



Le Buone Abitudini

Alimentazione e stili di vita



A.L.I.Ce. VALLED'AOSTA

Associazione per la Lotta
all'Ictus Cerebrale

*«Le vecchie abitudini, anche se cattive,
turbano meno delle cose nuove e inconsuete.
Tuttavia, talvolta è necessario cambiare,
passando gradualmente alle cose inconsuete».*

Ippocrate

Testo a cura di:

Francesco Macrì, si laurea in Dietistica con lode e dignità di stampa presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino. In seguito perfeziona le proprie conoscenze in ambito nutrizionale conseguendo con lode la Laurea Magistrale in Alimentazione e Nutrizione Umana presso l'Università degli Studi di Milano.

Dal 2009 è dietista presso la SS di Dietologia e Nutrizione Clinica e il Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda USL della Valle

d'Aosta. Ha come principali aree di interesse clinico il trattamento ambulatoriale del sovrappeso e dell'obesità, dei dismetabolismi (diabete, dislipidemie, ecc.) e dei disturbi del comportamento alimentare in bambini, adolescenti e adulti.

Nel corso degli anni ha partecipato in qualità di docente in convegni in ambito dietologico, occupandosi inoltre di divulgazione scientifica sia come relatore in conferenze destinate ad associazioni, scuole e Comuni sia mediante interventi e articoli pubblicati in giornali, radio e TV locali.



Presentazione


L'alimentazione riveste un ruolo molto importante nella nostra vita. Una sana alimentazione e corretti stili di vita sono due aspetti fondamentali per mantenere il nostro corpo in salute e prevenire le principali malattie della nostra società. Nell'era attuale e nei paesi occidentali ci si ammala essenzialmente per malattie non trasmissibili, meglio note come malattie degenerative croniche o tumorali. Tra le prime quelle circolatorie, cerebro e cardiovascolari, cioè Ictus Cerebrale e infarto miocardico, tanto per intenderci, sono tra le più frequenti ed essenzialmente attribuibili a un'alimentazione e stili di vita scorretti. La dieta mediterranea, come dimostrato dal medico fisiologo americano Ancel Keys, che la scoprì qualche decennio fa, soggiornando nel Cilento, luogo a me molto familiare, e l'attività fisica regolare sono in grado, come confermate in numerose indagini epidemiologiche successive, di prevenire l'insorgenza di diversi fattori di rischio vascolare, come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, il sovrappeso, l'ipercolesterolemia e, quindi, l'insorgenza di ictus cerebrale e d'infarto miocardico.

L'opuscolo scritto dall'amico Francesco è veramente ben fatto. Molto chiaro nell'esposizione e facilmente comprensibile, anche per chi non s'intende di medicina. Ben illustrato con immagini semplici ma chiare e dirette. Questo lavoro nasce dall'esperienza professionale di tanti anni di lavoro come dietista, ma anche da quella maturata a contatto diretto col pubblico nel corso dei tanti interventi divulgativi a cui ha partecipato e in particolare a quelli molto apprezzati degli "Aperitivi Scientifici", la serie fortunata di incontri pubblici divulgativi organizzata negli scorsi anni da ALICe VDA, l'Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale della Valle d'Aosta.

Sono molto grato a Francesco per aver scritto un opuscolo dal taglio molto pratico e di aver adottato un'impostazione concreta con consigli facilmente raggiungibili nella vita di tutti i giorni e dalla maggioranza delle persone. La lettura di questo opuscolo è scorrevole e agevole. La consiglio a tutti, bambini compresi, perché la prevenzione inizia già sin dall'infanzia, ma soprattutto agli anziani e alle persone che si ritengono in qualche modo a rischio di accidenti cerebrovascolari.

Dott. Giuseppe D'Alessandro
Ideatore e fondatore di ALICe

Le Buone Abitudini

 Indice	pag.
Presentazione	5
Indice	6
1. Introduzione	8
2. Il peso corporeo	9
a. Valutazione del peso.....	9
b. Perché si aumenta di peso?.....	11
c. Conseguenza dell'obesità sulla salute.....	12
d. Quali obiettivi di peso?.....	14
e. Consigli pratici.....	14
3. L'alimentazione	16
a. Segui i principi della dieta mediterranea.....	16
b. Fraziona in più pasti la giornata ed evita di saltare la colazione.....	17
c. Controlla l'apporto di energia.....	18
d. Controlla le porzioni.....	19
e. Riduci il consumo di bevande e di zuccheri semplici.....	19
f. Consuma regolarmente cibi vegetali e ricchi in fibra.....	20
g. Segui una dieta a basso indice glicemico.....	24
h. Riduci il consumo di sale e sodio dalla dieta.....	25
i. Riduci / elimina le bevande alcoliche.....	26
j. Scegli i giusti grassi.....	27
Acidi grassi e lipoproteine plasmatiche.....	27
acidi grassi e infiammazione.....	28

k. Consuma cibi ricchi in antiossidanti.....	30	4. Esempio di dieta	37
l. Alimenti associati al rischio di ictus.....	31	5. L'attività fisica	40
bevande e alimenti contenti sostanze nervine.....	31	a. L'attività fisica e l'ictus	40
latte e derivati.....	31	b. L'attività fisica e l'eccesso ponderale.....	41
olio d'oliva.....	31	c. Caratteristiche attività fisica.....	41
frutta a guscio.....	32	quale attività?	41
pesce.....	32	quante volte a settimane è necessario svolgere l'attività fisica?.....	41
carni rosse e trasformate.....	33	quanto deve durare l'esercizio?.....	42
m. Nutrienti associati al rischio di ictus.....	33	d. La riduzione dei comportamenti sedentari	42
potassio.....	33	e. Consigli pratici.....	42
magnesio	34	6. Bibliografia	45
acido folico.....	34		
vitamina d.....	34		
n. Varia le tue scelte e soddisfa i fabbisogni con la dieta.....	35		
o. Etichetta alimentare	36		

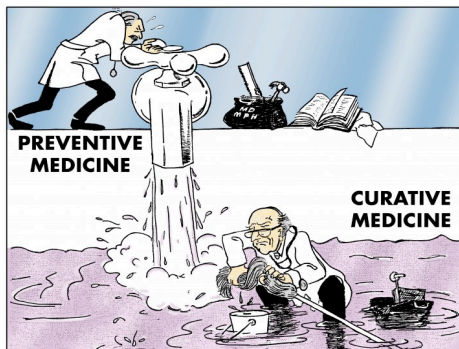
1. Introduzione

Le **malattie croniche non trasmissibili** (*Non Communicable Diseases*, NCDs) sono in costante e preoccupante aumento a livello globale. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) documentano infatti che l'68% dei decessi siano attribuibili a patologie croniche quali infarto, ictus, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche (1).

Numerose evidenze scientifiche evidenziano come i fattori di rischio ambientali rappresentano le cause principali sia delle malattie croniche sia di obesità (fattore di rischio indipendente per le NCDs). Tra i più importanti fattori di rischio modificabili ricordiamo (2):

- il peso corporeo eccessivo;**
- la ridotta o mancata attività fisica;**
- la scorretta alimentazione;**
- il consumo di alcol;**
- il fumo di tabacco.**

La **prevenzione** attraverso sani stili di vita spesso rappresenta la "cura" più efficace delle patologie croniche. Attraverso una modifica dello stile di vita è infatti possibile migliorare il proprio stato di salute riducendo parallelamente il rischio di ammalarsi di queste patologie tra cui sono comprese le **malattie cerebro e cardiovascolari** (*CardioVascular Disease*, CVD). Si stima infatti che una dieta adeguata



sia in grado di ridurre del 30% il rischio di esser colpiti dall'ictus (3). Parallelamente un'alimentazione errata e uno stile di vita sedentario sono in grado di danneggiare notevolmente il nostro stato di salute.

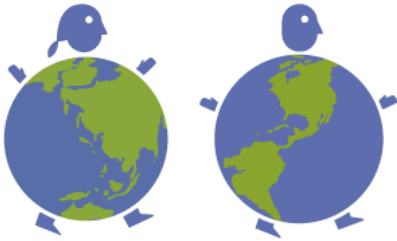


Il segreto di una buona salute poggia su corrette abitudini alimentari e un adeguato esercizio fisico!

Nelle prossime pagine saranno descritte le principali indicazioni nutrizionali e le modifiche degli stili di vita che la letteratura scientifica ha dimostrato essere in qualche modo associati alle malattie croniche in generale (es. tumori) e, nello specifico, alle malattie cerebrovascolari e all'**ictus**.

2. Il peso corporeo

L'obesità è definita dal *World Health Organization* (WHO) un accumulo eccessivo di tessuto adiposo (massa grassa) tale da comportare conseguenze negative sullo stato di salute fisico e psicologico del soggetto (4).



Attualmente l'obesità e il sovrappeso rappresentano il maggior problema di salute pubblica mondiale; il numero di persone affette è infatti in aumento in tutte le aree geografiche e fasce d'età (con picco tra i 60-65 anni) (5), per questo motivo l'OMS ha coniato nel 2001 il neologismo «*globobesity*» per

descrivere la diffusione planetaria del fenomeno. Attualmente si stima che in Italia il problema interessi circa il 40% della popolazione, aspetto estremamente critico poiché l'eccesso ponderale rappresenta un rilevante fattore di rischio per l'insorgenza dell'ictus (6).

a. Valutazione del peso

Il parametro più semplice e più utilizzato per definire il grado di obesità è l'Indice di Massa Corporea (**IMC**) o *Body Mass Index* (**BMI**) che si ricava dal rapporto tra il peso del soggetto (espresso in chilogrammi, kg) e l'altezza (in metri al quadrato, m²).

$$\text{BMI} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (metri)}^2}$$



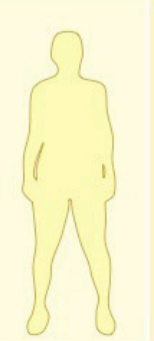
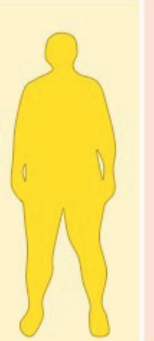

ESEMPIO: il sig. Rossi pesa 90 kg ed è alto 170 cm; il suo BMI sarà pertanto di 31.1

Diagram illustrating the calculation of BMI for a person weighing 90 kg and standing 170 cm tall. The weight is converted to 2.89 m², and the final BMI result is 31.15.

$$\frac{90 \text{ kg}}{2.89 \text{ m}^2} = 31.15$$

Le Buone Abitudini

Con il BMI possiamo quindi ottenere informazioni sulla nostra composizione corporea e sul nostro stato nutrizionale utilizzando i seguenti intervalli:

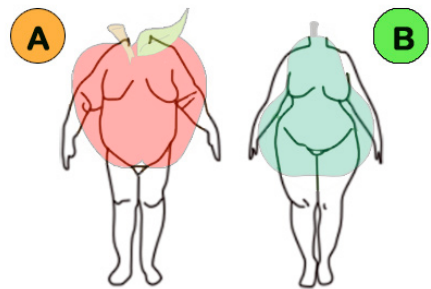
SOTTOPESO	NORMOPESO	SOVRAPPESO	OBSITA' 1	OBSITA' 2	OBSITA' 3
					
<18.5	18.5 – 24.9	25.0 – 29.9	30.0 – 34.9	35.0 – 39.9	>40.0

Un soggetto è quindi definibile "obeso" se il suo BMI supera il valore di 30 (maggiore o uguale a 25 per il sovrappeso).

Nell'esempio precedente il sig. Rossi con BMI di 31.1 presenta quindi un'obesità di primo grado.

A parità di BMI, i soggetti che accumulano grasso nell'addome, definita **obesità androide**, a "mela" (figura A) e tipica degli uomini, hanno rischi maggiori di sviluppare le complicanze rispetto a coloro che localizzano il tessuto adiposo principalmente sulle cosce e sui fianchi, definita **obesità ginoide** o a "pera" (figura B) maggiormente riscontrata nelle donne. Nell'obesità androide il grasso si espande infatti tra i visceri, comprimendoli e ostacolando la loro normale e corretta funzionalità.

Per questo la **circonferenza della vita** rispetto al BMI rappresenta una misura più attendibile della distribuzione del tessuto adiposo in sede viscerale,



aspetto più significativo della quantità assoluta di massa grassa. Per quanto riguarda l'ictus esiste una relazione diretta tra la circonferenza vita e il rischio di insorgenza di eventi cerebrovascolari (6)



Per il ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e ictus mantieni una circonferenza vita inferiore a 94 cm

(uomini) e 80 cm (donne) (7)

b. Perché si aumenta di peso?

