

di Cecilia Ranza

Dieta Mediterranea e dieta DASH: i modelli alimentari più efficaci contro il rischio ipertensione

Risponde Enrico Agabiti Rosei

Professore Emerito, A.O. Spedali Civili, Università degli Studi di Brescia

Secundo l'OMS, l'ipertensione è la prima causa di mortalità nel mondo. Il perché è presto detto: sappiamo per certo che malattie e mortalità cardiovascolari hanno una relazione diretta con la pressione (sia sistolica e sia diastolica); inoltre, la grande prevalenza di ipertensione nella popolazione, anche correlata al progressivo invecchiamento, la scarsa consapevolezza della condizione morbosa e delle sue conseguenze, un errato trattamento (spesso irregolare, sospeso, o male impostato) sono tutti fattori che giustificano la grande importanza clinica della ipertensione, nonché la sua responsabilità nel determinare conseguenze patologiche fatali e non fatali.

A soffrire di un aumento della pressione (nei valori massimi, o in quelli minimi, o entrambi) sono cuore e cervello,

ma anche il sistema vascolare in periferia, con ricadute pesanti e gravi sul sistema renale.

Senza dimenticare che la presenza di ipertensione condiziona in peggio l'evoluzione di condizioni morbose frequentemente associate, come l'eccesso ponderale (soprattutto se localizzato al girovita), la dislipidemia, le alterazioni del metabolismo glucidico.

Il fronte preventivo, però, non è sguarnito. I risultati che si possono ottenere, e soprattutto mantenere, rispettando

i capisaldi di un corretto stile di vita (a iniziare dalle abitudini alimentari) sono confermati da tempo, non solo per chi iperteso non è, né vuole diventarlo, ma anche per chi deve tenere sotto controllo un rialzo pressorio già presente.

Lo conferma in questa intervista Enrico Agabiti Rosei, Professore Emerito della Università di Brescia e già Direttore del

“
Molte le indicazioni simili nei due modelli alimentari. Indispensabile l'associazione allo stile di vita più corretto”

Dipartimento di Medicina, A.O. Spedali Civili, Università di Brescia.

DOMANDA: Quali sono i capisaldi dell'alimentazione che hanno dimostrato di poter tenere sotto controllo il rischio di ipertensione nelle persone sane, o i valori pressori negli ipertesi?

RISPOSTA: Abbiamo dati certi sui modelli alimentari che, meglio di altri, contribuiscono ad allontanare il rischio di ipertensione, ma anche a ridurre i danni a breve e a lungo termine. Le evidenze più solide emergono per la Dieta Mediterranea e la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension).

Risultati che non stupiscono, perché i due approcci sono accomunati da indicazioni molto simili: l'attenzione all'apporto quotidiano e privilegiato di frutta e di verdure, la scelta dei legumi come alternativa proteica alle carni, l'abitudine a consumare cereali integrali (e prodotti derivati), la risorsa del pescato come fonte di acidi grassi polinsaturi a lunga catena, l'indicazione al consumo di latticini parzialmente scremati (nella DASH l'accento è posto sugli scremati).

Un elenco che ribadisce in entrambi i casi l'opportunità di variare ciò che si mette in tavola giorno per giorno, accompagnata dal buon senso sulle quantità, adattate sempre alle necessità di ciascuno, per età, sesso, impegni scolastici e lavorativi, spesa energetica in attività fisica.

Vale sempre la pena di ricordare che il modello alimentare più vicino a noi, quello mediterraneo, può contare su

un prodotto autoctono come l'olio d'oliva, che garantisce grassi monoinsaturi e polifenoli; nell'alimentazione mediterranea c'è poi un'indicazione molto chiara al consumo quotidiano di frutta oleaginosa a guscio e all'assunzione molto moderata di alcol, inferiore sempre nella donna, meno attrezzata dal punto di vista biochimico per metabolizzare questa sostanza.

D.: Ci sono differenze di genere nella risposta a questi modelli alimentari?

R.: Più che di differenze di genere nella risposta (fatta salva l'assunzione di alcol) vorrei sottolineare come siano i cicli vitali stessi dell'uomo e della donna a indicare la necessità di una maggiore attenzione allo stile alimentare (e, più in generale, allo stile di vita complessivo).

Nel sesso femminile il rischio di ipertensione e quello metabolico sono spostati di una decina d'anni rispetto a quello maschile e coincidono con la cesura fisiologica della menopausa, durante la quale la vigilanza non solo alimentare, ma anche su peso, attività fisica e soprattutto abitudine al fumo è ancor più imperativa.

Sembra inoltre che per l'uomo il danno da ipertensione sia soprattutto diretto sul cuore, mentre nella donna sarebbe più subdolo e diffuso, con una compromissione vascolare centrale e periferica.

Tornando al quesito iniziale, cioè il rapporto tra alimentazione e controllo del profilo pressorio, il quadro va completato da due ulteriori indicazioni: mantenimento dell'equilibrio ponderale e

rispetto di un programma di attività fisica adatto per età e condizioni.

Una chiosa a parte va fatta per l'abitudine al fumo: i danni da fumo sono massicci, onnicomprensivi e cumulativi nel tempo.

D.: La situazione si modifica dai 65 anni in poi?

