

Verso un'alimentazione Mediterranea moderna per il 21° secolo

Jeremiah Stamler, Department of Preventive Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago

traduzione e adattamento a cura Simona Giampaoli e Serena Vannucchi - reparto di Epidemiologia delle malattie cerebro e cardiovascolari, Cnesps, ISS

Jeremiah Stamler, [*Toward a Modern Mediterranean Diet for the 21 st Century*](#). In: *Nutritional Metabolism and Cardiovascular Diseases* (2013) 23, 1159-1162

Oggi la dieta mediterranea è un argomento "di moda", sia nella letteratura medica sia nell'informazione giornalistica. Nel parlare comune è considerata positivamente in maniera acritica. Non ci si chiede: che cosa è? Quale è la sua storia? Perché è buona? I suoi meriti sono raramente descritti in dettaglio, i possibili effetti negativi non sono mai menzionati. Questo editoriale cerca di rispondere a questi quesiti fornendo le indicazioni per un'alimentazione mediterranea moderna adatta a questo secolo.

L'alimentazione mediterranea: perché interessa

L'attenzione della ricerca e la promozione dell'alimentazione mediterranea hanno avuto origine dall'esigenza di capire, prevenire e controllare l'epidemia delle malattie cardiovascolari – in particolare la cardiopatia coronarica – negli Stati Uniti e in altre popolazioni occidentali (1). Nelle decadi immediatamente successive alla seconda guerra mondiale, le statistiche cliniche indicavano che in Grecia, in Italia e in altre popolazioni mediterranee gli attacchi cardiaci erano rari. I dati sulle statistiche vitali lo confermavano, ad esempio in Italia nel 1960 i tassi di mortalità per cardiopatia coronarica negli uomini di età media erano meno della metà di quelli rilevati negli uomini degli Stati Uniti. I primi dati raccolti dalla ricerca indicavano un probabile meccanismo metabolico correlato all'alimentazione. Se confrontati con quelli degli Stati Uniti e del Nord Europa, i campioni di popolazione mediterranea avevano livelli più bassi di colesterolemia, cioè del maggiore fattore di rischio per la malattia aterosclerotica, con livelli medi al di sotto di 200 mg/dl (1).

Era evidente una «... relazione fra alimentazione, colesterolemia e malattia cardiovascolare...» (2).

L'alimentazione mediterranea: che cosa è

Nel loro libro del 1975 "How to Eat Well and Stay Well the Mediterranean Way" (*Come mangiare bene e stare bene. Lo stile Mediterraneo*) Ancel e Margaret Keys descrivevano brillantemente l'alimentazione Mediterranea tipica dell'Italia del sud: «...un abbondante piatto di pasta e fagioli, molto pane, senza alcun tipo di aggiunta spalmabile, grandi quantità di verdure fresche, una modesta porzione di carne o di pesce due volte a settimana, vino...»

sempre frutta fresca come dolce... Per la prevenzione della cardiopatia coronarica sarebbe difficile trovare qualcosa di meglio dell'alimentazione comune della popolazione napoletana dei primi anni '50».

Dettagli sulla "Alimentazione Italiana Mediterranea" sono stati pubblicati in un articolo di Flaminio ed Adalberto Fidanza che ha descritto gli alimenti consumati dagli adulti di età media nel 1960 nella città di Nicotera (*tabella 1*) (3). I prodotti che più contribuivano nel fornire calorie e nutrienti erano quelli di origine vegetale e non quelli di origine animale; predominavano cereali, verdure, patate, legumi, frutta, olive e olii di semi.

In quel periodo (intorno al 1960) il consumo di grassi totali nella popolazione italiana costituiva circa il 24% delle calorie giornaliere, i grassi saturi solo il 7%, il colesterolo alimentare era intorno a 219 mg./die (74 mg/1000 kcal). Questi consumi erano molto più bassi di quelli riportati per la popolazione americana (1) e il relativo impatto favorevole sulla colesterolemia media della popolazione è stato ben definito (*tabella 2*) (4,5).

