

LA DIETA CONSIGLI PRATICI

BOGLIO ELIDE - DIETISTA

**S.C. DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA E
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
ASLCNI**

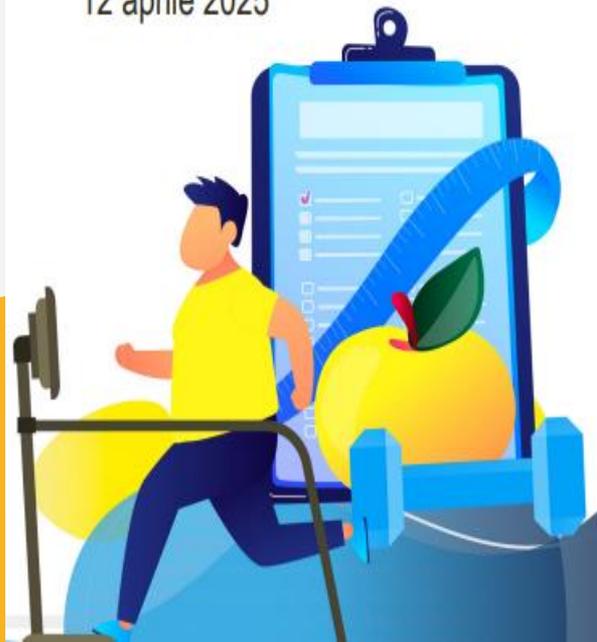
Con il Patrocinio di



LA GESTIONE DEL SOGGETTO OBESO CON E SENZA DIABETE

Da Kennedy ad Obama:
dal sogno alle opportunità terapeutiche

TORINO
12 aprile 2025



IO CHE DIETA DAREI IN PRESENZA DI OBESITÀ?

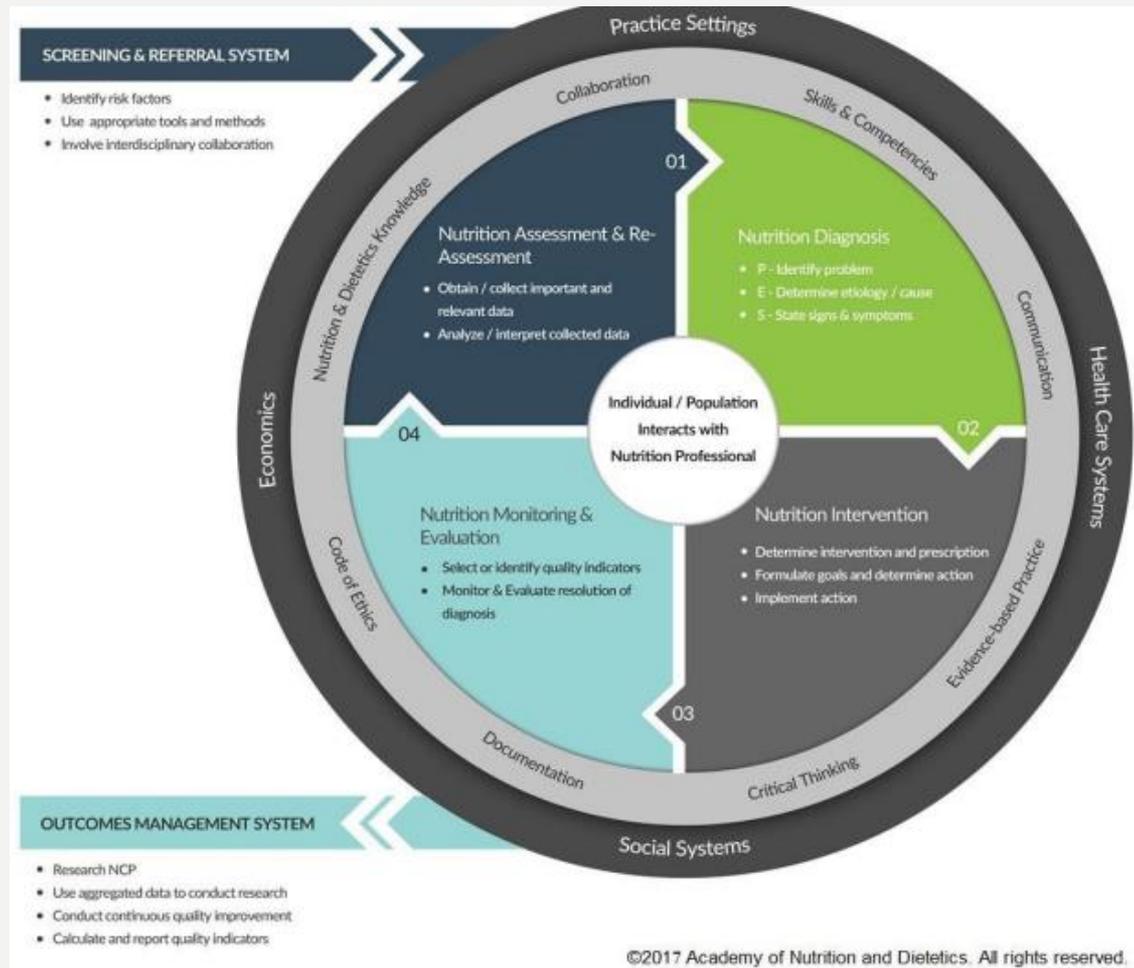
1) una dieta vale l'altra

2) non darei nessuna dieta

3) la dieta mediterranea

NCP: THE NUTRITION CARE PROCESS

METODO CONDIVISO



1 - VALUTAZIONE NUTRIZIONALE

(NUTRITION ASSESSMENT)

Il dietista rileva, analizza e interpreta i dati importanti e pertinenti che contribuiscono al potenziale problema o problemi di carattere nutrizionale.