R.: I principi generali non subiscono modifiche sostanziali. Scegliendo di preferenza gli alimenti citati, la composizione in nutrienti dovrebbe prevedere il 16-20% delle calorie da proteine, il 50% da carboidrati, il 30% da grassi. Diventa più stringente l'attenzione agli zuccheri aggiunti (assunti con dolci e bevande zuccherate), ai cereali raffinati e prodotti derivati, alle carni rosse e lavorate.

A proposito di grassi, anche se si raccomanda di mantenere la proporzione tra un 20% di polinsaturi e monoinsaturi e un 10% di saturi, ricordo che la ricerca più recente sta dimostrando come gli effetti dei grassi saturi siano fortemente mediati dalla matrice, cioè dall'alimento che li veicola: un aspetto che merita ulteriori approfondimenti. Assodato e noto è invece il "no" agli acidi grassi trans di derivazione industriale, peraltro in assai modesta quantità nei prodotti commercializzati in Italia.

L'attività fisica è irrinunciabile, per la salute mentale e fisica (nello specifico, vascolare). Invece, va detto che dopo i 65 anni si allenta, anche se di poco, la sorveglianza ponderale: un IMC (Indice di Massa Corporea) corrisponden-

te al sovrappeso (non all'obesità) può essere accettato, sempre che i principi alimentari, l'attività fisica e l'assenza di fumo siano rispettati.

D.: Il ruolo del sodio, in una dieta salubre e nel controllo della pressione arteriosa, è attualmente in discussione. Quali sono i termini del problema e quale la sua interpretazione?

R.: Le dimostrazioni del rapporto tra eccessiva assunzione alimentare di sodio (con il sale) e aumento della pressione arteriosa sono chiare. Indubbia è anche l'importanza dell'apporto non palese, oltre al sale che si aggiunge in cottura: pane, pasta, crackers, piatti pronti (che sono diversi dai prodotti surgelati subito dopo la raccolta, o la pesca), persino i biscotti prevedono il sale in ricetta.

D'altro canto, gli studi osservazionali più recenti (il più ampio è senz'altro quello coordinato dal gruppo di Salim Yusuf alla McMaster University) sembrano indicare come una drastica riduzione dell'apporto di sale sia potenzialmente pericolosa per la salute cardiovascolare e aumenti gli eventi, invece di ridurli.

Ne scaturisce un invito a rimanere nel limite consigliato per il consumo di sale, fissato oggi a 5 g al giorno per gli adulti. Ciò premesso, ritengo che siano necessari approfondimenti più mirati rispetto al solo studio osservazionale. È certo peraltro che il consumo medio di sale (quindi l'assunzione di sodio) sia oggi almeno doppio rispetto alle indicazioni.

Inoltre, nelle persone già ipertese, l'eccesso di sale penalizza la risposta alle terapie; infine anziani, diabetici, obesi, persone di razza nera sono ancora più sensibili alle ricadute negative del troppo sale.

Concluderei invitando al buon senso e a un ragionato controllo delle etichette al momento dell'acquisto.

Anche l'industria deve fare la sua parte e la produzione di qualità in effetti si sta già adeguando, riducendo progressivamente il sodio negli alimenti.

Ultima, ma non per importanza, è la sorveglianza istituzionale che in Italia, com'è noto, sul versante alimentare è molto attenta.

D.: Quali sono le linee di ricerca nutrizionali che lei ritiene promettenti?

R.: È il complesso dell'alimentazione che fa la qualità della dieta, anche a valenza antipertensiva. L'analisi dei meccanismi che mediano questi effetti è però una frontiera in divenire, che ha dato e darà indicazioni degne di nota. Riassumo le certezze consolidate, che riguardano i polinsaturi a lunga catena omega-3 dei pesci grassi, il potassio veicolato da verdure e frutta (un esempio valido per tutti sono le banane), il magnesio, la vitamina C, gli idrogeni solforati di aglio, cipolle, porri, le proteine del siero del latte.

In cerca di definizione in questo ambito è invece il ruolo della vitamina D.

Più recenti sono le ricerche che si focalizzano sull'ossido nitrico, vasodilatatore potente, prodotto dal metabolismo dei nitrati naturalmente presenti negli alimenti (verdure soprattutto, come spinaci e barbabietole) e da altre molecole, come l'arginina (frutta oleaginosa, legumi, uova), o i flavonoidi del cacao, che fungono da substrati.

Gli studi su questi elementi, presi singolarmente, sono ancora di breve durata e di piccole dimensioni: promettenti, ma allo stato attuale insufficienti per trarre conclusioni definitive.

D.: Quali conclusioni possiamo trarre?

R.: Certamente, anche per il controllo pressorio, imparare a comporre correttamente l'alimentazione nel suo complesso è fondamentale: prima si impara e meglio è.

Non dimenticare inoltre che controllo del peso e attività fisica sono due supporti fondamentali per l'equilibrio pressorio.

Infine, è necessario ricordare sempre che la biologia non è una costante: la vita di ognuno può esporre a condizioni, o situazioni che, pur rientrando nei normali cicli vitali, aumentano il rischio di carenze, potenzialmente dannose anche sotto il profilo pressorio: chiedere il parere del proprio medico di fiducia diventa a questo punto imperativo. ■