Alimentazione mediterranea: aspetti problematici

La letteratura scientifica è di fatto silente nei confronti della valutazione critica di alcuni aspetti nutrizionali problematici dell'alimentazione mediterranea:

1. l'elevato consumo di prodotti derivati dalla trasformazione del grano in farina bianca raffinata e non in farina integrale
2. l'elevato consumo di vino e di altri alcolici particolarmente negli uomini
3. l'elevato apporto di calorie totali (che producono un'epidemia di sovrappeso e obesità)
4. l'elevato consumo di sale.

La letteratura inoltre non valuta che i livelli di pressione arteriosa media sono risultati prevalentemente alti (preipertensione o ipertensione) nei campioni di popolazione adulta esaminati nei paesi mediterranei come l'Italia (*tabella 3*) (6-10). Questo dato è in disaccordo con il livello favorevole della colesterolemia media nella popolazione italiana alla metà del 20° secolo. Coerentemente con il quadro sfavorevole della pressione arteriosa (il maggior fattore di rischio per l'ictus) i tassi di mortalità per ictus sono stati per decenni più alti in Italia che negli Stati Uniti, a differenza dei tassi per cardiopatia coronarica. È ragionevole pensare, supportati dai dati della ricerca, che il quadro sfavorevole della pressione arteriosa in Italia sia dovuto a caratteristiche nutrizionali abituali conosciute come fattori di rischio per la condizione di preipertensione /ipertensione: l'eccesso calorico che produce un'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità, l'alto consumo di alcool, l'alto consumo di sale dai prodotti confezionati come pane, cereali, pasta e altri prodotti derivati dal grano, carni, verdure, zuppe, e sale aggiunto in cucina e a tavola.

La dieta mediterranea moderna: l'aggiornamento per il 21° secolo

La descrizione dei punti di forza e delle limitazioni della "classica" dieta Mediterranea ha implicazioni pratiche, non è soltanto una disquisizione accademica su una dieta ormai appartenente ad un lontano passato. Questa valutazione dei pro e dei contro permette la formulazione di una moderna alimentazione mediterranea per il 21° secolo. Lo stile alimentare proposto conserva tutte le caratteristiche nutrizionali della dieta mediterranea che producono nella popolazione livelli favorevoli di colesterolemia media. Assicura inoltre livelli adeguati di assunzione di molti fattori alimentari che influenzano favorevolmente i livelli di pressione arteriosa nella popolazione (*tabella 4*); questi riguardano sostanzialmente la riduzione del consumo di sodio (sale), un moderato (non alto) consumo di vino (per coloro che vogliono bere), un alto consumo di potassio, di calcio, magnesio, fosforo, ferro, acidi grassi polinsaturi, omega 3 e omega 6, proteine vegetali. I cibi da consigliare e quelli da sconsigliare sono riportati nella tabella 5.

Gli alimenti consigliati sono vari e abbondanti; favoriscono la creazione di numerosi piatti che sono la delizia della gastronomia mediterranea.

I piaceri culinari e i benefici che ne possono derivare sulla salute evidenziano che la alimentazione mediterranea moderna merita l'attenzione del vivere contemporaneo.