MISURE ANTROPOMETRI CHE	ESAME OBIETTIVO FINALIZZATO VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	ESAMI BIOCHINICI/TEST/ PROCEDURE	STORIA ALIMENTARE E DIETETICA	STORIA PAZIENTE
-------------------------------	--	--	-------------------------------------	--------------------

screening for obesity is key in order to identify those at risk and proceed to a **detailed nutrition diagnosis**

European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians -Systematic review - Obes Facts . 2023;16(1):11-28. doi: 10.1159/000528083



MISURE ANTROPOMETRICHE: BMI VS DIAGNOSI

sebbene il **BMI** sia ampiamente utilizzato negli studi sulla popolazione e sull'economia sanitaria, **non è uno strumento accurato per identificare le complicanze correlate all'alimentazione a livello individuale.**

L'obesità è una malattia **cronica complessa causata da un'interazione tra fattori biologici, genetici, psicosociali, comportamentali e ambientali**

influisce negativamente sulla salute fisica con un rischio più elevato di sviluppare: DM2, malattie cardiovascolari, osteoartrite, alcuni tumori, demenza e malattia di Alzheimer,

ma anche sulla salute mentale con il rischio di sperimentare lo stigma del peso e la discriminazione basata sul peso durante tutta la vita ed in diversi contesti (anche nell'assistenza sanitaria!!!!),

contribuisce a un **aumento della morbilità e della mortalità, ma anche a una riduzione della qualità della vita, indipendente dall'IMC**

Although **BMI** is a commonly used index to screen for obesity, it is merely a **measure of size, not health**, and instead **requires a combination of anthropometrics (BMI and WC) and a comprehensive medical assessment**, including social, medical, functional, and mental health to diagnose obesity.



MISURE ANTROPOMETRICHE: BMI AND WC

assessment of people living with obesity measuring WC in individuals with BMI 25–35 kg/m² was graded as a level 2b, grade B recommendation

Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guideline

This is particularly **important for individuals with a lower BMI and/or older individuals**. Particularly in older individuals, the possibility of sarcopenic obesity should be considered and a **combined WC and BMI** measurement has been shown to better **detect an increased risk of sarcopenic obesity**.

According to the latest survey among European dietitians, 40% do not include WC as part of their clinical assessment and 60% opt for body composition assessment using bioelectric impedance analysis.

Body composition assessment is not essential for the management of obesity in routine clinical practice and hence we do **not recommend using it as a substitute for WC**. By contrast, **health professionals are strongly encouraged to train in measuring WC and to consider it an indispensable part of routine clinical practice**.

European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians -Systematic review - Obes Facts . 2023;16(1):11-28. doi: 10.1159/000528083

STORIA ALIMENTARE E DIETETICA

Further to anthropometry dietitians are strongly encouraged to utilize **multiple tools (USARE PIU' STRUMENTI)** to perform a thorough nutritional assessment

MACRO AND MICRONUTRIENT INTAKE (when needed) as well as the **assessment of intake of specific food groups.**

Food Frequency Questionnaires (FFQs) and adherence scores to investigate which **nutrition interventions might be most feasible for patients based on their current eating habits**

Occorre avere familiarità e sentirsi a proprio agio nell'eseguire la valutazione nutrizionale utilizzando più strumenti. Sono disponibili in letteratura oltre 35 questionari di valutazione dietetica da utilizzare nei contesti clinici; **occorrono formazione e pratica per scegliere lo strumento più adatto ai pazienti.**

assess whether a patient's current dietary habits are closer to any given dietary pattern (MODELLO DIETETICO). This consideration is especially relevant for Europe as both the Nordic and the Mediterranean dietary pattern have been identified as suitable options for the treatment. Future evidence might emerge for other traditional eating patterns in Europe. **they should be considered first as they are likely to resonate (RISUONARE) with cultural values and traditions of patients** from specific regions.

