaemic patients.* Clin Drug Investig 2005;25:701–707.

Lan J, Zhao Y, Dong F et al. *Meta-analysis of the effect and safety of berberine in the treatment of type 2 diabetes mellitus, hyperlipemia and hypertension*. J Ethnopharmacol 2015;161:69–81.

Mozaffarian D, Lemaitre RN, King IB et al. *Plasma phospholipid long-chain omega-3 fatty acids and total and cause-specific mortality in older adults: a cohort study.* Ann Intern Med 2013;158:515–525.

di Cecilia Ranza

Sono calati i consumi degli alimenti di salute, prodotti ittici in testa

La Dieta Mediterranea negli anni della crisi

Risponde Marialaura Bonaccio
Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione, IRCCS NEUROMED, Pozzilli (IS)

Che cosa è cambiato nei consumi alimentari degli italiani dagli anni della crisi a oggi? Siamo davvero in un momento di transizione nutrizionale verso una malnutrizione caratterizzata da eccessi e squilibri? Quali contromisure possiamo mettere in campo per difendere salute e bilancio familiare? Risponde Marialaura Bonaccio (NEUROMED di Pozzilli), prima firma della ricerca "Challenges to the mediterranean diet at a time of economic crisis", di prossima pubblicazione sulla rivista Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases

DOMANDA: Il libro bianco della FAO, presentato a Expo Milano 2015, ha sottolineato la "transizione nutrizionale" che sta interessando l'area mediterranea. Che cosa si intende con questo termine? Quali conseguenze sta comportando?
RISPOSTA: Questo documento segna un passaggio da non trascurare, perché planetario. La transizione nutrizionale infatti è macroscopica nei Paesi in sviluppo, spesso tumultuosa, ma si sta facendo strada anche nelle aree mediterranee dell'Europa: Italia, Spagna, Grecia, Francia meridionale.
Con questo termine si identifica una malnutrizione da eccessi e squilibri, con carenze nutrizionali dannose e correlate ad aumento del rischio di sovrappeso, obesità, diabete, malattie cardiovascolari. L'aumento del fenomeno è preoccupante, perché mette in luce una progressiva perdita di consapevolezza nutrizionale anche nel nostro Paese.

D.: Focalizziamo quindi l'attenzione sull'Italia: lo studio Moli-sani, coordinato dal vostro gruppo all'Istituto NEUROMED, ha evidenziato già dal 2012 gli aspetti più critici di questa

transizione, tra cui il progressivo allontanamento della popolazione a reddito inferiore dai principi della Dieta Mediterranea. Quali sono i concetti da sottolineare?

R.: "Moli-sani" è uno degli studi di popolazione monocentrici più ampi, su una coorte di 25 mila cittadini dai 35 anni in su. È una popolazione che dovrebbe avere una vocazione alimentare spiccatamente mediterranea, data anche la tipicità della regione Molise, che va dalle coste alle zone rurali e di montagna. Lo studio indaga la possibile interazione tra genetica e ambiente nel condizionare la comparsa di malattie cardiovascolari, oncologiche e neurodegenerative.

In questo percorso è emersa, tra i molti aspetti critici, l'associazione tra minor reddito e declino dell'adesione alla Dieta Mediterranea e, in parallelo, una maggiore prevalenza di obesità nelle fasce più disagiate: questo aspetto ci ha preoccupato, perché nel complesso il Molise può essere considerata una regione con una buona omogeneità reddituale, apparentemente non contraddistinta da grosse disparità socioeconomiche, tipiche invece di altre realtà.

D.: Dal 2012 a oggi quali ulteriori dati sono emersi?

R.: Ci sembrava essenziale capire dove si collocasse il punto di svolta. Abbiamo analizzato i dati dal 2005 al 2010: ne è emersa la tendenza alla riduzione dell'adesione alla dieta Mediterranea già dal 2006, ma con un netto calo a partire dal 2007, anno in cui già si parlava di crisi economica. Prima di quell'anno, non era tanto il reddito a condizionare le scelte alimentari, quanto il titolo di studio: a un più alto livello di istruzione, tradizionalmente corrispondeva un'alimentazione più in linea con i principi della Dieta Mediterranea. Dal 2007 in poi, accanto al titolo di studio ha fatto la sua comparsa il reddito, allineando l'Italia a quanto già evidenziato negli Stati Uniti e nel Nordeuropa.

Come ripetiamo sempre, per capire fino in fondo l'entità del cambiamento basta guardare alle abitudini alimentari del 2009: la fascia di maggior adesione alla Dieta Mediterranea rispecchia quella che, negli anni '60, era considerata la popolazione meno virtuosa da un punto di vista nutrizionale.

D.: Qual è l'attenzione del vostro gruppo di studio nei confronti della qualità degli alimenti?

R.: È un'area che vorremmo approfondire. La Dieta Mediterranea dà indicazioni sulle quantità di consumo di determinati alimenti, ma la qualità di queste scelte è nelle mani dell'acquirente. Ci sembra corretto capire quanto e come la forbice socioeconomica (reddito e titolo di studio) incida anche sulle fonti di approvvigionamento.

In questi mesi, anche grazie a un finanziamento della Fondazione Veronesi e a un Progetto per Giovani Ricercatori sostenuto dal Ministero della Salute, stiamo richiamando la popolazione che aveva aderito nel 2005, per un confronto diretto a distanza di un decennio o poco più, da cui vogliamo far emergere proprio questi aspetti.

D.: Quali potrebbero essere le misure possibili per contrastare queste tendenze?