Bibliografia

- 1) Stamler J. Lectures on preventive cardiology. New York: Grune and Stratton; 1967.
- 2) Keys A, Keys M. How to eat well and stay well: the Mediterranean way. New York: Doubleday; 1975. ISBN-10: 0385009062.
- 3) Fidanza F, Alberti A, Fruttini D. the Nicotera diet: the reference Italian Mediterranean diet. In: Simopoulos AP, editor. Nutrition and fitness: mental health, aging, and the implementation of a healthy diet and physical activity lifestyle (World Rev Nutr Diet) vol. 95. Basel: Karger; 2005. p. 115-21. <http://dx.doi.org/10.1159/000088278>.
- 4) Stamler J, Neaton JD. Benefits of lower cholesterol. *Sci Am Sci Med* 1994;1:28-37.
- 5) Clarke R, Frost C, Collins R, Appleby P, Peto R. Dietary lipids and blood cholesterol: quantitative meta-analysis of metabolic ward studies. *BMJ* 1997; 314: 112-7. PMID: MC2125600.
- 6) Keys A, editor. Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1980, ISBN 0-674-80237-3; 1980.
- 7) Tunstall-Pedoe H, editor. For the WHO MONICA Project. MONICA; monograph and multimedia sourcebook. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
- 8) Laurenzi M, Stamler R, Trevisan M, Dyer A, Stamler J. Is Italy losing the "Mediterranean advantage"? Report on the Gubbio population study: cardiovascular risk factors at baseline. Gubbio Collaborative Study Group. *Prev Med* 1989;18:35-44.
- 9) Laurenzi M, Cirillo M, Trevisan M, Angeletti M, Buongiorno A, Morisi G, et al. In: Stamler R, editor. Gubbio population study: baseline findings (Nutr Metab Cardiovasc Dis) vol. 1; 1992 S1-18. Suppl.
- 10) Giampaoli S, Panico S, Palmieri L, Magrini N, Ferrario M, Pede S, et al. Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Identification of individuals with high coronary risk in the Italian population: indications of the epidemiologic cardiovascular observatory. In *Italian Heart J Suppl* 2001;2:1098-1106.
- 11) Stamler J. in collaboration with Brown IJ, Elliot P, Daviglius ML, Dyer AR, Van Horn L, Appel LJ, Chan Q, Tzoulaki I, Kesteloot H, Miura K, Okuda N, Ueshima H, Zhao L. Improved nutrition: key to solving the populationwide blood pressure problem - conclusions from a quarter century of research. In: Mancini M, Ordovas J, Riccardi G, Rubba P, Strazzullo P, editors. Cardiovascular disease: nutritional and metabolic based. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2010. p. 302-324.

Tabella 1. Nicotera 1960. "Dieta Mediterranea Italiana". Consumo dei vari alimenti (g/die).							
Genere	Cereali	Vegetali	Frutta	Patate	Legumi	Olii	Grassi
Uomini	455	231	104	73	43	40	3
Donne	346	200	60	68	39	32	3
Genere	Pesce	Carne	Uova	Formaggio	Latte (ml)	Dolci	Vino (ml)
Uomini	44	50	22	17	38	25	288
Donne	22	24	9	9	35	19	59
Persone di età 40-59 anni, 64 uomini e 63 donne [3]							

Tabella 2. Stima della riduzione della colesterolemia derivata dal beneficio dovuto al miglioramento del consumo del nutriente. Dati basati su una popolazione adulta con media di colesterolemia di 200 mg/dl.

Nutriente	Miglioramento	Effetto di riduzione sul colesterolo
Acidi grassi saturi, % kcal	-6	-12mg/dl -6.0%
Colesterolo, mg/1000 kcal	-65	-3mg/dl -1.5%
Acidi grassi polinsaturi, % kcal	+3	-3mg/dl -1.5%
Acidi grassi trans, % kcal	-2	-4mg/dl -2.0%
Fibre idrosolubili, g/die	+4	-6mg/dl -3.0%
Riduzione del sovrappeso, kg	-6	-12mg/dl -6.0%
Totale		-40mg/dl -20.0%

Tabella 3. Dati sui principali fattori di rischio cardiovascolare, campioni di popolazione, Italia.