(often ignored in the context of obesity management) is the assessment of **water intake and hydration (IDRATAZIONE)**, especially for older. A secondary analysis of the PREDIMED-Plus trial highlighted a link between baseline water intake in people >55 years and changes in BW and WC at 2-year follow-up

2 -DIAGNOSI NUTRIZIONALE

(NUTRITION DIAGNOSIS)

Non definisce una malattia, una patologia d'organo o sistemica, ma è **l'identificazione e la definizione/descrizione di uno specifico problema nutrizionale** che può esistere o essere a rischio di verificarsi

Esempi:

Apporto calorico insufficiente/eccessivo

Non raggiungimento dell'apporto proteico

Ridotto apporto idrico

Assunzione non adeguata di fibra

Aumentata assunzione di grassi saturi

Assenza attività fisica

3 – INTERVENTO NUTRIZIONALE

(NUTRITION INTERVENTION)

Lo scopo è quello di **risolvere o migliorare il problema nutrizionale modificando o eliminando l'eziologia.**

È l'insieme di quelle **azioni specifiche** poste in essere **per risolvere comportamenti legati alla nutrizione, fattori di rischio, condizioni ambientali o aspetti dello stato di salute.**

Ci sono diversi interventi....

Qualsiasi intervento nutrizionale dovrebbe **essere incentrato sul paziente**

la **valutazione nutrizionale dettagliata** consente anche all'individuo **di comprendere meglio le proprie attuali abitudini** alimentari e **decidere con il dietista il piano di intervento ottimale** che probabilmente garantirà un'aderenza a lungo termine.

Le attuali linee guida rappresentano un passo importante verso la progettazione di un **quadro flessibile e inclusivo** per il trattamento dell'obesità negli adulti.

SFIDA per il dietista deve avere le competenze per incorporare interventi nutrizionali basati sulle **prove/evidenze con le preferenze alimentari personali, i valori e le capacità sociali dell'individuo.**

Occorre avere familiarità con diversi interventi nutrizionali.

Secondo le attuali linee guida, i dietisti specializzati in obesità devono avere familiarità con oltre **10 diversi interventi nutrizionali**, tutti con le proprie complessità e motivazioni scientifiche.

Uno studio condotto tra i dietisti del Regno Unito ha evidenziato che c'è un rischio significativo che i dietisti investano molto nell'utilizzo dei trattamenti nutrizionali con cui si sentono a proprio agio, sottoutilizzando altri trattamenti, indipendentemente dalla loro efficacia. **FORMAZIONE**

A target icon with a red bullseye and a white arrow hitting the center, set against a dark grey background with a dotted white line.

OBIETTIVI NON SOLO DI PESO

Adults living with obesity should receive **individualized MNT provided by a registered dietitian** (when available) to improve weight outcomes (Body Weight BW, BMI), waist circumference **WC**, **glycaemic control, established blood lipid targets, including LDL-c, TGs, and blood pressure** (Livello I, grade A)

anche piccole % di calo di peso possono far ottenere grandi risultati di salute

Adults living with **obesity and** impaired glucose tolerance (**prediabetes**) should consider **intensive behavioural interventions that target 5–7% weight loss** to improve glycaemic control, BP, blood lipids, reduce incidence of type 2 diabetes, microvascular complications, and cardiovascular and all-cause mortality (Livello I, grade B)

Adults living with **obesity and type 2 diabetes** should consider intensive **behavioural interventions that target 7–15% weight loss** to increase the remission of type 2 diabetes, reduce the incidence of nephropathy, obstructive sleep apnoea, and depression (Livello I, grade A)

European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians -Systematic review - Obes Facts . 2023;16(1):11-28. doi: 10.1159/000528083

MODELLI ALIMENTARI

Portfolio dietary improve established blood lipid targets, including LDL-c, apo B, and non-HDL-c (grade B), pattern to improve established CRP (proteina C reattiva), BP, and estimated 10-year coronary heart disease risk (Livello 2, grade B)

DASH dietary reduce BW and WC (Livello 1, grade B), pattern to improve BP, established lipid targets, including LDL-c, CRP, glycaemic control (Livello 2, grade B)

Calorie-restricted dietary emphasizing variable macronutrient distribution ranges (lower, moderate, or higher carbohydrate with variable proportions of protein and fat) to achieve similar BW reduction over 6–12 months (Livello 2, grade B)

Mediterranean dietary improve glycaemic control, HDL-cholesterol, and TGs, reduce cardiovascular events, reduce risk of type 2 diabetes, and increase reversion of metabolic syndrome with little effect on BW and WC (Livello 2, grade C)

Vegetarian dietary improve glycaemic control, established blood lipid targets, including LDL-c, and reduce BW (Livello 2, grade B)

Low-GI dietary reduce BW, glycaemic control, established blood lipid targets, including LDL-c, and BP (Livello 2, grade B)

Nordic dietary reduce BW and BW regain, improve BP and established blood lipid targets, including LDL-c, apo B, non-HDL-c (Livello 2, grade B)

European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians -Systematic review - Obes Facts . 2023;16(1):11-28. doi: 10.1159/000528083



Dieta	peso	WC	control lo glicemi co	asset to lipidic o	c- LDL	Tg	apo B	HDL- c	PCR	pao	coron ary heart diseas e risk
Portfolio				+	+		+		+	+	+
DASH	+	+	+	+	+				+	+	
Ipocalorica	+										
Mediterranea			+		+	+		+			+
Vegetariana	+		+	+	+						
A ridotto indice glicemico	+		+	+	+					+	
Nordica	+			+	+		+			+	



