

Alimentazione e controllo non farmacologico della colesterolemia

La Nutrition Foundation of Italy ha emanato un documento di consenso sul controllo della colesterolemia attraverso il controllo nutrizionale e la correzione dello stile di vita, utile soprattutto in termini di prevenzione primaria

L'età media della popolazione sta progressivamente aumentando e con essa la comparsa di malattie cronicodegenerative, che rappresentano sul piano sanitario e sociale la principale fonte di perdita di qualità della vita e di impiego di risorse economiche. La prevenzione, attraverso il controllo dei fattori di rischio che facilitano la comparsa di molte patologie, è uno degli approcci vincenti per modificare favorevolmente questa situazione.

In uno scenario di lunga vita media gli alimenti assumono un'importanza particolare nella ricerca e nel mantenimento di uno stato di benessere e di salute.

Sono molti gli studi che hanno dimostrato come la riduzione dei livelli plasmatici sia di colesterolo totale sia di colesterolo LDL, mediante interventi farmacologici e il controllo nutrizionale, riduce l'incidenza di eventi cardiovascolari. In particolare gli interventi sullo stile di vita e dietetici dei pazienti possono avere una serie di effetti addizionali positivi sul controllo del peso corporeo, sull'infiammazione sistemica e sulla sensibilità all'insulina.

Nel recente documento di consenso "Controllo non farmacologico dei livelli di colesterolo nel sangue" stilato dalla Nutrition Foundation of Italy (NFI) - Centro Studi dell'Alimentazione, sono state raccolte e valutate le evidenze emerse nel corso degli anni da una serie di studi e ricerche sulla relazione tra l'alimentazione, lo stile di vita e i valori della colesterolemia (*Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease* 2008; 18: S1-S16).

Nelle indicazioni del panel di esperti emergono gli elementi che possono contribuire a un efficace controllo non farmacologico dei livelli plasmatici di colesterolo, aiutando così a prevenire patologie croniche, in particolare quelle cardiovascolari. Il documento si è focalizzato su: apporto equilibrato tra i diversi acidi grassi alimentari, integrazione della dieta giornaliera con fibre, carboidrati complessi a basso indice glicemico, assunzione quando necessaria di alimenti arricchiti di fitosteroli o proteine della soia, pratica costante dell'attività fisica.

■ Acidi grassi

Un apporto lipidico pari al 30-35% delle calorie totali è appropriato per favorire un adeguato controllo di colesterolemia totale e C-LDL nei Paesi occidentali e in particolare in Italia. Il documento raccomanda l'utilizzo soprattutto di olio extravergine di oliva, ricco di acidi grassi monoinsaturi, anche se gli effetti sui livelli plasmatici del colesterolo totale e LDL sono modesti. L'apporto di acidi grassi saturi non dovrebbe superare il 7-10% delle calorie totali; gli acidi grassi insaturi trans dovrebbero essere limitati solo ai prodotti di derivazione lattiero-casearia. Il consumo di olio di semi, ricco di grassi polinsaturi della serie n-6 (omega-6), migliora i livelli plasmatici sia di colesterolo totale sia LDL. I polinsaturi possono contribuire fino al 7-10% delle calorie totali, a cui va aggiunto l'1% degli acidi grassi polinsaturi della serie n-3 (che non modificano i livelli plasmatici di colesterolo totale e LDL).

■ Colesterolo alimentare

Il ruolo e il contributo del colesterolo alimentare nel controllo della colesterolemia e dell'aterosclerosi è ancora controverso, certo è invece il suo effetto sull'aumento dei livelli plasmatici di colesterolo totale e LDL, effetto molto meno pronunciato rispetto a quello degli acidi grassi saturi o trans. L'ampia variabilità interindividuale della quota di colesterolo assorbita (dal 30% all'80%) e il contributo del colesterolo biliare (circa 1 g/die), assoluto e non modificabile, rendono difficile determinare l'esatto contributo del colesterolo alimentare sui suoi livelli circolanti. In base alle evidenze scientifiche più recenti quindi è opportuno non superare un apporto giornaliero di colesterolo di 300 mg, quindi è prudente limitare o ridurre drasticamente gli alimenti ricchi di colesterolo, anche se alcuni, come le uova, che hanno un'importante valenza nutrizionale.

■ Carboidrati e fibre alimentari

I carboidrati assorbiti con la dieta non hanno un ruolo importante nel controllo della colesterolemia totale e LDL, ma possono ridurre i livelli se sostituiti agli acidi grassi ipercolesterolemizzanti (acidi saturi o trans). I carboidrati con un basso indice glicemico (capacità di un glucide di innalzare la glicemia dopo il pasto) aiutano a migliorare, anche se limitatamente, il colesterolo LDL e riducono i livelli plasmatici di trigliceridi. L'apporto giornaliero di 25-30 g di fibre, in particolare quelle contenu-

te nei legumi e nei cereali, come le pectine, le gomme e i betaglucani, ha un'azione ipocolesterolemizzante. La fibra solubile e formante gel è più efficace di quella non solubile sul profilo lipidico.

