

APPROCCIO AL PROBLEMA OBESITÀ: NON DIMENTICHIAMO LA CORRETTA ALIMENTAZIONE

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Introduzione

Esaminando tutti gli studi epidemiologici importanti sull'obesità, è possibile stabilire che i **fattori predittivi di successo terapeutico** per quanto attiene alla perdita di peso sono la motivazione, la gestione dei condizionamenti sociali, l'attività fisica, la riduzione dell'apporto alimentare, la correzione degli errori alimentari per favorire il cambiamento delle abitudini e dei gusti alimentari, tenendo ben presente che il vero **obiettivo terapeutico** è rappresentato dal **mantenimento a lungo termine del calo ponderale**. È stato chiarito che, per ottimizzare l'aderenza a un nuovo stile di vita, è fondamentale proporre un **modello dietetico** che sia palatabile e saziante, apporti le quantità minime nutrizionali di tutti i nutrienti, induca una riduzione della massa grassa e la preservazione della massa magra e sia semplice da spiegare e monitorare, considerando in maniera imprescindibile che il modello alimentare deve migliorare lo stato di salute generale.

Consigli generali

Le Linee Guida Europee del 2015 per la gestione dell'obesità forniscono consigli generali per quanto attiene all'alimentazione (1):

- abituarsi a ridurre le dimensioni delle porzioni;
- non assumere spuntini al di fuori dei pasti principali;
- evitare di saltare la colazione al mattino e di assumere cibo dopo cena;
- ridurre gli episodi compulsivi (e le abbuffate nei pazienti affetti da *binge eating disorder*);
- ridurre l'apporto di alimenti e bevande ad alta densità energetica.

Quest'ultimo consiglio evidenzia che non ha senso perpetuare l'errore di proporre una restrizione calorica inserendo nello schema dietetico bevande (Coca Cola, ecc) e alimenti ad alta densità energetica (carni grasse e processate, formaggi grassi, pizze rustiche, dolci, ecc) (2), praticando per esempio il grave sciocco errore di proporre frasi del tipo "mangia tutto, ma meno". Al contrario, deve essere **incentivato il consumo di alimenti a bassa densità energetica ed elevato contenuto in fibre**, che riducono il senso di fame e aumentano il senso di sazietà.

Indubbiamente, anche i metodi di cottura hanno un proprio ruolo nel favorire lo stato di salute: devono essere preferiti sistemi di cottura al vapore, al forno, a microonde o con l'utilizzo di padelle anti-aderenti o pentole a pressione.

È altrettanto importante il progressivo **distacco dalle cattive abitudini alimentari**, che favoriscono in maniera involontaria le modifiche dei gusti alimentari, spostandoli ad esempio dal desiderio di salato, dolce e fritto verso quello di legumi, verdura e frutta. Alle persone esperte di proposizioni alimentari è ben noto che i gusti possono fisiologicamente cambiare.

L'**orario dei pasti** esercita un ruolo importante sul controllo del peso. Infatti, è stato dimostrato che lo stesso pasto induce risposte metaboliche differenti, in termini di glicemia, sensibilità insulinica e spesa energetica, secondo l'orario in cui è consumato: in particolare, l'assunzione serale si associa ad aumento di glicemia e insulinemia e a riduzione della risposta termogenica e della sensibilità insulinica (3).

Anche il **microbioma intestinale** può influenzare il peso corporeo, perché può modificare in maniera selettiva l'assorbimento dei nutrienti: per esempio, l'enterotipo *Prevotella* favorisce la perdita di peso. La tipologia di batteri che colonizza l'intestino è a sua volta influenzata dal tipo di alimentazione e, soprattutto, dalla quantità di fibre alimentari. È noto che i batteri ad azione fermentativa producono acidi grassi a catena corta (SCFAs, *short-chain fatty acids*), che hanno la proprietà sia di nutrire gli enterociti sia di esercitare un'azione protettiva sul fegato, dopo l'assorbimento intestinale; per esempio, i *Bacteroides* aumentano l'assorbimento intestinale di SCFAs e la sensibilità insulinica, proprio perché hanno un'elevata capacità fermentativa delle fibre.