DIVERSI MODI PER PROPORRE UN MODELLO ALIMENTARE



per esempio dieta Mediterranea espressa in modo visivo e volumetrico

IL POTERE DEGLI ALIMENTI

Pulses (i.e., beans, peas, chickpeas, lentils) to **improve BW, improve glycaemic control, established lipid targets, including LDL-c, systolic BP** (Livello 2, grades B-C), to reduce the **risk of coronary heart disease** (Livello 3, grade C)

Vegetables and fruit to improve **diastolic BP, glycaemic control** (Livello 2, grade B), reduce the **risk of type 2 diabetes and cardiovascular mortality** (Livello 3, grade C)

Nuts to improve **glycaemic control** (Livello 2, grade B), to improve established **lipid targets, including LDL-C**, and **reduce the risk of cardiovascular disease** (Livello 3, grade C)

Whole grains (especially from oats and barley) to improve established **lipid targets, including total cholesterol and LDL-c** (Livello 2, grade B)

Dairy foods to **reduce BW, WC, BF% and increase LM in calorie-restricted diets but not in unrestricted diets and reduce the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease** (Livello 3, grade C)



	peso	BW	contr ollo glice mico	Dm2	asset to lipidic o	c- LDL	pressi one	event i cardi ovasc olari
Pulses	+		+		+	+	+	+
Whole grains					+	+		
Vegetables and fruit			+	+			+	+
Nuts			+		+	+		+
Dairy foods	+	+		+				+

PICCOLE GRANDI MODIFICHE

Esempio paziente con pasti bilanciati ma abbondanti, 2 bicchieri di vino a pasto, no fuori pasto, fa sempre colazione al bar

2 bicchiere di vino (150 ml x 2) = contiene mediamente tra le 160 e le 240 calorie, a seconda del tipo di vino e del suo grado alcolico = media 200 kcal x 7 giorni = 1400 kcal

colazione al bar ... Una brioche media del bar apporta circa 200-250 calorie, Un cappuccino al bar ha circa 80-120 calorie = una media di 300 calorie x 7 giorni = 2100 kcal

totale 4900 kcal a settimana

concordo 1 bicchiere di vino a pasto e colazione al bar tre volte a settimana, gli altri giorni una tazza di latte con 4 fette biscottate circa 200 x 7 giorni = 1400 kcal

totale 3100 kcal a settimana

1800 kcal in meno a settimana, CIRCA 250 KCAL IN MENO AL GIORNO (SIMILE A UNA IPOCALORICA) SENZA DIETA

PASTI SOSTITUTIVI

nei pazienti con obesità e DM2: **Partial meal replacements** (replacing one to two meals/day as part of a calorie-restricted intervention) to reduce **BW, WC, BP** and improve **glycaemic control** (Level Ia, grade B, Strength of recommendation could be upgraded to grade A). The newest evidence for partial meal replacements further supports **their role in MNT as elements with a positive impact** on measures of BW, WC, and BP.

The addition of new evidence (RCT come lo studio ACOORH) from literature reviews and meta-analyses indicates that meal replacements could be linked with modest to significant higher weight loss **even at 1 year, may indicate a greater role of meal replacements** in adult obesity.

Only one study focused on **total diet replacement** in individuals living with obesity and receiving insulin therapy for T2DM, which showed **greater weight change and even T2DM remission** following total meal replacement compared to standard dietetic practice

European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians -Systematic review - Obes Facts . 2023;16(1):11-28. doi: 10.1159/000528083

FASTING APPROACHES

Meta-analyses su adulti con BMI >27 kg/m² supportano l'idea che il fasting approaches **DIGIUNO INTERMITTENTE O A GIORNI ALTERNI** sono associati a maggior **modifica del peso, modifica dell'adiposità, più ampi benefici sui profili lipidici**. non ci sono prove a supportodi una superiorità nel miglioramento del **metabolismo glucidico**

Le Meta-analyses disponibili indicano che gli approcci basati sul digiuno possono avere qualche **beneficio rispetto alla** restrizione calorica continua (**continuous energy restriction - CER**) per la perdita di peso e per la composizione corporea **ma non su tutti i pazienti**. Concentrandosi sugli individui con **obesità e DM2** l'effetto del **digiuno intermittente è meno chiaro**. Specifiche tecniche di digiuno possono essere collegate a **maggior perdita di Massa MAgra**, ma le prove sono inconcludenti.

Da 3 RCTs **non tutti hanno supportato il IF** rispetto alla **CER** per la perdita di peso e il miglioramento della composizione corporea in adulti con BMI >27 kg/m² con o senza comorbidità.

Le prove a supporto del IF sono considerate inconcludenti. La ricerca trarrebbe beneficio dalla standardizzazione dei protocolli.

Intermittent or continuous calorie restriction achieved similar short-term BW reduction (Level 2a, grade B)

NON-DIETING APPROACHES

Le **Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guideline** fanno riferimento all'**importanza di interventi comportamentali non dietetici nel trattamento dell'obesità**

al posto di concentrarsi sulla perdita di peso come obiettivo primario incoraggia le persone a **sviluppare un rapporto positivo con il cibo e il proprio corpo** (ascoltare i segnali di fame, sazietà e soddisfazione, accogliere una vasta gamma di forme del corpo e preferenze alimentari)

can **improve quality of life, psychological outcomes** (general well-being, body image perceptions), **cardiovascular outcomes, BW, physical activity, cognitive restraint, and eating behaviours** (Livello 3, grade C)

Sebbene le prove non siano ancora forti per questi interventi, dietisti e operatori sanitari sono tenuti a fornire tali interventi.