■ Macro e micronutrienti

- Un moderato consumo di alcol (<40 g/die nell'uomo e <25 g/die nella donna) aumenta i livelli plasmatici di colesterolo HDL, probabilmente dovuto dalla capacità dell'etanolo di aumentare la sintesi dell'apolipoproteina A1, principale apolipoproteina presente nelle HDL.
- Le proteine alimentari non sembrano avere particolari azioni sia sulla colesterolemia sia sulle sue frazioni.
- Il calcio (e forse il magnesio) e i preparati a base di aglio sembrano aiutare a ridurre la colesterolemia, anche se i dati presenti in letteratura sono discordanti.
- Le vitamine, gli altri minerali e la lecitina di soia non influenzano in modo significativo la colesterolemia totale e LDL.

■ Prodotti arricchiti in fitosteroli

I fitosteroli (steroli vegetali o stanolli) sono molecole idrofobe, strutturalmente simili al colesterolo, contenuti negli oli vegetali e in minore quantità in verdura, frutta, cereali e legumi. Sono in grado di modulare l'assorbimento del colesterolo alimentare riducendone le concentrazioni plasmatiche, in particolare della frazione LDL, mediante un meccanismo parzialmente dose-dipendente. L'assunzione con la dieta di prodotti che contengono almeno 2 g di fitosteroli riduce di circa il 10% il colesterolo totale e LDL senza effetti significativi sulla frazione HDL e sui trigliceridi. Questi alimenti andrebbero consumati durante i pasti principali, in modo continuato.

■ Proteine della soia

La supplementazione dietetica di 25 g di proteine della soia, come parziale sostituzione delle proteine

animali, riduce i livelli plasmatici di colesterolo totale e LDL, senza significativi effetti sul colesterolo HDL e sui trigliceridi. La riduzione è proporzionale al livello di colesterolemia basale.

■ Prevenzione nella donna in post-menopausa

Nella donna in menopausa è importante che la dieta tenga conto sia del fabbisogno di calcio, contenuto principalmente nel latte e nei suoi derivati, per prevenire l'osteoporosi, sia di un basso contenuto di grassi, per prevenire le malattie cardiovascolari. È dunque opportuno scegliere alimenti con un contenuto lipidico non elevato, come il latte scremato e lo yogurt magro, alcuni tipi di pesce e le verdure.

Non solo la scelta di tali alimenti, ma anche un appropriato apporto di vitamina D e un'attività fisica re-

golare aiutano la donna nella prevenzione sia della malattia osteoporotica che coronarica.

■ Variazioni del peso corporeo

Il controllo del peso corporeo riduce in modo significativo i livelli plasmatici di colesterolo totale e LDL, soprattutto nei soggetti obesi. Il controllo del peso corporeo permette anche la riduzione della trigliceridemia; se il calo ponderale è mantenuto nel tempo si osserva un aumento del colesterolo HDL.

■ Attività fisica

Una regolare attività fisica ha un effetto positivo sia sui principali fattori di rischio delle patologie cardiovascolari sia sul profilo lipidico; contribuisce inoltre al controllo del sovrappeso e dell'ipertensione. Un'attività fisica regolare aerobica induce un aumento dei livelli di HDL e diminuisce i livelli di trigliceridi plasmatici, l'effetto su colesterolo totale e LDL è inconsistente o generalmente modesto.

L'azione positiva dell'attività fisica aerobica è dose-dipendente, la soglia di efficacia è di almeno 1.500 kcal/settimana, ovvero circa 24 km la settimana di camminata veloce o corsa.

■ Dieta mediterranea

La dieta mediterranea sembra influenzare positivamente il rischio cardiovascolare. Comprende alimenti efficaci nel controllo della colesterolemia, come un abbondante consumo di verdura, ortaggi, legumi, l'utilizzo dell'olio di oliva come condimento principale, un limitato consumo di prodotti lattiero-caseari, delle carni rosse, delle uova e del vino, l'uso di prodotti alimentari locali non trasformati e l'abitudine di consumare frutta fresca alla fine del pasto. Questi elementi rendono la dieta mediterranea un buon modello di riferimento per il controllo della colesterolemia e, almeno nel nostro Paese, può rappresentare la base per la strategia di popolazione.

IN SINTESI

Raccomandazioni della NFI

Riduzione del colesterolo totale e LDL

- Ridotto consumo di acidi grassi saturi
- Aumento del consumo di acidi grassi insaturi della serie n-6
- Ridotto consumo di acidi grassi insaturi trans
- Ridotta assunzione di colesterolo alimentare
- Assunzione di alimenti ricchi di fibre
- Riduzione del peso corporeo (nei soggetti obesi o in sovrappeso)
- Consumo giornaliero di prodotti che contengono fitosteroli
- Sostituzione delle proteine animali con proteine di soia

Aumento del colesterolo HDL

- Ridotto consumo di acidi grassi insaturi trans
- Aumento del consumo di cibi con un basso indice glicemico
- Attività fisica regolare

Mod da *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Disease*
2008; 18: S1-S16