La migliore strategia per evitare il *drop-out* e mantenere il peso perso è rappresentata dall'associazione tra l'aumento della percentuale di proteine e l'incremento del consumo di alimenti a basso indice glicemico. Per contro, un decremento dell'apporto di proteine influisce negativamente sulla massa magra e, in particolare, sulla componente cellulare metabolicamente attiva, che controlla in maniera diretta il dispendio energetico. Le proteine esercitano inoltre un maggiore effetto saziante rispetto a glucidi e lipidi. In altri termini, **a parità di calorie, consumando una maggiore quantità di proteine si favorisce il calo ponderale (4).**

Modelli alimentari

Negli ultimi decenni sono state proposte numerose strategie dietetiche per il trattamento dell'obesità.

Tra le più note, la **dieta DASH** (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) è prevalentemente ipoglicidica, ipolipidica e iperproteica.

La **dieta mediterranea**, riconosciuta dall'UNESCO quale patrimonio immateriale dell'umanità, è proposta come stile di vita ideale, in quanto contribuisce in maniera significativa alla prevenzione delle malattie croniche come la stessa obesità e le complicanze da essa derivate (diabete, malattie cardio-vascolari, cancro, ecc) (5,6). Il successo della dieta mediterranea è anche imputabile all'unicità delle sue caratteristiche socio-culturali, quali promozione del consumo di alimenti di origine vegetale nel rispetto di stagionalità, eco-sostenibilità, convivialità, dialogo tra differenti culture, ecc. Tuttavia, a fronte degli effetti sulla salute, la dieta mediterranea non ha dimostrato di avere effetti additivi sul calo ponderale ed è poco efficace sulla perdita di peso a lungo termine (7,8).

Un approccio terapeutico che ha dimostrato di avere successo in una significativa percentuale di soggetti è quello dei **pasti sostitutivi**, che hanno una precisa quantità di calorie e macronutrienti e che vengono forniti ai pazienti dall'Ospedale (nel sistema americano) o da aziende alimentari specializzate, a spese del paziente. Il successo è facilitato dal fatto che il paziente in eccesso ponderale ha così meno problemi organizzativi ed è a minor rischio di perdita di controllo nei confronti del cibo, dovendo semplicemente assumere quello che gli viene proposto. La reale difficoltà è che i pasti sostitutivi sono costosi e in Italia non possono essere forniti o rimborsati dal sistema sanitario nazionale, che ancora non riconosce l'obesità quale patologia cronica invalidante. Pertanto, attualmente, quello dei pasti sostitutivi è un approccio non idoneo per la nostra realtà.

Per quanto attiene alla perdita di peso, la **dieta chetogenica** ha mostrato risultati decisamente superiori rispetto a qualsiasi altro modello sinora proposto, almeno a breve termine (9). Si tratta di un protocollo alimentare che prevede una quota minima di carboidrati, ≤ 50 g/die, al punto da indurre un incremento della lipolisi e dei livelli circolanti di acidi grassi, con elevato afflusso di questi metaboliti al fegato e marcato aumento della chetogenesi epatica. È per definizione un modello normo-proteico (iperproteico solo da un punto di vista percentuale) e iperlipidico, considerando la bassissima capacità degli acidi grassi di agire da stimolo sul rilascio di insulina, ormone anabolizzante e obesogeno. Oltre all'effetto anoressizzante, del quale è responsabile l'aumento della chetonemia (in particolar modo del β -idrossibutirrato), un altro fattore determinante è che l'apporto proteico copre il fabbisogno giornaliero ideale, in maniera da preservare la massa magra e il normale metabolismo basale. Quest'ultimo aspetto rende la dieta chetogenica un modello dietetico teoricamente efficace anche sulla gestione del peso a lungo termine, se alternata a fasi di altri modelli dietetici.