Negli USA, l'applicazione di approcci non dietetici da parte dei dietisti è stata collegata a una maggiore esperienza o al completamento della formazione nella gestione dell'obesità, al lavoro nel settore privato. Non esistono dati simili in Europa.

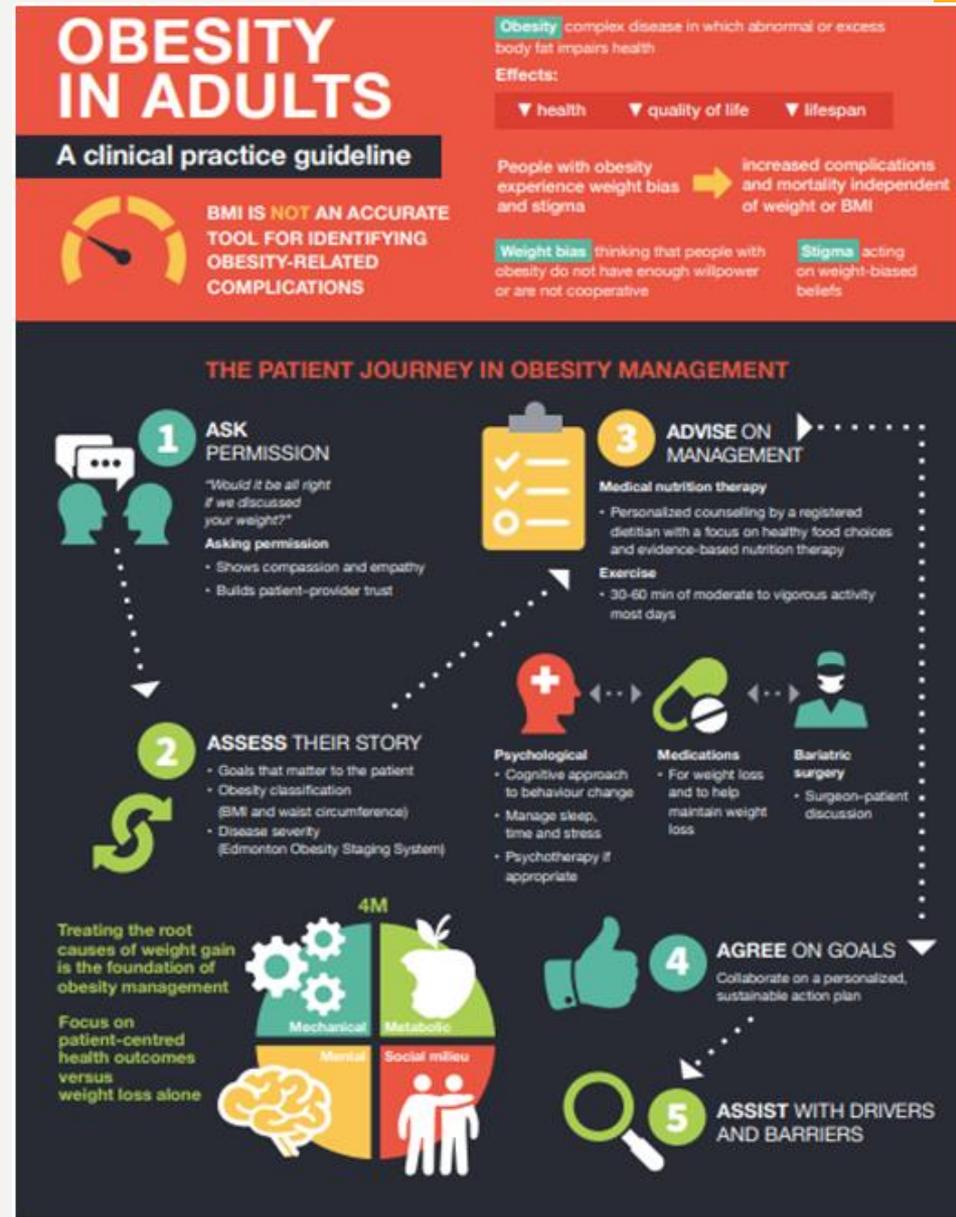
Sia nella pratica clinica che nella ricerca, questo ambito di ampliamento degli interventi nutrizionali porta a una sfida nell'impegnarsi in una nuova

FORMAZIONE

5 STEPS

TO GUIDE A HEALTH CARE PROVIDER IN THE CARE OF PEOPLE LIVING WITH OBESITY.

ASK PERMISSION (chiedere, affrontare il problema): gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere l'obesità come patologia cronica, **chiedere al paziente il permesso di offrire consigli** e contribuire al trattamento di questa malattia in modo imparziale. Gli operatori sanitari non dovrebbero dare per scontato che tutti i pazienti obesi siano disposti a iniziare la gestione dell'obesità, dovrebbero chiedere al paziente il permesso di discutere di obesità e, **se il paziente lo consente, iniziare una discussione sul trattamento.**



5 STEPS

TO GUIDE A HEALTH CARE PROVIDER IN THE CARE OF PEOPLE LIVING WITH OBESITY.

