

La scelta della terapia dietetica nel soggetto obeso

Diet prescription in obese patients

Carlo Lesi, Ester Giaquinto, Luca Valeriani, Luisa Zoni

ABSTRACT: *Diet prescription in obese patients. C. Lesi, E. Giaquinto, L. Valeriani, L. Zoni.*

Diet is a cornerstone in the treatment of obese patients with or without metabolic complications. To optimize outcome, diet treatment should always take into account factors such as the Body Mass Index, the timeframe for reaching the recommended weight loss, comorbidities (e.g. arterial hypertension, diabetes mellitus, renal disease, lipid abnormalities, hyperuricemia) and, finally, individual patient characteristics (e.g. habits, preferences,

adherence capacity). Hypocaloric diets need to be adequately balanced in terms of glucides, lipids and proteins, vitamins and minerals. For these reasons the diet prescription for obese patients, particularly those with comorbidities or cardiovascular disease, should be under the guidance of expert nutrition professionals who are aware of the risks of an unbalanced diet.

Keywords: *diet, obesity.*

Monaldi Arch Chest Dis 2005; 64: 42-44.

Unità Operativa di Dietologia e Nutrizione Clinica, Ospedale Bellaria-Maggiore, Bologna (I).

Corresponding author: Dr Carlo Lesi; Unità Operativa di Dietologia; Ospedale Maggiore; Largo Bartolo Nigrisoli, 2; I-40100 Bologna, Italy.

Per quanto si affermi sempre di più il concetto che l'obesità vada trattata mediante un approccio multidimensionale¹ per la mancanza di un'unica causa eziopatogenetica, è altrettanto certo che la dieta o meglio la dietoterapia mantiene un ruolo preminente nel trattamento dell'obesità e delle sue complicanze, quelle metaboliche soprattutto.²

Che si tratti di una dietoterapia trova concordi molti autori: Bacci in qualità di giurista esperto del settore afferma che *“se l'obesità costituisce una condizione patologica è evidente che ogni trattamento proposto, sia esso alimentare, farmacologico o misto, ha il valore di una vera e propria ricetta medica”*.³ Altro aspetto importante della dietoterapia è che per garantire buone possibilità di successo deve essere modulata sulle necessità cliniche (per esempio in presenza di complicanze metaboliche) e personali (preferenze, gusti, abitudini) del soggetto sovrappeso/obeso. Per ottenere il calo di peso e mantenerlo nel tempo non si possono stravolgere le abitudini alimentari di un soggetto, ma cercare fin dove possibile di tenerne conto. Dovrebbe essere finito il tempo delle diete standard stampate su squallidi foglietti “utili” per tutti!

Sulla scorta dell'Indice di Massa Corporea (BMI) e quindi del grado di obesità, cambia l'apporto calorico-proteico.

Ai soggetti sovrappeso, in assenza di complicanze metaboliche gli specialisti forniscono schemi dietetici orientati ad un intervento di “rieducazione” alimentare. A questo fine i pazienti possono essere seguiti da dietisti anche in gruppo: un approccio di gruppo risulta utile a smorzare eventuali tensioni psichiche e a dare consapevolezza che molte problematiche ritenute individuali ed esclusive, sono in realtà comuni ad altri. Gli incontri di gruppo basati su strategie di terapia cognitivo-comportamentale sono utili anche negli obesi con numerose diete fallite nella loro storia alimentare.

La dieta vera e propria trova indicazioni quando il soggetto in sovrappeso presenta anche un'alterazione metabolica che rende necessario un approccio più strutturato e rigoroso.

Nella terapia dietetica dell'obeso l'apporto calorico si attesta di solito sulle 1200-1400 kcal/die, per scendere a 1000-1200 kcal/die nell'obeso grave. Qualche autore si spinge anche a diete di 600-800 kcal/die, con il cosiddetto “semidigiuno”, che richiede una attenta valutazione in un contesto assistenziale in regime di ricovero.⁴ Accanto alla dietoterapia è necessario associare almeno una moderata attività motoria quotidiana e garantire, ove necessario, un adeguato supporto psicologico.²

In realtà la dieta ipocalorica deve ridurre l'apporto energetico giornaliero in modo equilibrato garantendo il giusto apporto di macronutrienti (proteine, carboidrati e lipidi) e micronutrienti (sali minerali, vitamine ed oligoelementi). Solo così si evita di creare squilibri calorico-proteici dannosi per l'organismo.⁵

Di seguito (tabella 1) riportiamo la composizione nutrizionale di base di una dieta ipocalorica (LiGIO '99)⁶ che andrà modificata di volta in volta secondo necessità.