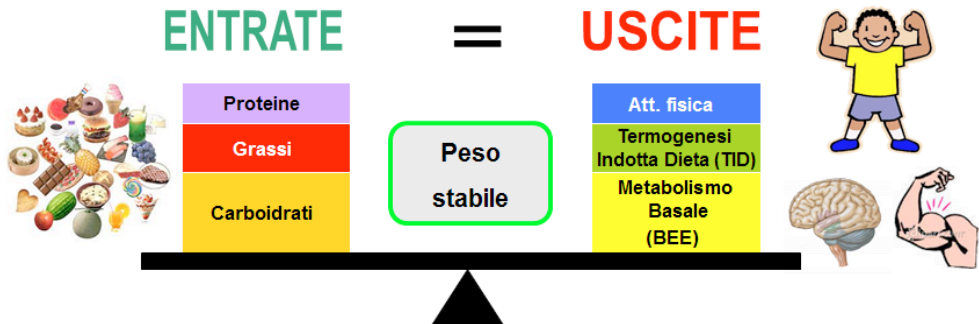
Tranne rari casi di obesità endocrino-genetiche, la maggior parte dei pazienti presenta **un'obesità essen-**

keting e dai cambiamenti sociali. Questa repentina transazione è uno dei principali responsabili dell'epidemia di obesità osservata (9).

Le variazioni di peso obbediscono alla prima legge della termodinamica (*l'energia non può né esser creata né distrutta, ma può solo trasformarsi in forme differenti*).

Nello specifico l'obesità è il frutto di un prolungato squilibrio positivo del **bilancio energetico** (vedi Figura 1), legato a un aumento dell'introito (**entrate**) o a una ridotta spesa energetica (**uscite**) o a entrambe (9).

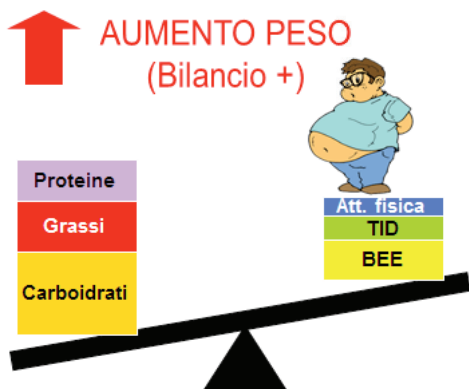
Figura 1 Bilancio energetico



ziale di origine multifattoriale, dove la predisposizione genetica incontra e interagisce con un ambiente obesogenico (8). Il passaggio da una dieta mediterranea tradizionale (vedi capitolo *L'alimentazione, segui i principi della dieta mediterranea*) a quella moderna caratterizzata dal consumo di cibi industriali, spesso ipercalorici e nutrizionalmente scarsi, è stato veloce e incentivato dalla pressione del mar-

L'energia è introdotta nel nostro corpo con gli alimenti e le bevande (tranne l'acqua) ed è utilizzata dal corpo sia durante il riposo (per mantenere in funzione gli organi quali cervello, cuore, ecc.), sia durante l'attività fisica. Se s'introduce più energia di quanta se ne consuma (**bilancio positivo**), l'eccesso si accumula nel corpo sotto forma di grasso, determinando così un aumento di peso. Se invece s'intro-

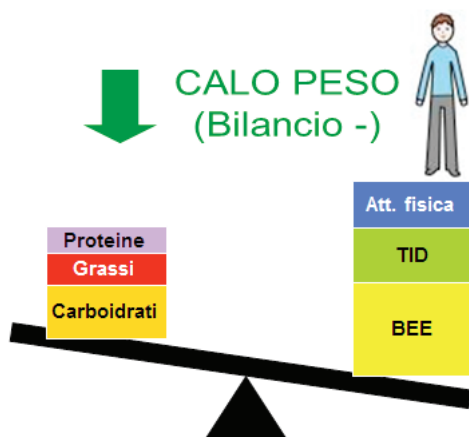
Le Buone Abitudini



ESEMPIO: per perdere 1 kg di peso è necessario avere un bilancio energetico negativo di 7700 kcal ottenibile con una restrizione di 250 kcal al giorno permette di perdere 1 kg di grasso in circa 1 mese ($250 \times 31 \text{ giorni} = 7750 \text{ kcal}$).

c. Conseguenza dell'obesità sulla salute

Numerosi studi hanno dimostrato chiaramente come l'obesità rappresenti un rilevante fattore di rischio per lo sviluppo di tutte le patologie croniche (vedi Figura 2), tra cui l'ictus, e di morte per tutte le cause (es. tumori,



duce meno energia di quanta se ne consuma (**bilancio negativo**), il corpo utilizza le sue riserve di grasso per far fronte alle richieste energetiche.

La regola comunemente più utilizzata prevede che un bilancio positivo di 7700 kcal sia responsabile di aumento ponderale di circa 1 kg di peso (10).

B.M.I.	Classe di peso	Circonferenza vita	
		uomini < 102 cm donne < 88 cm	uomini > 102 cm donne > 88 cm
Rischio relativo			
< 18,5	Sottopeso		
18,5 - 24,9	Normopeso		aumentato
25,0 - 29,9	Sovrappeso	aumentato	alto
30,0 - 34,9	Obesità 1° grado	alto	molto alto
35,0 - 39,9	Obesità 2° grado	molto alto	molto alto
> 39,9	Obesità 3° grado	altissimo	altissimo

malattie cardiovascolari). L'associazione è diretta, ovvero all'aumentare del peso, del BMI e della circonferenza vita aumenta il rischio (11). Un recente studio ha evidenziato come un adulto con obesità grave ($\text{BMI} \geq 40$) perda in media 14 anni di vita a causa delle comorbidità correlate all'eccesso pon-

derale (12). L'eccesso ponderale ha infatti notevoli conseguenze negative su tutti gli organi e apparati del nostro organismo:

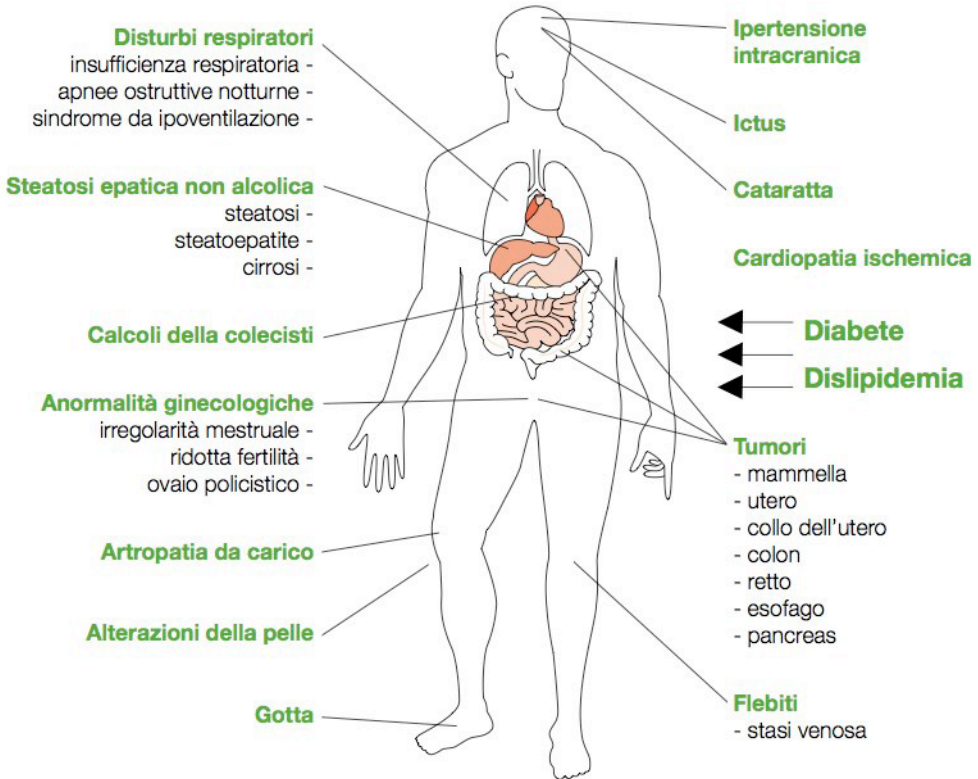


Figura 2 Conseguenze dell'obesità e dell'eccesso ponderale

L'obesità e il sovrappeso, specialmente se con accumulo addominale del tessuto adiposo, aumentano notevolmente inoltre il rischio di **sindrome metabolica** (METs), una patologia caratterizzata da alterazioni del metabolismo di zuccheri, grassi e proteine. La METs è una condizione in cui sono

presenti contemporaneamente una costellazione di fattori di rischio cardiovascolare (*obesità centrale, dislipidemia, insulino-resistenza, iperglicemia, ipertensione arteriosa*), questo comporta che il soggetto presenta un **rischio cardiovascolare complessivo** indiscutibilmente elevato (13) (14).



Mantieni per tutta la tua vita il tuo peso nell'intervallo del normopeso. Qualora il tuo peso fosse al di fuori

dei limiti normali, riportalo gradatamente entro tali limiti attraverso una corretta alimentazione (entrate) e uno stile di vita più attivo (uscite).



d. Quali obiettivi di peso?

Come descritto in precedenza per tutelare la nostra salute è importante mantenere il peso entro l'intervallo di normalità. In caso di sovrappeso o obesità l'obiettivo è invece quello di ottenere un calo del peso in grado di ridurre il rischio di sviluppare le patologie correlate all'obesità. Per raggiungere questo obiettivo è necessario modificare il proprio **stile di vita** con una vita fisicamente più attiva (un aumento delle uscite di energia) e una riduzione delle entrate caloriche per ottenere un bilancio energetico negativo (uscite che superano le entrate energetiche, vedi capitolo 2.b.). Un appropriato e ragionevole calo ponderale in soggetti con obesità o franco sovrappeso prevede una perdita di peso pari al **8-10% del peso iniziale in circa 4-6 mesi** (15). La perdita di peso deve essere però lenta e graduale poiché la riduzione

a breve termine suggerisce una modificazione dell'acqua corporea e della massa magra. È invece fondamentale che alla perdita di peso coincida sempre una diminuzione della massa grassa e una contemporanea conservazione di quella magra per evitare una deleteria riduzione del metabolismo basale e lo sviluppo della "sindrome dello yo-yo".

Una volta raggiunto il peso stabilito è fondamentale **mantenerlo** nel tempo continuando a impegnarsi sia nelle abitudini dietetiche sia nell'esercizio fisico.

e. Consigli pratici

Di seguito sono descritti alcuni consigli per raggiungere e mantenere il peso nella norma (16):

- pesati almeno una volta al mese controllando che il tuo BMI sia nei limiti normali;
- se il tuo BMI fosse al di fuori dei limiti normali richiedi un parere al tuo medico o a un esperto di nutrizione (dietista) per aiutarti a riportare gradualmente il tuo peso nell'intervallo di normalità; abituati a muoverti di più ogni giorno, pratica uno stile di vita attivo, tentando di raggiungere quotidianamente i 30 minuti di attività fisica di moderata intensità;
- evita le diete squilibrate, drastiche o "fai da te" che possono essere dannose per la tua salute.

Una dieta sana deve infatti includere tutti gli alimenti in modo equilibrato; cerca di diminuire la densità energetica consumando regolarmente ad ogni pasto alimenti ricchi di acqua e fibra quali frutta e verdura (da preferire). Poiché i carboidrati e le proteine hanno un contenuto calorico minore (4 kcal/g), una limitazione nell'apporto di grassi (9 kcal/g) e di alcol (7 kcal/g) può essere utile nel ridurre l'apporto energetico della dieta; evita di fare la spesa a stomaco vuoto (aumenta il rischio di acquistare cibo in eccesso), seguendo sempre una lista degli acquisti; leggi accuratamente le etichette nutrizionali dei cibi; elimina dal carrello gli alimenti altamente energetici, sia dolci che

salati quali merendine e patatine e le bevande gassate e zuccherate. Consuma questi alimenti solo occasionalmente; tieni d'occhio le porzioni dei piatti che cucini a casa, cucina le giuste quantità di cibo evitando di preparare porzioni maggiori; durante la preparazione del cibo evitare continui e ripetuti assaggi; mangia lentamente (permette di sentirsi più sazi e di avere un maggiore controllo su quello che si mangia), evitando durante il consumo dei pasti qualsiasi altra attività (es. guardare la televisione, utilizzare lo smartphone); una volta terminato il pasto evita di rimanere a lungo a tavola con il cibo a portata di mano.