2

VALUTARE LA LORO STORIA (valutare, determinare):

valutazione di un individuo che convive con l'obesità, utilizzando misurazioni appropriate e identificando le cause profonde, le complicazioni e gli ostacoli al trattamento dell'obesità. Lavorare con le persone per comprendere il loro contesto e la loro cultura e integrare le cause profonde, consente lo sviluppo di piani personalizzati.



5 STEPS

TO GUIDE A HEALTH CARE PROVIDER IN THE CARE OF PEOPLE LIVING WITH OBESITY.

3

ADVICE ON MANAGEMENT (consigli sulla gestione):
discussione delle principali opzioni terapeutiche

Tutti gli individui, indipendentemente dalle dimensioni o dalla composizione corporea, **trarrebbero beneficio dall'adozione di un modello alimentare sano ed equilibrato e dall'impegno in un'attività fisica regolare. L'aderenza a lungo termine a un modello alimentare sano personalizzato per soddisfare i valori e le preferenze individuali, soddisfacendo al contempo i bisogni nutrizionali e gli obiettivi di trattamento, è un elemento importante per la gestione della salute e del peso.**

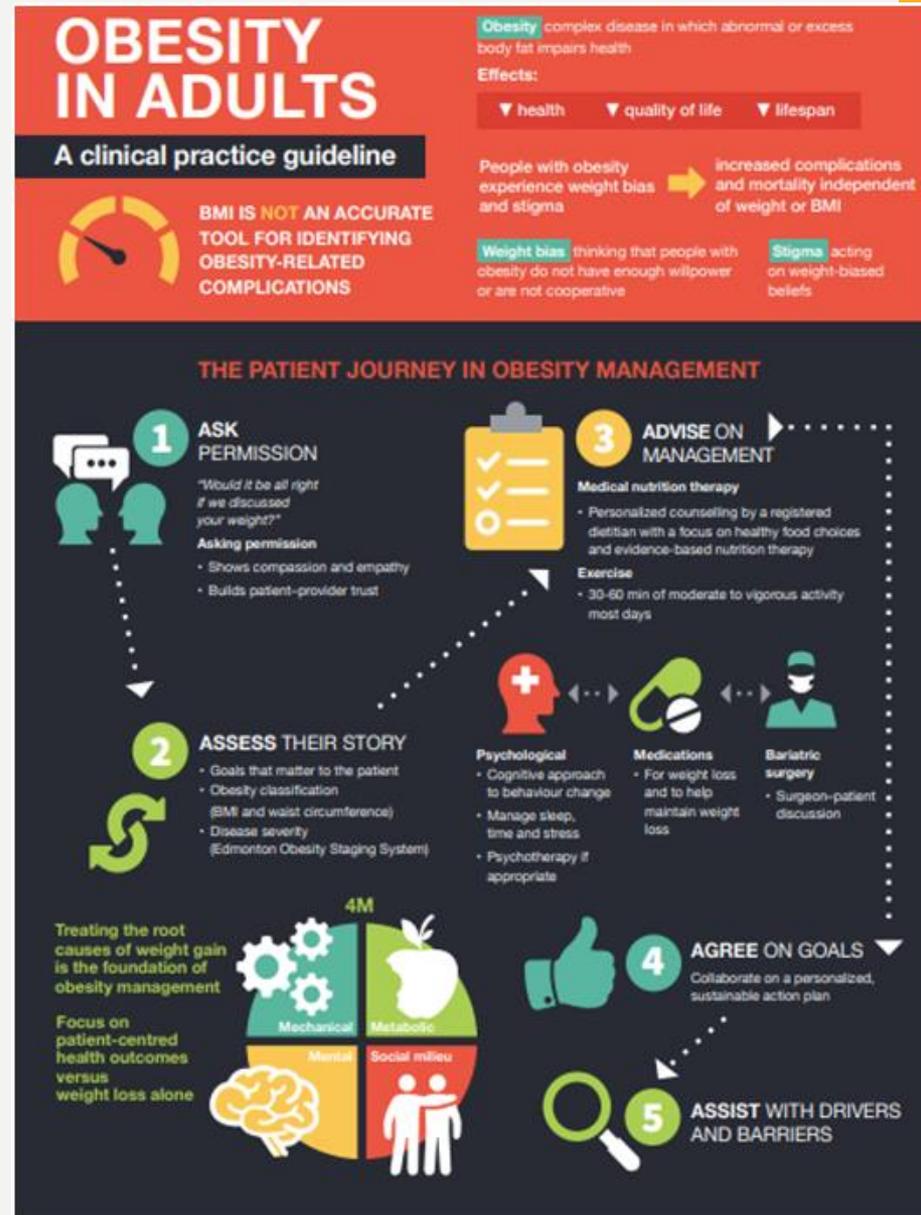
La perdita di peso ottenuta con cambiamenti comportamentali salutari è solitamente pari al **3-5% del peso corporeo, il che può comportare un miglioramento significativo delle comorbidità legate all'obesità.** Il peso al quale il corpo si stabilizza quando si adottano comportamenti sani può essere definito "**peso migliore**"; **questo potrebbe non essere un peso "ideale" sulla scala BMI. Raggiungere un BMI "ideale" può essere molto difficile.**

5 STEPS

TO GUIDE A HEALTH CARE PROVIDER IN THE CARE OF PEOPLE LIVING WITH OBESITY.