R.: È necessario introdurre qui un ulteriore elemento, non secondario: l'importanza positiva dell'informazione. Uno studio olandese molto stimolante, datato proprio 2007 (*Giskes K. et al., Prev Med 2007; 45: 41-48*) aveva sottolineato che, a parità di prezzo, le persone socio-economicamente meno attrezzate sceglievano comunque alimenti meno salutari, a maggiore densità energetica e minore valenza nutrizionale positiva (riducendo per esempio il consumo di frutta e verdura).

Che cosa significa? È indispensabile ridare fiato a quella "consapevolezza nutrizionale" alla quale facevo cenno all'inizio, attraverso una capillare, corretta informazione, adatta al consumatore meno preparato.

Del resto, proprio con il progetto Moli-sani abbiamo messo in luce già nel 2012 che la "conoscenza nutrizionale" va di pari passo con l'adesione alla Dieta Mediterranea e con una minore prevalenza di obesità. E lo stesso vale anche per il livello di informazione, quella dei mass media accessibile a tutti. Abbiamo dimostrato che accanto all'ambiente, quindi alle abitudini che si apprendono nel contesto familiare, avere accesso a informazioni di buona qualità condiziona positivamente le scelte, insegnando a non pesare sul portafogli.

D.: Dalle successive analisi dei dati del Molisani sono emersi altri consigli utili?

R.: Anche se non abbiamo ancora dati su questo argomento, pensiamo che seguire la Dieta Mediterranea significhi anche rispettare la stagionalità delle scelte e l'accesso a prodotti coltivati/allevati localmente da produttori affidabili. Non siamo sostenitori del "chilometro zero" a qualunque costo, ma vogliamo verificare se, per molti alimenti di stagione, accedere alla produzione locale favorisca salute, bilancio familiare, sostenibilità ambientale.

Inoltre vogliamo continuare a incentivare la buona informazione nutrizionale, perché, al netto del reddito, è un indice che discrimina gli aderenti dai non aderenti alla Dieta Mediterranea. Buona informazione significa diffondere le conoscenze sulla correlazione tra scelte alimentari e salute, sulle differenze tra i grassi, sul migliore apporto di carboidrati per proteggere il metabolismo glico-lipidico e così via.

Infine, ci sembra opportuno sostenere la buona etichettatura, che sia il più completa possibile, ma anche comprensibile a tutti: un elemento che completa la buona informazione e aiuta la scelta ai banchi della grande distribuzione. ■

La mela

Che cos'è

La mela, nelle sue molte varietà, è un frutto iconico, che accompagna la storia dell'uomo dal punto di vista alimentare, ma anche religioso, mitologico, culturale e di costume. Il melo proviene dall'Asia Occidentale e la coltura diventa attività produttiva e commerciale in Italia nel XIX secolo. La mela deve la sua diffusione non soltanto alla palatabilità, ma anche alle sue molte proprietà nutrizionali e alla disponibilità dall'autunno alla primavera. In Europa si concentra il 40% della produzione mondiale.

Che cosa contiene

La mela fornisce acqua, fibre (soprattutto pectina, concentrata nella buccia), vitamine, minerali e polifenoli (vedi paragrafo successivo). La mela dovrebbe essere mangiata con la buccia, dopo il lavaggio che si applica a tutti i vegetali non preparati per il pronto consumo. Si ricorda che: le mele sono per legge raccolte a maturazione adeguata, per minimizzare la presenza di pesticidi. I pesticidi stessi sono impiegati in condizioni controllate di massima sicurezza per la salute umana. Ne deriva che un accurato lavaggio prima del consumo assicura la rimozione di polveri e residui d'insetti e contaminanti ambientali diversi, garantendo l'igiene dell'alimento.

I polifenoli

Il contenuto di polifenoli delle mele e dei prodotti derivati (succhi, dessert e sidro) è variabile, ma nutrizionalmente efficace. Una review del 2011, pubblicata su *Advances in Nutrition* (2011; 2: 408-420 doi: 10.3945/an. 111.000513), per esempio, riporta il contenuto in polifenoli di 67 cultivar di mele (5.230-27.240 mg/kg peso secco), dessert o sidro (145-970 mg/L), infine succhi (110-459 mg/L). La stessa review puntualizza le potenzialità preventive del consumo regolare di mele e prodotti derivati nei confronti di malattie croniche (cardiovascolari, osteoarticolari, metaboliche) ma anche nei confronti del rischio oncologico e neurodegenerativo.

CONTENUTO DEI PRINCIPALI NUTRIENTI PER 100 G DI MELE (MEDIA TRA CULTIVAR)

NUTRIENTI	QUANTITÀ
Energia kcal	44
Acqua g	85,2
Fibre g	2,6
Fruttosio g	5,3
Saccarosio g	3,3
Glucosio g	1,4
Potassio mg	120,0
Fosforo mg	11,0
Zolfo mg	6,0
Magnesio mg	5,0
Calcio mg	4,0
Sodio mg	3,0
Vitamina C mg	6,0
Niacina mg	0,10
Vitamina K mcg	5,60
Retinolo Eq. mcg	3,0
Ac. aspartico mg	39,0
Ac. glutammico mg	21,0

Fonte: Modif. da IEO – BDA

Da sapere

La mela può costituire uno spuntino ideale, per il basso contenuto calorico e per la presenza di nutrienti di alto valore biologico a tutte le età, anche nell'infanzia e nella terza età. La mela ha in generale un riconosciuto effetto saziante; dopo il pasto favorisce la digestione e la pulizia del cavo orale. La presenza di fibre ne fa un ottimo alimento per la salute intestinale complessiva, dato l'effetto prebiotico e la capacità di aiutare la regolarità.