3. L'alimentazione

Come descritto nelle precedenti pagine una **sana alimentazione** rappresenta uno strumento valido per la prevenzione, la gestione e il trattamento delle principali patologie croniche. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale, in grado di soddisfare i fabbisogni dell'organismo, ma permette anche di ottenere sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di molte malattie. Parallelamente una dieta non equilibrata qualitativa e quantitativa è in grado di danneggiare la nostra salute.

Per quanto riguarda la prevenzione dell'ictus, l'*American Heart Association* sottolinea come la nostra dieta sia in grado di modulare i principali fattori di rischio cardiovascolare quali:

**ipercolesterolemia
e iperlipemia;
ipertensione arteriosa;
obesità.**

Nelle prossime pagine sono riassunte le principali e documentate associazioni tra particolari abitudini alimentari, il consumo di alcuni cibi e nutrienti e il rischio di malattie cardiovascolari in generale e dell'ictus nello specifico.

a. Segui i principi della dieta mediterranea

La **Dieta Mediterranea** è l'insieme delle tradizioni alimentari dei popoli che vivono affacciati al Mar Mediterraneo, che si sono consolidate nelle varie epoche e sono rimaste pressoché immutate nel corso dei secoli. Questo regime dietetico è caratterizzato da (in **verde** presenti in abbondanza, in **rosso** in quantità ridotte):

**Frutta fresca e verdure
Pasta e cereali integrali
non raffinati
Legumi
Olio extravergine d'oliva
Frutta secca oleosa
Pesce**

**Fonti di acidi grassi saturi
animali: carni rosse,
carni trasformate, latticini, uova**

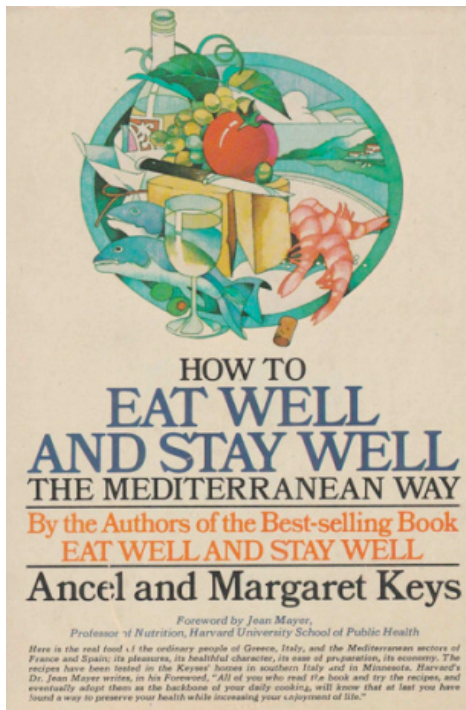
Vino rosso: contenente antiossidanti (es. resveratrolo) e assunto ai pasti e in quantità limitata rispetto alle diete di altre zone del mondo.

Il fisiologo *Ansel Keys* negli anni '50 fu il primo a intuire il ruolo positivo sulla salute della Dieta Mediterranea. Oggi abbiamo a disposizione numerose, ampie e significative ricerche che certificano il consistente effetto protettivo

del modello alimentare mediterraneo sulla maggior parte delle malattie croniche (17). L'elevata aderenza alla Dieta Mediterranea è in grado di ridurre notevolmente il rischio di eventi e morti per malattie cardiovascolari (18) con un marcato effetto protettivo specifico per l'ictus ischemico (-35%) (19). La presenza di nutrienti e componenti con spiccata attività antiaterosclerotica, antitrombotica e antinfiammatoria è alla base dell'effetto protettivo di questo modello alimentare. Nello specifico l'adesione alla Dieta Mediterranea permette una più efficace regolazione della funzione endoteliale (grazie all'alto contenuto

di Vitamine antiossidanti, acidi grassi omega 3, magnesio e potassio, acido folico) e una riduzione del grado d'infiammazione dell'organismo (presenza di elevate quantità di antiossidanti). Altri modelli alimentari sono in grado di ridurre il rischio di ictus ischemico. Ad esempio un'alta adesione al modello alimentare **DASH** (*Dietary Approach to Stop Hypertension*), presenta un notevole effetto protettivo sul rischio di ictus. Questo approccio è stato studiato e utilizzato soprattutto per il trattamento dietetico dell'ipertensione arteriosa dove la DASH, nei pazienti con ipertensione di lieve-moderata gravità, mostra effetti simili a quella delle monoterapie farmacologiche, sottolineando l'importanza delle corrette abitudini dietetiche nella prevenzione e nel trattamento di questo importante fattore di rischio cardiovascolare (20).

I principi della dieta DASH sono molto simili a quelli della Dieta Mediterranea: entrambe infatti sono caratterizzate dalla ricchezza di frutta, verdura, cereali integrali, olio extravergine d'oliva, noci e semi e una riduzione di grassi saturi di origine animale, zuccheri semplici e soprattutto di sale e sodio.

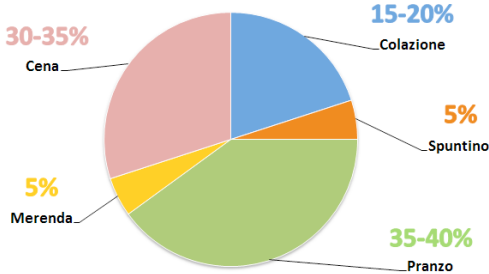


**b. Frazione in più pasti
la giornata ed evita
di saltare la colazione**

Una corretta alimentazione prevede di assumere i cibi in più pasti nell'arco giornata. L'aumento del **numero dei**

Le Buone Abitudini

pasti è infatti inversamente associato con il rischio di obesità e malattie CV. Pertanto si consiglia di distribuire le calorie in 4-5 pasti (**3 pasti principali**,



più 1-2 spuntini) come segue:

Questa suddivisione permette di non sovraccaricare il pasto da un punto di vista calorico, di evitare "picchi" di fame dovuti alle lunghe pause tra i pasti principali e di semplificare la digestione favorendo una fisiologica e duratura sazietà.

La **colazione** è un pasto molto importante e il suo consumo regolare si associa a un migliore stato di salute e di benessere in tutte le età (21). Saltare la colazione è un'abitudine condivisa da oltre il 30% degli adulti e ha delle conseguenze negative per la salute e importanti implicazioni metaboliche, quali un aumento della glicemia a digiuno, del livello di trigliceridi e del senso di fame rispetto ai soggetti che assumono regolarmente questo pasto. Diversi studi mostrano inoltre un'associazione inversa tra la frequenza di assunzione della colazione e il BMI e livello di adiposità (22) e il rischio di malattie cardiovascolari e ictus (23). Una buona colazione deve garantire il

15-20% delle calorie giornaliere (16). Essa deve comprendere fonti energetiche sia di rapido sia di lento utilizzo (vedi capitolo 4). È quindi importante assumere nel primo pasto della giornata un mix di carboidrati a differente indice glicemico (esempio pane integrale e marmellata), in associazione ad alimenti contenenti proteine e grassi (esempio una tazza di latte parzialmente scremato). Un'importante raccomandazione è quella di limitare l'assunzione di olio di palma, grassi saturi e *trans* (vedi capitolo 3.j.) contenuti in prodotti da forno quali biscotti, brioche e torte industriali (21).

Un'altra importante raccomandazione è quella di evitare di consumare la **cena** tardi; questo comportamento infatti si associa sia a un aumento del rischio di obesità sia di malattie CV, plausibilmente conseguente a una meno efficiente regolazione metabolica durante la notte (24).

c. **Controlla l'apporto di energia**

Una dieta salutare ha come obiettivo principale quello di evitare un eccesso calorico in grado nel lungo periodo di causare un bilancio energetico positivo, un aumento ponderale (vedi capitolo 2.b.) e le relative conseguenze sulla salute. È pertanto importante prediligere il consumo di **alimenti a bassa densità energetica** (esempio verdura e frutta), limitando contemporaneamente le **bevande zuccherate** (vedi

paragrafo 3.c.) e i **cibi a elevata densità calorica** in grado di fornire enormi quantità di calorie in piccoli volumi (225-275 Kcal per 100 gr di alimento). Questi alimenti sono spesso caratterizzate dal basso costo e dalle scarse proprietà nutrizionali poiché caratterizzati dall'alto contenuto di grassi di bassa qualità, zuccheri semplici e dallo scarso apporto di composti utili all'organismo (vitamine, sali minerali, fibre, ecc.). Le implicazioni sulla salute sono ancora più importanti nel momento in cui questi alimenti, anche per il loro limitato effetto saziante, spesso sono consumati in porzioni abbondanti.

Appartengono a questa categoria:

- prodotti da forno;
- dolci industriali;
- snack dolci, salati
- e *junk food* ("cibi spazzatura");
- cibi pre-confezionati o pre-cucinati;
- cibi dei fast food.

d. Controlla le porzioni

Le **porzioni abbondanti** influenzano l'apporto energetico totale del pasto (25). L'aumentato introito calorico inoltre non implica un parallelo incremento della sensazione di sazietà e pienezza (26). Considerando che anche un lieve ma prolungato *surplus* energetico facilmente può portare a un bilancio energetico positivo, è evidente che le porzioni eccessive abbiano nel lungo periodo un ruolo negativo nello sviluppo dell'obesità e delle complicanze ad essa associate.



Consuma porzioni di cibo non abbondanti eventualmente ripetibili invece che porzioni singole più grandi. Se possibile

utilizza piatti di piccole dimensioni poiché, a quantità simili, tenderemo a pensare di aver mangiato poco se il cibo è servito in un piatto grande rimasto mezzo vuoto, mentre ci sembrerà una porzione adeguata quella che colma per bene la stoviglia.

e. Riduci il consumo di bevande e di zuccheri semplici

Un consumo elevato di **bevande zuccherate** è associato ad un aumento del rischio di ictus (27). Questa relazione sembra esser mediata dagli effetti sfavorevoli su colesterolo "cattivo" LDL, glicemia e insulina. Inoltre il consumo regolare di bevande zuccherate è associato con importanti fattori di rischio cardiovascolare quali diabete, sindrome metabolica, sovrappeso e obesità sia negli adulti e sia nei bambini (28). Le bevande sono tra le principali e spesso sottovalutate (vedi Figura 3) fonti di zuccheri semplici della nostra dieta. Questi ultimi contribuiscono notevolmente all'aumento della densità energetica della dieta e alla promozione di un bilancio energetico positivo (29) e pertanto sono in grado di influenzare notevolmente il nostro peso corporeo (30).

Le Buone Abitudini



Figura 3 Contenuto “nascosto” di zucchero nelle bevande zuccherate

Numerose evidenze mostrano inoltre che le calorie in forma liquida, sono regolate con maggiori difficoltà dall'organismo, non determinando la compensazione dell'energia assunta ma, al contrario, incentivano spesso un loro consumo smodato (31). Il consumo di bevande zuccherate può inoltre ridurre il consumo di altri cibi dal contenuto nutrizionale adeguato contribuendo all'instaurazione di una dieta non salutare e all'aumentato rischio di obesità e malattie croniche. Per questo motivo le linee guida dell'OMS sul consumo di **zuccheri semplici** raccomandano una loro assunzione **inferiore al 10%** dell'energia giornaliera (32). La Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU), nella recente edizione dei “Livelli di Assunzione di

Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana” (LARN), raccomanda invece un apporto di zuccheri semplici **inferiore al 15%**, mentre un apporto superiore al 25% è da considerare potenzialmente legato a eventi avversi per la salute (33).



Quando acquisti un alimento leggi sempre attentamente l'etichetta nutrizionale, scegliendo i cibi a più basso contenuto in zuccheri semplici (dicitura “di cui zuccheri” con valore più basso possibile)

f. Consuma regolarmente cibi vegetali e ricchi di fibra

Numerose evidenze dimostrano come il consumo abituale di **alimenti vegetali** è associato a un ridotto rischio di morte per tutte le cause e di eventi vascolari tra cui l'ictus (34). Per quanto riguarda frutta e verdura, un aumento del loro consumo di 200 g al giorno è in grado di ridurre il rischio di ictus fino al 30% (35). Una dieta ricca in alimenti vegetali e **fibra** riduce infatti i valori pressori (in particolare nei soggetti ipertesi), principale fattore rischio dell'ictus, con effetti positivi anche su altri importanti fattori di rischio quali la sensibilità insulinica, il profilo lipidico e l'infiammazione dell'organismo. L'effetto è mediato dalla complessa interazione dei nutrienti presenti nei cibi

vegetali, tra cui sali minerali (es. potassio), vitamine (es. folati), antiossidanti e, soprattutto, fibra alimentare.