4

AGREE ON GOALS: concordare, fare un accordo sugli obiettivi della terapia, concentrandosi principalmente sul valore che la persona trae dagli interventi sulla salute. Poiché l'obesità è cronica, la sua gestione a lungo termine implica la collaborazione tra paziente e operatore sanitario. Concordare aspettative realistiche, trattamenti incentrati sulla persona e obiettivi sostenibili per il cambiamento del comportamento e i risultati sulla salute. Il piano di trattamento deve essere a lungo termine. Gli operatori sanitari e i pazienti dovrebbero progettare e concordare un piano d'azione personalizzato che sia pratico e sostenibile e affronti i fattori che determinano l'aumento di peso.



5 STEPS

TO GUIDE A HEALTH CARE PROVIDER IN THE CARE OF PEOPLE LIVING WITH OBESITY.

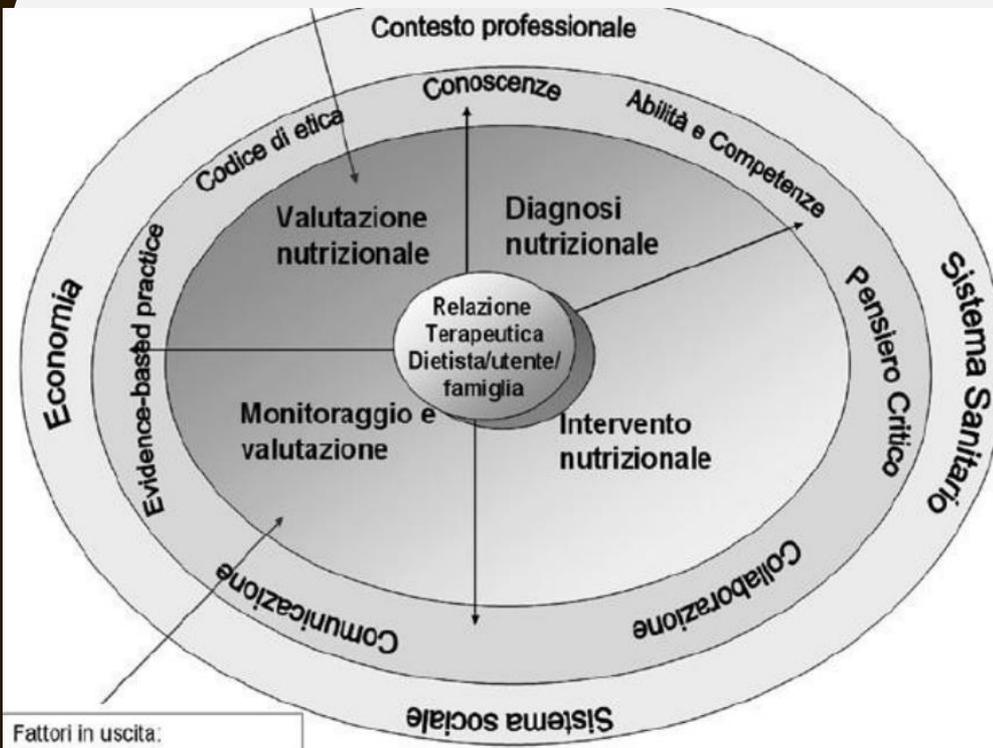
5

ASSIST: (sostenere, incoraggiamento): coinvolgimento nel follow-up continuo e nelle rivalutazioni, e . I pazienti dovrebbero anche essere consigliati su quali sono le barriere che ostacolano il cambiamento dello stile di vita e come possono essere superate. Per quanto possibile, i partner/assistenti dovrebbero essere coinvolti.



4 - MONITORAGGIO-VALUTAZIONE

[NUTRITION MONITIRING AND EVALUATION]



Determinare l'entità dei progressi fatti ed il raggiungimento degli obiettivi attesi

Più importanti dei follow up andati bene sono i follow up andati male, quando un paziente porta al follow up un insuccesso, ha portato al follow up anche le sue difficoltà, frustrazioni e fallimento. Per noi non è un fallimento perchè non è un paziente perso, ma un nuovo stimolo per ridefinire l'approccio.