Campione di popolazione	Anno di esame	Colesterolemia mg/dl	SBP/DBP mm Hg	BMI \geq 30 kg/m² %	Abitudine del fumo %
SCS Crevalcore	1960-62	198	146/87	14	63
SCS Montegiorgio	1960-62	197	135/80	8	59
SCS Rome Railroad	1960-62	206	138/88	18	66
Gubbio	1983-85	223	131/81	17	56
MONICA-Brianza, Friuli, Latina	1983-95	225	139/87	17	40
OEC, Italia	1998-2002	205	147/85	20	22

SCS= Seven Countries Study

OEC=Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare

SBP=Pressione arteriosa sistolica

DBP=Pressione arteriosa diastolica

BMI=Indice di massa corporea

Tabella 4. Stima della riduzione della pressione arteriosa derivata dal miglioramento dell'alimentazione basata su analisi multivariata.

Variabile legata all'alimentazione	Miglioramento	Riduzione media della PA- mm Hg	
		Senza BMI	Con BMI
Na-mmol/die	-100	-2.5	-0.6
K-mmol/die	+50	-1.7	-2.2
Ca-mg/1000 kcal	+240	-1.4	-1.2
Ferro (non dall'emoglobina), mg/1000 kcal	+4.1	-1.2	-0.9
PFA- % kcal	+4.1	-0.5	-0.6
Proteine vegetali- % kcal	+2.8	-1.7	-1.8
Forti bevitori	0.0% vs. 17.0%	-0.5** (-2.9)**	-0.6** (-3.3)**
Riduzione del sovrappeso-kg	-6	-	-3.0
Totale	-	-9.5	-9.9

I PFA sono gli acidi grassi polinsaturi; i forti bevitori sono stimati come percentuale della popolazione che consuma più di un bicchiere al giorno per le donne o più di due bicchieri per gli uomini; Senza BMI: stima della riduzione media della PA che non include l'effetto della riduzione del BMI nelle persone in sovrappeso o obese; Con BMI: stima della riduzione media della PA che include l'effetto di una riduzione del peso corporeo di 6 kg nelle persone in sovrappeso o obese.

**Stima sull'effetto nella popolazione totale.

Tabella 5. Alimentazione Mediterranea moderna per il 21° secolo - Consumo di alimenti da incoraggiare e da scoraggiare

Alimenti consigliati	Alimenti da sconsigliare
Verdura (senza sale/poco sale)	Alimenti con troppi grassi, troppi zuccheri, ipercalorici, prodotti da forno (torte, pasticcini, biscotti)
Legumi/nocciole/semi (senza sale)	Prodotti sott'aceto
Frutta	Zuccheri, dolci, bevande zuccherate
Pane integrale/cereali/pasta/riso (senza sale/poco sale)	Grassi solidi (burro, lardo, sugna, margarine dure)
Pesce/molluschi/pollame magro (senza sale/poco sale)	
Carni rosse magre non lavorate (di porzione modesta-senza sale/poco sale 1-2 volte a settimana)	Grassi trans
Latticini a basso o senza contenuto di grassi	Prodotti con troppi grassi, troppo salati, prodotti trasformati di origine animale, prodotti di latteria, prodotti trasformati del pesce
Bianco d'uovo	Tuorlo d'uovo
Olio di oliva/olio di semi/maionese light/margarina molle (quantità modesta)	Olio di palma e di cocco
Vino (se desiderato, in moderazione)	Bevande alcoliche in eccesso

Tutti gli alimenti/piatti senza sale o con poco sale; tutte le ricette con poco olio o senza grassi; tutte le porzioni modeste.

Grandezza delle porzioni. 1 porzione: verdura cruda o cotta: ½ scodella; insalata verde: 1 scodella; legumi: ½ scodella di fagioli cotti; noci/mandorle/semi: ¼ di scodella; frutta: 1 pezzo; ½ scodella di frutta fresca tagliata; ¼ scodella frutta secca; 1 fetta di pane; ½ scodella di cereali o pasta o riso; pesce, molluschi, pollo, carne: circa 100 g di alimento cotto; latte/latticini: 1 tazza di latte o yogurt; 40 g formaggio; olio/grassi: 1 cucchiaino di olio o di maionese light o di margarina molle; vino 1 bicchiere.