Una dieta equilibrata deve quindi prevedere un elevato apporto di **fibra**, sia **solubile** (presente in frutta e verdura) sia **insolubile** (presente nei legumi e nei cereali integrali). Per quanto riguarda l'ictus l'effetto positivo è riscontrato per entrambe le qualità di fibra ed è "dose-risposta", ovvero il rischio di ictus si riduce all'aumentare dell'apporto di fibra (*riduzione del rischio del 10%, 16% e 23% per incrementi di 5 g, 10 g e 15 g al giorno e in media del 12% ogni 10 g d'incremento giornaliero di fibra*) (36).

Un'alimentazione ricca di alimenti di origine vegetale è utile anche per la prevenzione e il trattamento dell'eccesso ponderale, condizioni strettamente correlate con la nostra salute (*vedi capitolo 2.c.*). La fibra contenuta negli alimenti vegetali permette infatti una miglior risposta ormonale post-prandiale e una riduzione sia dell'indice sia del carico glicemico del pasto (*vedi capitolo 3.g.*), fattori entrambi in grado di facilitare il mantenimento e/o il raggiungimento di un peso salutare. Oltre a questo aspetto metabolico, la frutta e la verdura favoriscono un bilancio energetico adeguato. Questi alimenti essendo ricchi di acqua e fibra permettono infatti di ridurre la densità energetica della dieta; questo è reso possibile sia perché la maggior parte dei cibi vegetali hanno poche calorie sia perché limitano l'assunzione di altri cibi grazie

all'alto potere saziante a breve e lungo termine di questi alimenti legato sia all'aumento del volume gastrico (con riduzione degli ormoni della fame rilasciati dallo stomaco) sia al rallentamento del suo svuotamento.



In caso di eccesso ponderale è consigliato assumere 10-15 minuti (es. mentre si prepara il pasto o si apparecchia) prima del pasto principale una porzione abbondante di verdura (cotta o cruda) come "antipasto".

Nella scelta della **verdura** privilegia quelle a **maggior contenuto di fibre** (*carciofi, carote, fagiolini, melanzane, broccoli, funghi, cavolfiore, zucchine*). Questo principio, oltre a quello della stagionalità (*vedi Figura 4 e 5*), vale anche nella scelta della **frutta fresca** (*mele, agrumi, nespole, fragole, pere, prugne, albicocche, kiwi*), da assumere preferibilmente lontano dai pasti principali negli spuntini di metà mattino e di metà pomeriggio.



Introduci almeno 3 porzioni abbondanti al giorno di verdura (1-2 a pasto) e 2-3 di frutti (meglio se di stagione), variandone la qualità e il colore ogni giorno.

Le Buone Abitudini

I **cereali e derivati** (*pane, crackers, grissini e altri prodotti da forno*) sono invece la fonte principale di carboidrati complessi della nostra dieta; questi dovrebbero coprire il **45-60%** della quota calorica giornaliera (33).



Nella scelta è importante preferire cibi **naturalmente ricchi in fibra** (per i prodotti preconfezionati usa l'etichetta nutrizionale), limitando il consumo di amidacei raffinati dall'elevato indice glicemico (*riso bianco, pasta, farine 0, patate*). Per raggiungere questo obiettivo è consigliato il consumo abituale di **pasta e riso integrale**, sostituendoli almeno 2-3 volte/settimana con **cereali integrali** in chicco (*orzo, farro, avena, miglio, quinoa, kamut, segale, grano saraceno*) dal maggior contenuto di fibra rispetto a riso e pasta "comuni". Il consumo di cereali integrali è associato alla riduzione del rischio cardiovascolare generale e di ictus nello specifico (37).



Consuma quotidianamente i cereali e derivati, prediligendo quelli integrali e ricchi in fibra (vedi etichette).

Al fine di aumentare l'apporto di nutrienti utili alla nostra salute quali sali minerali, vitamine del gruppo B e fibra, è consigliato consumare abitualmente anche i **legumi**. Il loro consumo regolare permette di ridurre il rischio di ictus (38) e riduce significativamente i valori pressori sia nei soggetti ipertesi sia normotesi. All'interno di questo gruppo di alimenti troviamo *piselli, fagioli, lenticchie, ceci, fave, cicerchie, soia*.

È preferibile consumarli freschi, secchi (da reidratare) e surgelati, limitando invece i prodotti in scatola. Essendo un'ottima fonte di proteine il loro consumo rappresenta un'alternativa settimanale al secondo piatto animale. Per garantire la copertura dei fabbisogni di amminoacidi è consigliato consumare i legumi in piatto unico insieme a cereali (es. pasta e fagioli, riso e piselli,



farro e lenticchie). In questo modo è possibile ottenere una miscela proteica paragonabile a quella delle proteine di origine animale.



Consuma almeno 3 volte la settimana i legumi freschi o secchi, sotto forma di zuppe o minestre o come piatti unici associati ai cereali.

Alimentazione e stili di vita



Figura 4 Stagionalità della verdura - tratto da (39)

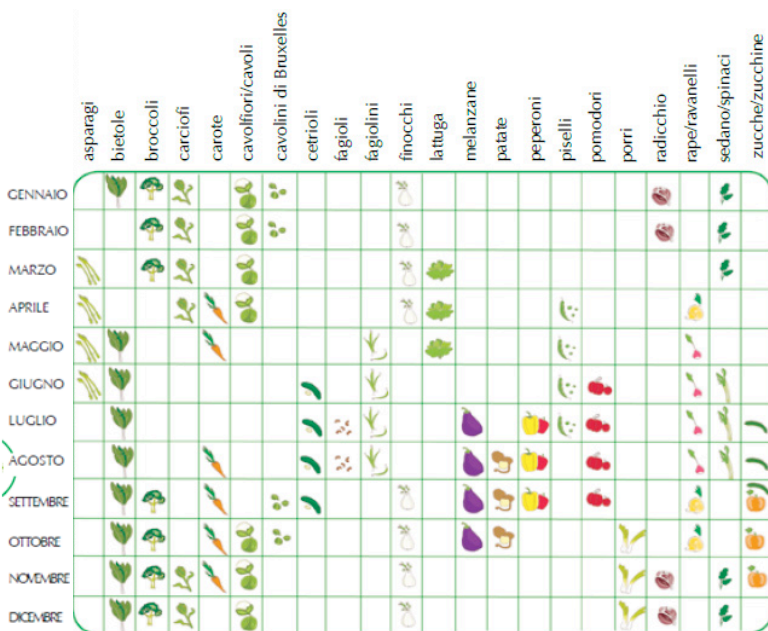


Figura 5 Stagionalità della frutta - tratto da (39)

g. Segui una dieta a basso indice glicemico

La tendenza a un veloce ed eccessivo aumento della **glicemia post-prandiale** ha un impatto negativo sulla nostra salute. L'**indice glicemico** (IG) di un cibo indica la velocità con cui aumenta la **glicemia** in seguito alla sua assunzione. L'IG di un alimento dipende dalle sue caratteristiche chimiche; questo indice offre quindi informazioni sulla qualità dei carboidrati ma la risposta glicemica è influenzata anche dalla loro quantità. Per questo è stato introdotto un altro indicatore che tiene conto sia della quantità sia della qualità di carboidrati assunti: il **Carico Glicemico** (CG) che permette di confrontare in modo più affidabile l'impatto sulla glicemia dell'intero pasto (più il carico glicemico è basso minore sarà l'aumento della glicemia dopo il pasto).

Attraverso un motore di ricerca è possibile individuare e scaricare online diverse tabelle riassuntive con l'IG dei principali alimenti. Uno dei database più affidabili è consultabile a questo indirizzo:

www.glycemicindex.com

La classificazione degli alimenti in base al loro IG è il seguente:

Indice Glicemico Alto

IG uguale o maggiore a 70

Indice Glicemico Medio

IG compreso tra 56-69

Indice Glicemico basso

IG uguale o inferiore a 55

La dieta ad **alto indice** e **carico glicemico** è un rilevante fattore di rischio per molte malattie croniche compreso l'ictus. Alla base di questa relazione sembra esserci il danno alle arterie conseguente all'aumento cronico della glicemia e dell'insulina post-prandiali (6). Il consumo di cibo è inoltre più elevato dopo l'assunzione di cibi con alto IG rispetto a quelli a basso; questo può comportare l'aumento delle calorie assunte favorendo l'eccesso ponderale a lungo termine (40).



Preferisci il consumo di alimenti a basso IG (es. frutta, verdura, legumi, cereali integrali) limitando invece

quello di cibi a IG alto (dolci, zucchero, bevande dolci, pane bianco, riso, patate, pizza)

Nell'ottica della prevenzione, oltre alla scelta di alimenti con IG basso, è importante agire su altri fattori (in verde) in grado di modificare l'IG e il CG totale del pasto quali:

Quantità carboidrati

evita porzioni eccessive

Food processing

preferisci cotture blande e primi cotti "al dente"

le cotture lunghe (es. cibi cotti al forno, cibi bolliti) favoriscono

e velocizzano la digestione

enzimatica degli amidi (picco

glicemico post-prandiale più alto)

Proteine e grassi

assumi sempre pasti completi

grassi e proteine rallentano lo svuotamento dello stomaco riducendo anche la velocità di assorbimento dei carboidrati

Fibre

assumi sempre le verdure in ogni pasto principale

la fibra permette una miglior risposta ormonale post-prandiale e una riduzione sia dell'indice sia del carico glicemico del pasto (41).

h. Riduci il consumo di sale e sodio dalla dieta

Il sale è importante per dare gusto ai piatti della nostra dieta e per la salute dell'organismo ma i livelli di cui necessitiamo sono sensibilmente inferiori a quelli consumati abitualmente dalla popolazione. Per la nostra salute questo è molto pericoloso poiché il consumo elevato di **sale** (*cloruro di sodio, NaCl*) e **sodio** (Na) con la dieta aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e ictus. In quest'ultimo caso ad un aumento giornaliero di 5 g di sale corrisponde una differenza nel rischio di ictus di circa il 23%. Questa associazione è giustificata dalla forte relazione tra consumo di sale e pressione arteriosa e dall'efficacia della dieta iposodica nel diminuire i valori pressori (6).

L'OMS raccomanda a tal proposito la riduzione dell'apporto di **sodio inferiore a 2 g al giorno** (pari 5 g di sale) al fine di ridurre la pressione arteriosa e il rischio di patologie croniche (42). Per raggiungere questi obiettivi è importante limitare sia il consumo di prodotti ricchi di sodio (*es. formaggi, affettati, dado, salse, prodotti industriali, trasformati e in scatola*) sia il sale discrezionale aggiunto in cucina o a tavola. La scarsa soglia di sapidità del nostro gusto permette di raggiungere agevolmente questo obiettivo; è infatti sufficiente diminuire gradualmente l'aggiunta di sale ai piatti per dare al palato il tempo di abituarsi al nuovo gusto dei cibi.



Riduci gradualmente il consumo di sale (sempre iodato), da aggiungere solo a fine cottura (non tenere

la saliera in tavola per disincentivarne l'aggiunta).

Per insaporire e marinare le pietanze utilizza erbe aromatiche, spezie, limone e aceto di vino/mele, limitando i condimenti ricchi in sodio (dado da brodo, ketchup, salsa di soia, senape, ecc).

Le Buone Abitudini

L'attenta lettura dell'**etichetta nutrizionale** rappresenta sempre un essenziale strumento per individuare gli alimenti a minor contenuto di sale e sodio (il valore del sodio presente nella tabella va moltiplicato per 2,5 per calcolare la quantità di sale presente), seguendo le informazioni contenute nella tabella sottostante:

	Sodio	Sale
ALTO	superiore a 0,4-0,5 g/100 g	superiore a 1-1,2 g /100 g
MEDIO	da 0,12 a 0,4-0,5 g/100 g	da 0,3 a 1-1,2 g /100 g
BASSO	inferiore a 0,12 g/100 g	inferiore a 0,3 g /100 g
N.B. 1 grammo di sodio (riportato in etichetta) corrisponde a 2,5 grammi di sale		

cerebro-vascolari. Un recente lavoro ha infatti dimostrato come anche nei moderati bevitori, una riduzione del consumo di etanolo sia protettivo per la salute del sistema cardiovascolare (43). Oltretutto le bevande alcoliche forniscono parecchie calorie (7 kcal per grammo), quindi un consumo abituale di alcol può aumentare il rischio di sovrappeso e delle sue conseguenze sulla salute.