RISULTATI CORRELATI ALLA STORIA ALIMENTARE E DIETETICA	RISULTATI CORRELATI ALLE MISURAZIONI ANTROPOMETRICHE	RISULTATI CORRELATI A ESAMI BIOCHIMICI, TEST E PROCEDURE	RISULTATI CORRELATI ALL'ESAME OBIETTIVO FINALIZZATO ALLO STATO NUTRIZIONALE	VALUTAZIONE, MONITORAGGIO, GIUDIZIO
---	---	---	--	--

Indicatori di risultato

WEIGHT REGAIN

Il recupero di peso dopo una perdita di peso indotta dalla dieta è fenomeno comune e rappresenta una sfida importante

Studi suggeriscono l'esistenza di una memoria dell'obesità relativa alle cellule infiammatorie del tessuto adiposo e ai cambiamenti metabolici, che potrebbero avere un ruolo nel recupero. La conoscenza dei meccanismi causali potrebbe aiutare a trovare strategie efficaci

Sebbene la chirurgia **bariatrica** rimanga il trattamento più efficace, portando a una perdita di peso duratura e al miglioramento delle comorbilità (DM2.), è riconosciuto che un'ampia percentuale di pazienti manifesta una **significativa WR durante il follow-up a lungo termine. la WR è associata alla recidiva delle comorbilità, con una riduzione della qualità della vita e del benessere emotivo.**

Le cause principali sembrano essere l'aumento dell'apporto calorico postoperatorio dovuto a un aumento dell'appetito e a un'alimentazione disadattiva o disregolata, a un'attività fisica inadeguata e a stress psicosociali.

Per la regressione della WR, la chirurgia revisionale può essere efficace in alcuni casi, Interventi dietetici, comportamentali ed esercizi fisici hanno dimostrato un'efficacia marginale nella regressione della WR. Gli studi pubblicati sulla farmacoterapia per la WR non sono ancora complete

Anche dopo un trattamento riuscito, dovrebbero essere prese in considerazione strategie per ridurre il recupero di peso dopo una perdita di peso (composizione della dieta, esercizio fisico, farmacoterapia...).

Anche l'utilizzo di farmaci o della chirurgia bariatrica devono prevedere un follow up nutrizionale costante.

Sabrena et al - Weight Regain After Bariatric Surgery: Scope of the Problem, Causes, Prevention, and Treatment – Review – Curr Diab Rep. 2023 Mar;23(3):31-42. -01498-z. Epub 2023 Feb 8doi: 10.1007/s11892-023

Van Back et al -Obesity-induced and weight-loss-induced physiological factors affecting weight regain = Review - Nature Reviews Endocrinology volume 19, pages655–670 (2023)

IO CHE DIETA DAREI IN PRESENZA DI OBESITÀ?

1) una dieta vale l'altra

2) non darei nessuna dieta

3) la dieta mediterranea

CONCLUSIONI

Una **buona valutazione nutrizionale** il più possibile comprensiva degli aspetti clinici, funzionali, di salute mentale, dei determinanti sociali e ambientali, nonché i valori personali e le preferenze, permette la corretta diagnosi di obesità ed una miglior scelta nell'intervento nutrizionale.

Considerare nell'approccio al paziente non solo il suo BMI, ma avere il quadro di insieme degli aspetti su cui la dieta può andare ad impattare positivamente,

permette di dare più **obiettivi e misurare risultati** che non siano solo peso centrici, ma **positivi per la salute**, con minor stigma e una miglior valutazione dei successi da parte del paziente, ma anche da parte del sanitario.

La dieta deve essere **personalizzata e “risuonare”** con i valori culturali e tradizionali dei pazienti, in modo da essere più praticabile nel lungo periodo come richiesto per una patologia cronica,

essere aperti e formati a tutti i possibili stili alimentari e ai tipi di approcci praticabili, anche quelli con cui abbiamo meno confidenza, per non togliere delle possibilità al paziente ed alla cura. Di qui l'importanza di **personale medico/dietistico formato sull'obesità** che possa lavorare in team multidisciplinari,



CONCLUSIONI

Una vasta gamma di interventi nutrizionali si è dimostrata efficace nel trattamento dell'obesità e delle sue comorbidità. La dieta mediterranea, le diete vegetariane, gli approcci dietetici per fermare l'ipertensione, la dieta portfolio, le diete nordiche e le diete a basso contenuto di carboidrati sono state tutte associate a un **miglioramento della salute metabolica con o senza variazioni del peso corporeo**.

Legumi, frutta e verdura, noci, cereali integrali e latticini sono anche elementi importanti nella terapia nutrizionale medica dell'obesità adulta, al pari **dell'idratazione**.

Sebbene gli interventi basati sulla restrizione calorica siano efficaci nel promuovere la perdita di peso, l'aderenza a lungo termine ai cambiamenti comportamentali può essere meglio supportata da **interventi alternativi basati su abitudini alimentari, qualità del cibo e consapevolezza**. Anche approcci “non dietetici” (che evitano la restrizione calorica o i piani alimentari dettagliati) si sono dimostrati efficaci per **migliorare la qualità della vita e la percezione dell'immagine corporea**. Sono ancora ridotti gli studi sui dati sui danni delle diete

Il follow up è molto importante per la ridefinizione degli obiettivi e strategie ed evitare il weight regain, il follow up nutrizionale è complemento alla terapia farmacologica o chirurgia bariatrica ed uno strumento per la loro ottimale efficacia



GRAZIE PER L'ATTENZIONE E PER L'INVITO