Studi recenti propongono che, al fine di perdere peso e aumentare il proprio stato di salute, il miglior modello di alimentazione possa essere quello del **digiuno intermittente**, ad esempio assumendo cibo nell'arco di otto ore e digiunando per le successive 16 ore o semi-digiunando (< 600 kcal/die) per un giorno a settimana (10).

Conclusioni

La perdita di peso può verificarsi con differenti modelli di dieta e **non è possibile propendere con certezza per un modello ottimale per tutti.** È possibile invece che, indipendentemente dalla composizione della dieta, esista un modello alimentare ideale per ogni singolo individuo e che solo questo possa essere seguito a lungo termine. Certamente, ideare un modello che si adatti agli aspetti fenotipici e genotipici del singolo individuo, rimane ad oggi un desiderio insoddisfatto.

Sintetizzando le Linee Guida Europee per l'Obesità, le Linee Guida di Pratica Clinica dell'*American Association of Clinical Endocrinologists* e *American College of Endocrinology* e gli Standard Italiani per la Cura dell'Obesità SIO-ADI 2016-2017, riteniamo che la **scelta degli alimenti** da consigliare deve orientarsi su quelli **di origine vegetale** (cereali e pseudo-cereali a basso indice glicemico, legumi, frutta e verdura di stagione), **carni magre, prodotti ittici e derivati lattiero-caseari a minore contenuto in grassi** quali principali fonti proteiche. Con il termine pseudo-cereali si indicano piante dicotiledoni (grano saraceno, amaranto, quinoa e chia) con frutti da cui si ottengono farine utilizzate per produrre vari cibi. Tra i **derivati del latte** è molto utile promuovere il consumo di yogurt, per la buona quota proteica, il basso contenuto di lipidi, il basso indice glicemico, le proprietà probiotiche e in generale gli effetti sullo stato di salute. Per quanto attiene alle **fonti di lipidi alimentari**, da proporre in particolare il consumo di olio extra-vergine di oliva, frutta secca a guscio (noci, ecc) e semi oleosi (come chia, sesamo, lino, papavero), fonti di grassi essenziali, anti-ossidanti (polifenoli, ecc) e vari micronutrienti. Facendo rigorosamente riferimento all'olio di oliva extra-vergine, un *incipit* che ci piace proporre ai pazienti è "meglio avere un kg in più e assumere una buona quantità di olio di oliva che avere un kg in meno restringendo l'olio di oliva".

Bibliografia

1. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts* [2015, 8: 402-24](#).
2. Vadiveloo M, Parker H, Raynor H. Increasing low-energy-dense foods and decreasing high-energy-dense foods differently influence weight loss trial outcomes. *Int J Obes* [2018, 42: 479-86](#).
3. Bo S, Fadda M, Castiglione A, et al. Is the timing of caloric intake associated with variation in diet-induced thermogenesis and in the metabolic pattern? A randomized cross-over study. *Int J Obes* [2015, 39: 1689-95](#).
4. Wycherley TP, Moran LJ, Clifton PM, et al. Effects of energy-restricted high-protein, low-fat compared with standard-protein, low-fat diets: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* [2012, 96: 1281-98](#).
5. De Pergola G, D'Alessandro A. Influence of mediterranean diet on blood pressure. *Nutrients* [2018, 10: 1700](#).
6. D'Alessandro A, De Pergola G, Silvestris F. Mediterranean diet and cancer risk: an open issue. *Int J Food Sci Nutr* [2016, 67: 593-605](#).
7. Astrup A. Weight loss with a low-carbohydrate, mediterranean, or low-fat diet. *New Engl J Med* [2008, 359: 2169-72](#).
8. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract* [2016, 22: 842-84](#). Traduzione e adattamento italiano a cura di Italian AACE Chapter con il supporto di Associazione Medici Endocrinologi.
9. Gomez-Arbelaes D, Crujeiras AB, Castro AI, et al. Resting metabolic rate of obese patients under very low calorie ketogenic diet. *Nutr Metab* [2018, 15: 18](#).
10. Patterson RE, Sears DD. Metabolic effects of intermittent fasting. *Annu Rev Nutr* [2017, 37: 371-93](#).