Riduci il consumo di bevande alcoliche (è consigliata la completa astensione nei soggetti non bevitori)

i. Riduci/elimina le bevande alcoliche

Un regolare consumo di **alcol**, indipendentemente dal tipo di bevanda e anche in piccole dosi, è associato a un aumentato di rischio di sviluppare patologie croniche comprese quelle

Le principali linee guida raccomandano di non superare in alcun caso la quantità giornaliera di alcol equivalente a 2-3 Unità Alcoliche (U.A.) nell'uomo e di 1-2 nella donna e nell'anziano. Una U.A. contiene circa 12 grammi di etanolo e corrisponde a:



oppure

birra

bicchiere 330 ml

5°



oppure

vino

bicchiere 125 ml

12°



oppure

aperitivo

bicchiere 80 ml

18°



cocktail alcolico

bicchiere 40 ml

36°

un bicchiere di una qualunque bevanda alcolica contiene circa 12 grammi di alcol

1 unità = 12 grammi di alcol

j. Scegli i giusti grassi

I grassi della dieta in base alla loro provenienza si distinguono in:

grassi di **origine animale** che presentano un elevato contenuto di **acidi grassi saturi** e **colesterolo**;

oli di **origine vegetale** (*olio di oliva, di semi, ecc.*) caratterizzati da un elevato contenuto di **acidi grassi insaturi** (mono- o polinsaturi);

grassi trans ottenuti attraverso la solidificazione industriale di olii liquidi (es. *margarine, prodotti industriali, fritti*).

Mentre in passato venivano promosse le diete a basso contenuto di grassi, le recenti evidenze hanno dimostrato come la **qualità** degli acidi grassi (AG) abbia maggior impatto sulla salute rispetto alla **quantità** totale di grassi consumati (44).



Limita i grassi di origine animale, preferendo il consumo di quelli vegetali (ma non l'olio

di cocco e di palma), utilizzandoli preferibilmente a crudo o a fine cottura.

La Società Italiana di Nutrizione Umana nei recenti LARN indica nel **20-35%** la

quota calorica ideale che nella dieta deve derivare dai grassi (33). Nella strategia dietetica di prevenzione delle patologie cardio- e cerebrovascolari è inoltre importante:

limitare il consumo di:

• **acidi grassi saturi** (formaggi, carni grasse, salumi, uova, burro, strutto, ecc.) inferiore al 10% delle calorie totali;

• **acidi grassi trans** inferiore all'1% delle calorie totali / il consumo più basso possibile (minore è l'introito maggiori saranno i vantaggi per la salute);

• **colesterolo** inferiore a 300 mg al giorno.

aumentare il consumo di:

• **acidi grassi insaturi**, sia monoinsaturi (olio d'oliva, olio d'arachide) sia polinsaturi (esempio olii vegetali, pesce, noci).

Gli acidi grassi della dieta sono in grado di modificare fattori di rischio cardiovascolari quali lo stato d'infiammazione dell'organismo e la concentrazione delle lipoproteine plasmatiche (con l'aumento dei trigliceridi, del colesterolo totale, di quello "cattivo" LDL e la riduzione di quello "buono" HDL).

Acidi grassi e lipoproteine plasmatiche

Nell'ottica della prevenzione delle malattie cardiovascolari è fonamen-

Le Buone Abitudini

VALORI GRASSI PLASMATICI	QUALITA' GRASSI DELLA DIETA					
	Acidi grassi saturi	Acidi grassi Trans	Colesterolo	Acidi grassi monoinsaturi (es. oleico)	Acidi grassi polinsaturi ω -6	Acidi grassi polinsaturi ω -3
Colesterolo totale	↑↑↑	↑↑↑	↑	-	↓	↓
Colesterolo LDL	↑↑↑	↑↑↑	↑	-	↓	↓
Colesterolo HDL	↑	↓↓↓	-	↑	↓	-
Trigliceridi	-	-	-	↓	↓	↓↓↓

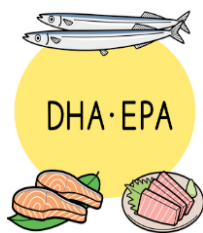
tale ridurre nel sangue la quota di trigliceridi e colesterolo LDL, aumentando quello HDL. La tabella seguente riassume il ruolo dei vari acidi grassi della dieta sui livelli di colesterolo e trigliceridi plasmatici (11) (44):

Una dieta sana deve prevedere un adeguato apporto di AG **monoinsaturi**. L'**olio d'oliva** (vedi capitolo 3.i. *Olio d'oliva*), condimento principe della Dieta Mediterranea, è la fonte principale di AG monoinsaturi (acido oleico) della dieta. Inoltre la presenza di Vitamina E, antiossidanti e il corretto rapporto omega-6/omega-3 (vedi dopo) garantisce un'elevata attività anti-infiammatoria di questo prezioso alimento.

Dalla tabella precedente appare inoltre chiara l'importanza del consumo regolare di alimenti contenenti acidi grassi **polinsaturi**. In questa classe si trovano gli acidi grassi:

omega-6 (ω -6), principale è l'*acido linoleico*: prevalentemente di origine vegetale (es. *olio di mais, girasole, soia e noci*);

omega-3 (ω -3), principali sono acido α -linolenico, EPA e DHA): presenti in alimenti di origine vegetale (es. *olio di soia, noci, lino*), in alcune alghe e nel pesce.





Per la salute vascolare è noto e importante il ruolo protettivo degli **ω -3**, in particolare l'**EPA** (*acido eicosapentaenoico*) e il **DHA** (*acido docosaesaenoico*) che si trovano in quantità elevate nel **pesce** (vedi j. *Pesce*), soprattutto se **azzurro** (*sardine, acciughe, alici, sgombro*) e con **carni più grasse** (*salmone, tonno*).

Acidi grassi e infiammazione

Un altro ruolo cruciale dei grassi della dieta è rappresentato dalla loro capacità di modulare il livello d'infiammazione del corpo. Il nostro organismo, a partire dagli AG polinsaturi, sintetizza infatti gli **eicosanoidi**, composti biolo-

gici che regolano moltissime funzioni organiche tra cui appunto la risposta infiammatoria dell'organismo. Questi di norma sono distinti in:

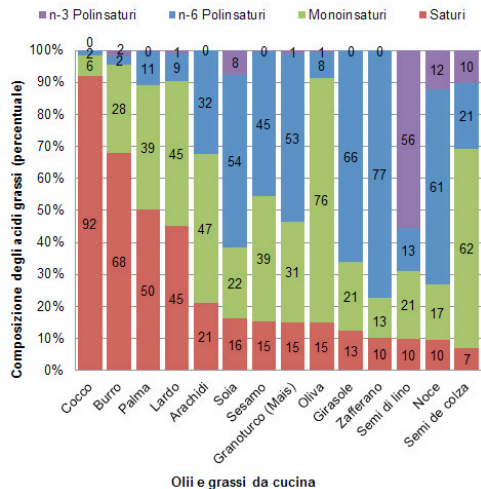
 **eicosanoidi "buoni":** riducono il processo infiammatorio e l'aggregazione delle piastrine;

 **eicosanoidi "cattivi":** favoriscono l'infiammazione e l'aggregazione delle piastrine.

Di norma gli eicosanoidi "cattivi" derivano dagli AG saturi e dall'**acido arachidonico** (AA), presente soprattutto nei cibi di origine animale (*burro, carni e tuorlo d'uovo*). L'AA è anche prodotto dal nostro corpo a partire dall'acido linoleico (omega-6). Al contrario la fonte di eicosanoidi "buoni" è rappresentata dagli acidi grassi omega-3 α -linolenico, EPA e DHA. Gli omega-3, soprattutto l'EPA e il DHA, ostacolano anche la sintesi di eicosanoidi "cattivi" derivanti dall'acido arachidonico.

La comparsa e lo sviluppo della maggior parte delle malattie croniche, tra cui quelle cerebrovascolari, sono favoriti da uno stato d'infiammazione eccessivo dell'organismo. È quindi importante portare in tavola cibi che riducono l'infiammazione (es. antiossidanti quali vitamina A, C, E), evitando o riducendo fortemente quelli che invece la promuovono. In quest'ottica è essenziale bilanciare l'apporto di acidi grassi polinsaturi in modo da garantire il **giusto equilibrio** tra **eicosanoidi "buoni"** e **"cattivi"**. Il **rapporto**

ottimale tra acidi grassi polinsaturi **omega-6/omega-3** dovrebbe essere almeno di 1:6 (gli studi più recenti suggeriscono di tentare il raggiungimento di valori compresi tra 1:2 e 1:4). Nella società occidentale industrializzata questo rapporto tende invece a superare l'1:10, con notevole sbilanciamento a favore degli omega-6 conseguente all'aumento del consumo di oli vegetali (*mais, girasole, arachidi*), al limitato consumo di pesce e alla minor presenza di omega-3 nel pesce di allevamento rispetto a quello pescato. Per riequilibrare il rapporto è quindi fondamentale aumentare il consumo di pesce (*vedi capitolo 3.i. Pesce*), prediligendo come condimento l'olio d'oliva che presenta un più corretto rapporto tra omega-6/omega-3 rispetto agli altri olii vegetali ricchi in omega-6 (vedi grafico).



k. **Consuma cibi ricchi in antiossidanti**

Le stimolazioni dell'ambiente esterno (inquinamento, farmaci, fumo, ecc.) e le reazioni biochimiche che avvengono nelle cellule producono **radicali liberi** come le **specie reattive dell'ossigeno** (ROS). I ROS sono estremamente instabili, reattivi e se presenti in eccesso possono causare uno **stress ossidativo** che danneggia le strutture cellulari (DNA, proteine, membrane, ecc.), favorendo l'invecchiamento precoce, la genesi e lo sviluppo di molte malattie cronic-degenerative (tumore, aterosclerosi, diabete ed eventi ischemici, ecc.).



Una corretta e sana alimentazione è in grado di modulare lo stress ossidativo e contrastare il danno alle cellule attraverso:

basso consumo di alimenti e nutrienti che aumentano la **produzione di ROS** come acidi grassi saturi e *trans* (vedi 3.j.);

elevato apporto di alimenti e nutrienti con marcato effetto **antiossidante** (vitamine A, C, E, composti fitomedicali quali polifenoli, antociani, ecc.).

Ad esempio per quanto riguarda gli eventi cerebro-vascolari è stata riscontrata un'associazione inversa tra i valori ematici e il consumo di **vitamina C** (*verdura a foglia verde, agrumi, kiwi, crucifere, frutti rossi*) e il rischio di ictus (riduzione del rischio del 17% per ogni aumento di consumo di 100 mg/die di questa vitamina). Vista l'elevata sensibilità della vitamina C alle alte temperature si consiglia l'assunzione di questi alimenti preferibilmente a crudo.



Consuma quotidianamente cibi ricchi in antiossidanti (frutta, verdura, olio d'oliva e pesce); varia ogni giorno

il colore dell'alimento vegetale consumato ("dieta arcobaleno") in modo da garantire la copertura di tutti i fabbisogni di nutrienti e sostanze con effetto antiossidante.

Una dieta varia ed equilibrata può e deve garantire la copertura di fabbisogni di vitamine e degli antiossidanti necessari. Per questo motivo, tranne in casi particolari, l'utilizzo spesso ingiustificato di **integratori alimentari vitaminici** o **antiossidanti** non è raccomandato nell'ottica della prevenzione delle malattie croniche e nel miglioramento dello stato generale di salute.

I. Alimenti associati al rischio di ictus

Bevande e alimenti contenuti sostanze nervine

Numerosi studi hanno evidenziato un importante effetto protettivo del consumo moderato di **caffè** sul rischio di ictus e delle malattie cardiovascolari (45). Il medesimo effetto protettivo è riscontrabile anche nei soggetti che consumano abitualmente **te**, con effetto più marcato per il **te verde** (46), e moderate quantità di **cioccolato** (da preferire quello fondente). L'effetto protettivo è mediato dall'azione favorevole della caffeina, di vitamine del gruppo B, del potassio (cioccolato) e di potenti antiossidanti quali catechine, polifenoli e acido clorogenico contenuti negli alimenti nervini.



A meno di controindicazioni mediche, consuma con moderazione il caffè (2-3 tazzine al giorno), il tè verde (2-3 tazze

al giorno) e, massimo 4-5 volte a settimana, 30 g di cioccolato (preferisci quello fondente e con meno zuccheri semplici).

Latte e derivati

Recenti studi hanno evidenziato l'effetto protettivo del moderato consumo di **latte** (massimo effetto con un con-

sumo di 125 g al giorno) e derivati a ridotto contenuto in grassi (es. **formaggi magri**) sul rischio di ictus (47). L'effetto sembra dovuto ai minerali (*calcio, magnesio, potassio*) e peptidi bioattivi presenti in questi cibi (6). Un riflessione particolare merita il **burro**. Per anni questo alimento è stato demonizzato come nemico della nostra salute in particolare in riferimento alle malattie cardiovascolari. Importanti e recenti studi hanno invece in parte "scagionato" questo grasso poiché il suo consumo moderato, occasionale e in piccole dosi non si associa a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, di ictus e di diabete (48).



Consuma con moderazione il latte e i suoi derivati prediligendo quelli magri. È permesso inoltre un consumo

moderato del burro come grasso da condimento (prediligi in ogni caso il consumo degli olii vegetali nella preparazione dei piatti).

Olio d'oliva

Il consumo abituale di **olio d'oliva**, soprattutto di quello **ex-**



Le Buone Abitudini

tra-vergine, ha un notevole effetto protettivo sulla salute cardiovascolare. Nello specifico un consumo abituale di olio d'oliva è in grado di ridurre dal 24% al 40% il rischio di andare incontro a malattie cerebrovascolari (6) (18).



Usa l'olio di oliva per condire i tuoi piatti. Utilizzalo anche nelle cotture poiché rispetto agli altri olii vegetali è più stabile alle alte temperature.

L'effetto protettivo non sembra essere legato a un singolo nutriente ma piuttosto all'azione simultanea di diversi componenti (*acidi grassi monoinsaturi*) responsabili delle spiccate proprietà anti-infiammatorie, antiossidanti e vasodilatatorie di questo tradizionale e prezioso condimento della dieta Mediterranea.

Per quanto riguarda l'azione sull'infiammazione è importante ricordare la presenza nell'olio d'oliva sia di potenti antiossidanti (*vitamina E, polifenoli, tocoferoli, ecc.*) sia di un più corretto rapporto tra acidi grassi polinsaturi omega-6/omega-3 (*vedi capitolo 3.j. Acidi grassi e infiammazione*) rispetto ad altri olii vegetali (es. mais, girasole e arachidi).

Frutta a guscio

Il consumo moderato di **frutta a guscio** (*noci, mandorle, anacardi, nocciole non tostate*), all'interno di una dieta mediterranea, è associato a una note-

vole riduzione (fino al 40%) del rischio di ictus (18).

L'effetto protettivo potrebbe essere mediato da differenti nutrienti presenti in questi frutti oleosi, in particolare dagli acidi grassi monoinsaturi e polinsaturi (omega-3), ma anche fibra alimentare, potassio, calcio, magnesio e vitamine del gruppo B.



Consuma ogni giorno almeno 30 g di frutta oleosa (esempio noci, nocciole, mandorle, ecc.).

Pesce

Un consumo abituale del **pesce** è in grado di

ridurre il rischio di ictus fino al 12% (6). Si stima infatti che il rischio di ictus si riduce di circa il 6% per ogni aumento di 15 g del suo consumo giornaliero (49).

Oltre che dagli omega-3, soprattutto EPA e DHA (*vedi capitolo 3.j.*), il ruolo protettivo sembra esser dovuto anche ad altri nutrienti presenti in abbondanza nei pesci quali amminoacidi essenziali, minerali (*potassio, calcio e magnesio*) e vitamine (*D e del gruppo B*).





Si consiglia il consumo settimanale di almeno 2-3 porzioni di pesce (fresco o surgelato), preferendo quello azzurro e di piccola taglia.

Carni rosse e trasformate

Elevati apporti di **carni rosse** e, soprattutto, **trasformate** (es. *salumi, affettati, wurstel, ecc.*) si associano negativamente con molte malattie croniche tra cui i tumori del tratto gastrointestinale e le malattie cardio- e cerebro-vascolari.



Nel caso specifico dell'ictus, un consumo eccessivo di questi alimenti sembra

aumentare il rischio dall'11-27% con effetto dose-dipendente (3); si stima infatti che il rischio aumenti di oltre il 10% ogni 100 g di carni rosse consumate in più nella singola giornata, con effetti negativi già a partire dai **70 g al giorno** per le **carni rosse fresche** e al minimo consumo di **carni rosse processate** (cioè qualsiasi quantitativo maggiore di 0 g al giorno) (50).



Consuma le carni rosse al massimo 1-2 volte alla settimana (meno di 500 g/sett) e occasionalmente insaccati, carni lavate e processate.

L'associazione delle carni rosse e trasformate con le malattie cardiovascolari sembra essere collegato al loro alto contenuto di acidi grassi saturi e colesterolo nonché agli effetti negativi sulla pressione arteriosa legate all'elevato contenuto di sale e sodio delle carni trasformate.

m. Nutrienti associati al rischio di ictus

Potassio

Numerosi studi hanno sottolineato il ruolo protettivo del consumo di

Figura 6 Principali fonti di potassio della dieta (INRAN)



Le Buone Abitudini



Petto pollo: **497**



Trotta: **465**



Cavoli Bruxelles: **450**



Grano Saraceno-Farro: **445**



Kiwi: **400**



Finocchi: **395**



Banane: **350**



Albicocche: **320**

potassio sul rischio di ictus che diminuisce del 10% per un incremento di 1 grammo dell'assunzione (51). L'effetto protettivo del potassio è dovuto alla sua capacità nel ridurre la pressione arteriosa. Tutte le linee guida per il trattamento e prevenzione dell'ipertensione raccomandano infatti un aumento del suo consumo, raccomandazione ancora più importanti per i soggetti ipertesi. Il maggior consumo deve realizzarsi attraverso modifiche dietetiche e non con l'ausilio di integratori (24).

Magnesio

Anche l'effetto protettivo del **magnesio** sul rischio di ictus è ormai riconosciuto (52) grazie agli effetti positivi

sulla pressione arteriosa, la sensibilità insulinica e i lipidi plasmatici (53).



Consuma cibi ricchi in magnesio quali crusca di grano, cereali integrali, frutta oleosa (anacardi, noci, noci pecan, noci di Macadamia, mandorle, nocciole) e legumi (ceci, fagioli, lenticchie).

Acido folico

Una dieta ricca di **acido folico** è in grado ridurre il rischio di ictus del 10%, con effetto più marcato nei soggetti con bassi valori ematici di vitamina B9 (54).



Consuma cibi ricchi in folati quali crusca di grano, legumi (fagioli, fave, ceci, soia), fegato (bovino, cavallo), uova, prezzemolo, origano, crucifere (broccoli, cavoli di Bruxelles), asparagi, spinaci e funghi.

Vitamina D

Numerosi studi hanno dimostrato che bassi livelli plasmatici di **vitamina D** sono associati a un maggior rischio di ictus (6).

L'effetto favorevole della vitamina D sulla salute cardiovascolare è principalmente legato alla miglior regolazione della pressione arteriosa e della sensibilità insulinica.



Oltre all'esposizione solare è importante consumare abitualmente cibi ricchi in vitamina D quali i pesci (aringa, tonno,

salmone, pesce spada, acciughe, alici, trota, palombo), le uova e l'olio d'oliva vitaminizzato.



n. Varia le tue scelte e soddisfa i fabbisogni con la dieta

Una dieta sana deve coprire tutti i **fabbisogni** di **macro-** e **micronutrienti**. I macronutrienti (*proteine, grassi, carboidrati*) sono i nutrienti che forniscono energia e devono essere assunti in grandi quantità. Una corretta alimentazione deve prevedere la seguente suddivisione dell'energia:



Al fine di garantire la corretta distribuzione dell'energia si consiglia di suddividere il **piatto** (vedi immagine a lato) del **pasto principale (pranzo e cena)** per 1/2 da verdura, 1/4 da cereali integrali e 1/4 da proteine salutari (*pesce,*

legumi, latticini freschi magri, uova e carni, bianche magre). Per soddisfare le richieste di macro- e, soprattutto, micronutrienti è poi fondamentale **variare il più possibile le scelte** dei cibi sulla nostra tavola. Ogni cibo contiene infatti qualcosa di un po' diverso rispetto agli altri alimenti dello stesso gruppo alimentare.

Le ricerche scientifiche sottolineano infine l'importanza di soddisfare i fabbisogni di nutrienti attraverso la normale dieta e non mediante l'utilizzo di **integratori alimentari**. Questi prodotti non possono essere considerati sostituti degli alimenti, prima di tutto perché l'assunzione di un nutriente in alte dosi può avere un effetto completamente diverso sull'organismo rispetto all'effetto che avrebbe se consumato con gli alimenti. Per questo motivo è consigliato utilizzarli solo in particolari condizioni e sempre con indicazione e supervisione di uno specialista (55).

o. **Etichetta alimentare**

La giusta alimentazione deve essere sana, consapevole e critica. Un utilissimo strumento che il consumatore ha a disposizione per giudicare e guidare le scelte a tavola è l'**etichetta alimentare** che rappresenta la carta d'identità di ogni cibo. Essa fornisce tutte le informazioni sull'alimento (esempio la lista degli ingredienti) e una sua attenta lettura e permette di valutare la qualità nutrizionale di un cibo. Tutti i prodotti alimentari confezionati devono infatti obbligatoriamente riportare la **tabella nutrizionale**, un elemento che definisce il contenuto dei princi-

pali nutrienti in grado di influenzare il nostro stato di salute quali:

Valore energetico

Grassi

. Grassi saturi (dicitura "*di cui acidi grassi saturi*")

Carboidrati









. Zuccheri (dicitura "*di cui zuccheri*")

Proteine










Sale (o contenuto equivalente di sodio sale = sodio x 2,5)






I valori sono riferiti a 100 g/ml di alimento e, su base volontaria, alla singola porzione.

4. Esempio di dieta

	ALIMENTO	NOTE
COLAZIONE	 1 bicchiere di latte Parzialmente Scremato	
	 2 cucchiari di cereali integrali	<i>Basso contenuto di zuccheri (voce "di cui zuccheri" in etichetta) ed elevato contenuto in fibre</i>
	 Tazza di the (preferibilmente verde) o caffè	<i>Non aggiungere zucchero, miele e fruttosio</i>
	 30 g di frutta oleosa	<i>Noci, nocciole non tostate, mandorle, anacardi, noci pecan</i>
SPUNTINO	 Zucchero, miele, fruttosio, marmellate Biscotti frollini, brioche e dolci a elevato contenuto in zuccheri	
	 1 frutto medio	<i>Cambiare ogni giorno colore e tipo di frutta nel rispetto della stagionalità</i> <i>Limitare il consumo di frutta a indice glicemico alto (melone, ananas, cocomero) e di frutta fresca zuccherina (banana, fichi d'india, fichi, kaki, mandarini, melograni, uva)</i>
	 1 caffè (se gradito)	<i>Se non controindicato dal medico</i> <i>Non aggiungere zucchero, miele e fruttosio</i>
	 Succhi di frutta e bevande zuccherine Biscotti frollini, snack dolci e salati, brioche e dolci a elevato contenuto in zuccheri	

Le Buone Abitudini

	ALIMENTO	NOTE
PRANZO	 1 piatto di pasta, riso o cereali (preferibilmente integrali)	<i>Cottura al dente</i> <i>Consumare almeno 2-3 volte alla settimana cereali integrali quali farro, orzo, grano saraceno, avena, quinoa, kamut, grano saraceno</i>
	 Legumi	<i>In piatto unico con il primo piatto</i>
	 Verdura (porzione abbondante)	<i>Cambiare ogni giorno colore e tipo di verdure nel rispetto della stagionalità</i> <i>Assumere una porzione prima del pasto in caso di fame e/o eccesso di peso</i>
	 Olio d'oliva	<i>Preferirne l'utilizzo a crudo</i>
	 ATTENZIONE	Limitare il consumo di formaggi (1 v/sett), affettati (1 v/sett) e carni rosse (2 v/sett) Vino (da preferire rosso, massimo 1 bicchieri per gli uomini e 1/2 per le donne)
MERENDA	 NO	Bevande zuccherate, alcolici, salumi
	 1 frutto medio	<i>Cambiare ogni giorno colore e tipo di frutta nel rispetto della stagionalità</i> <i>Limitare il consumo di frutta a indice glicemico alto (melone, ananas, cocomero) e di frutta fresca zuccherina (banana, fichi d'india, fichi, kaki, mandarini, melograni, uva)</i>
	 1 caffè (se gradito)	<i>Se non controindicato dal medico</i> <i>Non aggiungere zucchero, miele e fruttosio</i>
	 NO	Succhi di frutta e bevande zuccherine Biscotti frollini, snack dolci e salati, brioche e dolci a elevato contenuto in zuccheri

	ALIMENTO	NOTE
	Pane integrale, segale o ai cereali	
	Secondo piatto di origine animale	<i>Consumare il pesce almeno 3 volte a settimana, preferendo quello azzurro</i>
	Verdura (porzione abbondante)	<i>Cambiare ogni giorno colore e tipo di verdure nel rispetto della stagionalità</i> <i>Assumere una porzione prima del pasto in caso di fame e/o eccesso di peso</i>
	Olio d'oliva	<i>Preferirne l'utilizzo a crudo</i>
 ATTENZIONE	Limitare il consumo di formaggi (1 v/sett), affettati (1 v/sett) e carni rosse (2 v/sett)	
	Bevande zuccherate, alcolici, salumi	

5. L'attività fisica

In tutte le fasi della vita lo svolgimento di una **regolare attività fisica** ha molteplici e positive conseguenze sulla nostra salute fisica e mentale. Lo stile di vita delle società occidentali è però sempre più sedentario; un recentissimo studio dell'OMS ha infatti evidenziato come più di un adulto su quattro nel mondo (circa 1,4 miliardi di persone) svolge un insufficiente livello di attività fisica (56).

Questi dati sono ancora più allarmanti nel momento in cui l'assente o insufficiente attività fisica e i comportamenti sedentari (es. tempo trascorso alla TV) rappresentano uno dei maggiori fattori di rischio per le malattie metaboliche (es. diabete), cardiovascolari, l'obesità e altre malattie croniche (es. tumori, osteoporosi, ecc.) (57).

Al contrario uno stile di vita attivo può ridurre la mortalità totale e quella per malattie cardiovascolari fino al 20-30%. L'associazione è dose-dipendente, cioè il rischio di ammalarsi diminuisce all'aumentare delle ore di attività fisica (11).



Uno stile di vita sedentario aumenta il rischio di malattie croniche. Per proteggere la nostra salute

e prevenire il sovrappeso è importante svolgere una regolare attività fisica.

È possibile mantenere uno stile di vita fisicamente attivo modificando di poco le proprie abitudini di vita quotidiana e senza partecipare necessariamente a programmi formali di esercizio fisico.

a. L'attività fisica e l'ictus

Una regolare attività fisica ha numerosi effetti positivi su molti fattori di rischio cardio e cerebrovascolari, quali l'ipertensione, la dislipidemia, l'eccesso ponderale e il diabete. Uno stile di vita attivo apporta infatti i seguenti benefici su importanti parametri metabolici e sul sistema cardiovascolare:

riduzione dei depositi di grasso totale e viscerale (più "dannoso" per la salute);

incremento della massa magra metabolicamente più attiva;

aumento della sensibilità insulinica;

riduzione della pressione arteriosa;

riduzione dei livelli di trigliceridi e colesterolo "cattivo" LDL;

incremento dei valori di colesterolo "buono" HDL.

b. L'attività fisica e l'eccesso ponderale

Una regolare attività fisica è indispensabile per mantenere un **peso salutare** e nel trattamento del sovrappeso poiché rappresenta la componente discrezionale del dispendio energetico (vedi capitolo 2.b.). L'attività fisica aumenta infatti del 15-35% la spesa energetica favorendo così un bilancio energetico negativo con conseguente riduzione della massa grassa e del peso corporeo.



Si stima che il corpo consuma 1 kcal per kg di peso per ogni chilometro percorso. Ad esempio un uomo di 90 kg

che cammina per 5 km, anche in due riprese, consuma 450 kcal (pari a circa 50 g di grasso corporeo).

c. Caratteristiche attività fisica

In molte malattie croniche come il diabete e l'ipertensione arteriosa l'attività fisica può essere considerata come un vero e proprio "farmaco" da prescrivere al paziente.

Quale attività?

Per ridurre il rischio della maggior parte delle malattie croniche le linee guida internazionali consigliano un'attività fisica che comprenda esercizi (58):



aerobici

(da moderata a vigorosa intensità);



di rinforzo muscolare

Un'attività fisica è definita **moderata** se la frequenza cardiaca è tra il **55-65%** della **frequenza cardiaca massima ($F_c \text{ max} = 220 - \text{età}$)**. Sono attività che aumentano moderatamente la respirazione, non fanno sudare eccessivamente, permettono di parlare durante l'esecuzione (es. *camminare a passo svelto, fare ginnastica, pedalare a ritmo sostenuto*) (59). L'utilizzo di un contapassi può aiutare nel monitoraggio del raggiungimento di quest'obiettivo (**10000 passi/die** corrispondono all'incirca a 60 o più minuti proposti dalle linee guida). Per attività fisica di **vigorosa intensità** si intende invece un esercizio che richiede un affaticamento considerevole e aumenta notevolmente la frequenza respiratoria e cardiaca. Ne sono esempi la corsa, la camminata a passo veloce o in salita, la bicicletta.

Quante volte a settimane è necessario svolgere l'attività fisica?

Perché l'attività fisica sia efficace deve essere **regolare**; episodi occasionali anche se di esercizi intensi sono poco efficaci per determinare un effetto positivo e significativo sul nostro stato di salute. Le principali linee guida

Le Buone Abitudini

consigliano un'attività fisica che comprenda:



esercizi aerobici

almeno 3 volte settimana



esercizi di rinforzo muscolare

almeno 2 volte a settimana

Quanto deve durare l'esercizio?

Per garantire un impatto positivo sullo stato di salute la durata minima dovrebbe essere di **150 minuti a settimana** di attività fisica di moderata intensità (75 minuti a settimana se vigorosa) (58).

Non è necessario che la durata consigliata sia raggiunta senza pause e interruzioni ma può esser suddivisa in più frazioni; almeno inizialmente è però importante che le sessioni di allenamento siano di **almeno 10 minuti continuativi**. Al fine di garantire i migliori risultati ed evitare possibili effetti collaterali (es. lesioni muscolari) è importante basarsi sul principio dello **"Start low e go slow"**: inizialmente basta poco (per esempio mezz'ora) e solo gradualmente e in modo spontaneo è possibile e consigliato aumentare la durata, frequenza e intensità dell'esercizio.

d. La riduzione dei comportamenti sedentari

Per migliorare il nostro stato di salute, insieme allo svolgimento di attività strutturate (es. corsa, nuoto, ecc.), è fondamentale ridurre i comportamenti sedentari sfruttando le normali attività quotidiane per aumentare il nostro livello di attività fisica globale.



Spostarsi a piedi e fare le scale invece che utilizzare l'ascensore rappresentano due utili, economici e comodi

abitudini in grado di apportare notevoli benefici alla tua salute.

e. Consigli pratici

Molte persone giudicano gli obiettivi di attività fisica descritti in precedenza distanti, difficili da raggiungere e poco compatibili con il proprio ritmo e stile di vita. Il passaggio da uno stile di vita sedentario a uno attivo deve sempre prevedere un programma *step-by-step*, con obiettivi realistici che permettano di raggiungere in modo graduale i livelli raccomandati appena descritti.



Inizialmente bastano piccoli modifiche nelle attività di vita quotidiana per riuscire a muoversi di più migliorando così

il nostro stato di salute.

Come descritto nella pagina precedente, è poi possibile sfruttare altre **attività quotidiane** per incrementare il livello di attività motoria. A tal proposito è consigliato:

- andare al lavoro a piedi o in bicicletta;
- parcheggiare l'auto 200 metri (a salire) prima della meta;
- prendere i mezzi pubblici e scendere almeno una fermata prima raggiungendo successivamente a piedi la destinazione;
- andare a parlare di persona con i colleghi anziché utilizzare il telefono o l'e-mail;
- coltivare l'orto;
- fare le pulizie di casa;
- lavare a mano la macchina;
- portare a spasso il cane.

Alcuni comportamenti e strategie possono infine facilitare il graduale aumento del movimento e del livello di attività fisica nelle prime fasi. Nello specifico si consiglia di:

- utilizzare un **contapassi** e/o **applicazioni** per **smartphone** (es. *Runtastic*[®], *S Health*[®], *Pacer*[®], ecc.) per monitorare il nostro livello di attività fisica e aiutarci a raggiungere gradualmente l'obiettivo della media di 10.000 passi al giorno;
- coinvolgere nello svolgimento dell'attività fisica le persone a noi vicine (amici, partner, figli, colleghi, ecc.) che possano sostenere la motivazione e la continuità della pratica;
- ascoltare la **musica** durante le faccende domestiche e passeggiate per svolgerle con maggior intensità e piacere l'esercizio.



6. Bibliografia

Organisation mondiale de la santé. Global status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global non-communicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva: World Health Organization; 2014.

WHO. Chronic diseases and health promotion [Internet]. Available at: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index12.html

Iacoviello L, Bonaccio M, Cairella G, Catani MV, Costanzo S, D'Elia L, et al. Diet and primary prevention of stroke: Systematic review and dietary recommendations by the ad hoc Working Group of the Italian Society of Human Nutrition. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* aprile 2018;28(4):309-34.

WHO. WHO Technical Report. Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation. 2000.

von Ruesten A, Steffen A, Floegel A, van der A DL, Masala G, Tjønneland A, et al. Trend in Obesity Prevalence in European Adult Cohort Populations during Follow-up since 1996 and Their Predictions to 2015. *Timmer A, curatore. PLoS ONE.* 10 novembre 2011;6(11):e27455.

ISO-SPREAD. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento [Internet]. 2016. Available at: <http://www.iso-spread.it/index.php?azione=capitoli#>

Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* maggio 2006;23(5):469-80.

Maffeis C. L'obesità del bambino: aspetti clinici e fisiopatologici. Centro Scientifico Editore; 2009.

Gahagan S. Overweight and Obesity. In: *Nelson Textbook of Pediatrics.* 2016. pag. 307-16.

Hall KD. What is the required energy deficit per unit weight loss? *Int J Obes* 2005.

marzo 2008;32(3):573-6.

Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 27 agosto 2016;ehw272.

Kitahara CM, Flint AJ, Berrington de Gonzalez A, Bernstein L, Brotzman M, MacInnis RJ, et al. Association between class III obesity (BMI of 40-59 kg/m²) and mortality: a pooled analysis of 20 prospective studies. *PLoS Med.* luglio 2014;11(7):e1001673.

Grundt SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation.* 25 ottobre 2005;112(17):2735-52.

Mottilo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Poirier P, et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *J Am Coll Cardiol.* settembre 2010;56(14):1113-32.

Società Italiana dell'Obesità (S.I.O.), Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (A.D.I.). Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016-2017 [Internet]. 2016. Available at: <https://www.obesita.org/wp-content/uploads/2017/11/Standard-SIO-ADI-2016-Final.pdf>

INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana [Internet]. 2003. Available at: http://nut.entecra.it/files/download/linee_guida/lineeguida_intro.pdf

Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and

Le Buone Abitudini

meta-analysis¹. *Am J Clin Nutr.* 1 novembre 2010;92(5):1189-96.

Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M-I, Corella D, Arós F, et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med.* 4 aprile 2013;368(14):1279-90.

Liyanage T, Ninomiya T, Wang A, Neal B, Jun M, Wong MG, et al. Effects of the Mediterranean Diet on Cardiovascular Outcomes—A Systematic Review and Meta-Analysis. Wright JM, curatore. *PLOS ONE.* 10 agosto 2016;11(8):e0159252.

Gay HC, Rao SG, Vaccarino V, Ali MK. Effects of Different Dietary Interventions on Blood Pressure Novelty and Significance: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension.* aprile 2016;67(4):733-9.

Marangoni F, Poli A, Paoletti R, Agostoni C, Di Pietro P, Cricelli C, et al. Documento di consenso sul ruolo della prima colazione nella ricerca e nel mantenimento della buona salute e del benessere [Internet]. Available at: http://www.sinu.it/html/cnt/altre_publicazioni.asp

Wyatt HR, Grunwald GK, Mosca CL, Klem ML, Wing RR, Hill JO. Long-Term Weight Loss and Breakfast in Subjects in the National Weight Control Registry. *Obes Res.* febbraio 2002;10(2):78-82.

St-Onge M-P, Ard J, Baskin ML, Chiuve SE, Johnson HM, Kris-Etherton P, et al. Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 30 gennaio 2017;CIR.0000000000000476.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 13 novembre 2017;HYP.0000000000000066.

Rolls BJ, Morris EL, Roe LS. Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women. *Am J Clin Nutr.* dicembre 2002;76(6):1207-13.

Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ. The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *Am J Clin Nutr.* luglio 2005;82(1 Suppl):236S-241S.

Keller A, Heitmann BL, Olsen N. Sugar-sweetened beverages, vascular risk factors and events: a systematic literature review. *Public Health Nutr.* maggio 2015;18(07):1145-54.

Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* ottobre 2013;98(4):1084-102.

Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard BV, Lefevre M, Lustig RH, et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 15 settembre 2009;120(11):1011-20.

Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2013;346:e7492.

Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *PEDIATRICS.* 1 dicembre 2007;120(Supplement):S254-88.

WHO. Guideline: Sugars intake for adults and children [Internet]. 2015. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/

Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). LARN Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana. IV revisione. SICS Editore; 2014.

Threapleton DE, Greenwood DC, Evans CEL, Cleghorn CL, Nykjaer C, Woodhead C, et al. Dietary Fiber Intake and Risk of First Stroke: A Systematic Review and Meta-Anal-

ysis. *Stroke*. 1 maggio 2013;44(5):1360-8.

Hu D, Huang J, Wang Y, Zhang D, Qu Y. Fruits and Vegetables Consumption and Risk of Stroke: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Stroke*. 1 giugno 2014;45(6):1613-9.

Zhang Z, Xu G, Liu D, Zhu W, Fan X, Liu X. Dietary fiber consumption and risk of stroke. *Eur J Epidemiol*. febbraio 2013;28(2):119-30.

Fang L, Li W, Zhang W, Wang Y, Fu S. Association between whole grain intake and stroke risk: evidence from a meta-analysis. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(9):16978-83.

Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Mozaffarian D. Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1 luglio 2014;100(1):278-88.

Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali. *Dieta Mediterranea: dalla tradizione il nostro benessere futuro* [Internet]. Available at: https://www.cn.camcom.gov.it/sites/default/files/uploads/documents/Promozione/Marchi_qualita/FormazioneMOI/Progetto-Dieta-Mediterranea-in-collaborazione-con-MIPAAF-Opuscolo-informativo%20%281%29.pdf

Ludwig DS. The glycemic index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA*. 8 maggio 2002;287(18):2414-23.

Fan J, Song Y, Wang Y, Hui R, Zhang W. Dietary glycemic index, glycemic load, and risk of coronary heart disease, stroke, and stroke mortality: a systematic review with meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e52182.

World Health Organization. *Guideline: Sodium Intake for Adults and Children* [Internet]. 2012 [citato 28 giugno 2018]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133309/>

Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z, et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on

individual participant data. *BMJ*. 10 luglio 2014;349(jul10 6):g4164-g4164.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 1 agosto 2016;37(29):2315-81.

Ding M, Bhupathiraju SN, Satija A, van Dam RM, Hu FB. Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease: a systematic review and a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Circulation*. 11 febbraio 2014;129(6):643-59.

Kokubo Y, Iso H, Saito I, Yamagishi K, Yatsuya H, Ishihara J, et al. The Impact of Green Tea and Coffee Consumption on the Reduced Risk of Stroke Incidence in Japanese Population: The Japan Public Health Center-Based Study Cohort. *Stroke*. 1 maggio 2013;44(5):1369-74.

de Goede J, Soedamah-Muthu SS, Pan A, Gijsbers L, Geleijnse JM. Dairy Consumption and Risk of Stroke: A Systematic Review and Updated Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Am Heart Assoc*. maggio 2016;5(5):e002787.

Pimpin L, Wu JHY, Haskelberg H, Del Gobbo L, Mozaffarian D. Is Butter Back? A Systematic Review and Meta-Analysis of Butter Consumption and Risk of Cardiovascular Disease, Diabetes, and Total Mortality. *Schooling CM, editore. PLOS ONE*. 29 giugno 2016;11(6):e0158118.

Zheng J, Huang T, Yu Y, Hu X, Yang B, Li D. Fish consumption and CHD mortality: an updated meta-analysis of seventeen cohort studies. *Public Health Nutr*. aprile 2012;15(04):725-37.

Yang C, Pan L, Sun C, Xi Y, Wang L, Li D. Red Meat Consumption and the Risk of Stroke: A Dose-Response Meta-analysis of

Le Buone Abitudini

Prospective Cohort Studies. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* maggio 2016;25(5):1177-86.

Vinceti M, Filippini T, Crippa A, de Sesmaisons A, Wise LA, Orsini N. Meta-Analysis of Potassium Intake and the Risk of Stroke. *J Am Heart Assoc.* ottobre 2016;5(10):e004210.

Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Dietary magnesium intake and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. *Am J Clin Nutr.* 1 febbraio 2012;95(2):362-6.

Han H, Fang X, Wei X, Liu Y, Jin Z, Chen Q, et al. Dose-response relationship between dietary magnesium intake, serum magnesium concentration and risk of hypertension: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutr J* [Internet]. dicembre 2017 [citato 7 novembre 2017];16(1). Available at: <http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12937-017-0247-4>

Li Y, Huang T, Zheng Y, Muka T, Troup J, Hu FB. Folic Acid Supplementation and the Risk of Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Heart Assoc.* agosto 2016;5(8):e003768.

Istituto Europeo di Oncologia. Dieci utili raccomandazioni per la prevenzione oncologica attraverso dieta e stile di vita.

Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Health* [Internet]. settembre 2018 [citato 12 settembre 2018]; Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X18303577>

57. Rezende LFM de, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VKR, Luiz O do C. Sedentary Behavior and Health Outcomes: An Overview of Systematic Reviews. Lucia A, curatore. *PLoS ONE.* 21 agosto 2014;9(8):e105620.

Global recommendations on physical activity for health. Genève: WHO; 2010.

Giampietro M. L'alimentazione per l'esercizio fisico e lo sport. Pensiero Scientifico Editore; 2009.



Chi è ALICE?

A.L.I.Ce. è nata nel 1997, su iniziativa del dott. Giuseppe D'Alessandro, con lo scopo principale di promuovere la prevenzione, l'informazione e la sensibilizzazione dei cittadini sull'ictus tramite pubblicazioni, internet, screening e convegni.

A.L.I.Ce. VdA è un'associazione onlus composta da volontari. Ne fanno parte medici, personale infermieristico, persone colpite dalla malattia, i loro familiari, sostenitori e simpatizzanti.

Tutti i volontari partecipano alla vita dell'Associazione, chi offrendo il proprio lavoro, chi mettendo a disposizione le proprie conoscenze e professionalità.

Attualmente risultano iscritti in regola con la quota associativa circa 400 soci, mentre sono oltre 10.000 le persone che in questi anni con la loro partecipazione alle iniziative organizzate dall'associazione, iscrizioni e piccole offerte hanno contribuito a sostenere le attività di ALICE.

Infatti, le attività dell'associazione sono finanziate principalmente tramite le quote d'iscrizione, alle quali si sommano le raccolte fondi, nonché donazioni e le entrate derivanti dal 5 per 1.000.

Non essendoci certezze sui contributi, l'Associazione fa affidamento sui rinnovi e sulle iscrizioni

di nuovi soci per poter continuare ad operare e, se possibile, addirittura potenziare le iniziative rivolte alla salute dei cittadini.

Scopo dell'associazione

diffondere l'informazione sulla curabilità della malattia, specialmente perché questa coinvolge giovani, adulti e bambini, donne in età fertile, oltre agli anziani per i quali i margini di recupero sono più ampi di quanto non si creda;

creare un collegamento tra pazienti, familiari, neurologi, medici di base, fisioterapisti, infermieri, terapisti della riabilitazione e personale sanitario coinvolto dalla malattia al fine di facilitare al massimo il recupero funzionale, limitare le complicanze e consentire un rapido inserimento della persona colpita da ictus nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo, nei casi potenziali;

facilitare l'informazione per un tempestivo riconoscimento dei primi sintomi così come delle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza;

sollecitare gli addetti alla programmazione sanitaria affinché provvedano ad istituire centri specializzati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle

persone colpite da ictus e ad attuare progetti concreti di screening;
tutelare il diritto dei pazienti ad avere su tutto il territorio nazionale livelli di assistenza dignitosi, uniformi ed omogenei.

Cosa facciamo

Fin dalla sua nascita, A.L.I.Ce. VdA ha organizzato molteplici giornate dedicate allo screening.

In 20 anni di attività abbiamo effettuato circa 20.000 esami e, solo negli ultimi due anni (2015/2016), i volontari dell'Associazione hanno effettuato 1.541 controlli, di cui circa 400 completi.

Per controlli completi si intende: misurazione del colesterolo, misurazione della glicemia, misurazione della pressione, controllo della fibrillazione atriale, valutazione del rischio ed ecodoppler carotideo.

Organizza convegni e conferenze sull'ictus e argomenti correlati.

Programma corsi di riabilitazione post-ictus e corsi di assistenza malati rivolti a famigliari, badanti e caregiver.

Progetta e organizza studi finalizzati alla conoscenza degli aspetti epidemiologici dell'ictus in Valle d'Aosta, condizioni di vita e disabilità dopo l'ictus e conoscenza e controllo dei fattori di rischio dell'ictus cerebrale.

In questi anni sono stati pubblicati anche su riviste scientifiche diversi di questi studi e in particolare lo studio PRESS (Prevalenza dell'Ictus Cerebrale), PRIA (Prevenzione Ictus Aosta) e ERICE (Emicrania e rischio di Ictus).
Promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione.

Tutela i diritti dei malati e dei loro famigliari.

Perchè diventare socio

La sede di A.L.I.Ce. VdA è in via Lucat 2 A ad Aosta ed è aperta tutti i giovedì dalle 15,30 alle 17,00.

I soci hanno la possibilità di misurare la pressione (nell'orario di apertura della sede), fissare

appuntamento con i medici di riferimento dell'associazione per consigli su diagnosi, terapia e prevenzione. L'Associazione ha inoltre stipulato convenzioni con psicologi, logopedisti, fisioterapisti e con le farmacie comunali. Gli iscritti avranno diritto a uno screening completo per se stessi o per i loro famigliari ogni 2 anni,

E molto altro ancora...

Costo annuale iscrizione 25,00 euro

PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE

NON FUMARE

PRATICARE ATTIVITA' FISICA E SPORTIVA

CONTROLLARE IL PESO CORPOREO

LIMITARE L'ALCOL

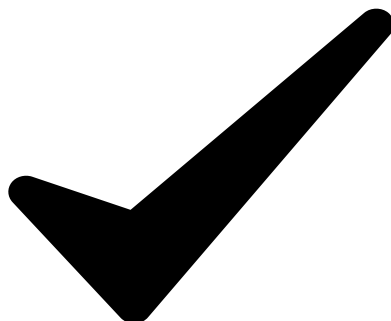
CORREGGERE L'ALIMENTAZIONE

LIMITARE IL SALE NELLA DIETA

CONTROLLARE LA PRESSIONE ARTERIOSA

CONTROLLARE LA GLICEMIA

ATTENZIONE ALLA FIBRILLAZIONE ATRIALE





A.L.I.Ce. VALLE D'AOSTA

Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

SEDE: Via Lucat 2/a - 11100 Aosta
IBAN: IT 45 F 05034 01200 000 000 000 982

CONTO CORRENTE POSTALE: 11272119

EMAIL: aliceictus@gmail.com

SITI INTERNET: www.aliceictus.blogspot.it

valledaosta.aliceitalia.org

Facebook/ALICe VDA Onlus

CELL: 324 6098740

SOSTIENI A.L.I.Ce. VdA ONLUS
devolvendo il 5 X 1000 sul Codice Fiscale 91033430074

DELLA STESSA SERIE:

Come prevenire l'Ictus Cerebrale, Agisci in Fretta l'Ictus Non Aspetta, Ataque Cerebral: conocea las Senales, TAO La terapia Anticoagulante Orale, DAO Gli Anticoagulanti Orali Diretti