Tabella 1. - Composizione nutrizionale di una dieta ipocalorica (LiGIO '99 - Linee Guida Italiane Obesità, 1999)⁶

CALORIE	500-1000 Kcal in meno rispetto al consueto
Grassi totali	<30% delle calorie totali
Acidi grassi saturi	8-10% delle calorie totali da lipidi
Acidi grassi monoinsaturi	Fino al 15% delle calorie totali da lipidi
Acidi grassi polinsaturi	Fino al 10% delle calorie totali da lipidi
Colesterolo	<300 mg
Proteine	15% delle calorie totali
Carboidrati (CHO)	55% delle calorie totali
Cloruro di sodio	Fino a 6 g
Calcio	1000-1500 mg
Fibre	20-30 g

Nel soggetto obeso affetto anche da diabete mellito (DM) una graduale riduzione del peso favorisce anche il miglioramento del controllo glicemico.

L'apporto proteico deve essere compreso fra il 10 ed il 20% dell'apporto energetico totale che corrisponde a circa 0.8-1.2 g/Kg di peso ideale/die. In caso di microalbuminuria o nefropatia conclamata la quota proteica deve essere ridotta a 0.7-0.9 g/Kg di peso ideale a cui si devono aggiungere le perdite proteiche urinarie in presenza di macroproteinuria. Per quanto riguarda i grassi ci si deve attenere in modo particolare ai parametri presenti nella tabella 1: infatti la contemporanea presenza di obesità e diabete mellito aumenta l'incidenza di malattie cardiovascolari. La componente di acidi grassi saturi deve scendere fino al 5% dell'apporto di calorie totali da lipidi ed il colesterolo esogeno al di sotto di 200 mg/die, nel caso di elevati livelli di LDL. La quota di acidi grassi monoinsaturi può salire fino al 20% dell'apporto calorico da lipidi, essendo questi in grado di abbassare la colesterolemia totale e la colesterolemia LDL, innalzando la colesterolemia HDL.

La quota di carboidrati totali può raggiungere anche il 60% dell'apporto energetico totale, a condizione che il loro consumo derivi principalmente da alimenti ricchi in fibre idrosolubili (frutta, vegetali, legumi) e/o alimenti a basso indice glicemico (pasta, legumi, riso parboiled). Va ridotto il consumo di zuccheri semplici (saccarosio), da assumersi preferibilmente nell'ambito di un pasto ricco di fibre, in modo che questo non superi il 10% dell'apporto calorico totale. Si tratta di calorie da inserire nel computo energetico giornaliero e di quello dei carboidrati. Apporti maggiori di saccarosio possono portare ad ipertrigliceridemia o peggiorare il controllo glicemico. Sono quindi sconsigliate bibite contenenti saccarosio o glucosio.

Questo tipo di pazienti può beneficiare dall'assunzione di fibre nelle quantità previste sia per il loro effetto saziante che per il migliore controllo glucidico e lipidico.⁷

Per quanto riguarda i lipidi nei soggetti obesi con dislipidemia IIA vanno forniti suggerimenti coerenti agli obiettivi riportati nella tabella 1 e, nei casi più resistenti al trattamento dietetico, gli interventi sono gli stessi di quelli adottati per i soggetti obesi e diabetici. È preferibile che l'apporto di lipidi totali scenda al 25%. Utile in questa situazione privilegiare proteine vegetali (legumi).

Anche nella dieta per i soggetto obesi con dislipidemie IIB e IV è di fondamentale importanza ridurre l'assunzione di alimenti ricchi di zuccheri semplici (fruttosio e saccarosio) al di sotto del 10%. Va ridotto o abolito l'alcool, a seconda delle situazioni cliniche, perché il suo elevato valore calorico favorisce l'aumento dei trigliceridi. Va invece incoraggiato il consumo 2-3 volte la settimana di pesce, soprattutto quello proveniente dai mari freddi del Nord, particolarmente ricco di acidi grassi n-3.

Infine, in caso di coesistente iperuricemia, la dieta deve prevedere una riduzione dell'apporto di purine (carne, frattaglie, ecc.), di fruttosio e di saccarosio (frutta, zucchero, bibite, dolci, ecc.) e di bevande alcoliche.

Esiste un'associazione epidemiologica molto stretta tra obesità ed ipertensione: tale associazione è

Tabella 2. - Contenuto di Sodio nei principali alimenti

ALIMENTI RICCHI DI SODIO	ALIMENTI POVERI DI SODIO
Sale da cucina	Spezie, aromi, sale iposodico
Estratti di carne	Legumi
Zuppe e verdure in scatola	Frutta e verdura
Insaccati, carni salate	Pesce
Formaggi	

indipendente dalla razza, dal sesso e dalle abitudini di vita. L'ipertensione causata dall'obesità costituisce un'entità a sé stante perché i meccanismi fisiopatologici che la determinano sono probabilmente diversi da quelli dell'ipertensione arteriosa essenziale e nefro-vascolare. L'ipertensione dell'obeso è in genere di grado lieve (in almeno il 50% dei casi) e solo in una percentuale minore di casi (10%) è di grado severo.

Il trattamento elettivo dell'ipertensione da obesità è rappresentato dal calo di peso; nella maggioranza dei casi una riduzione significativa del peso è in grado, da sola, di normalizzare i valori pressori ma, affinché i valori pressori restino entro valori accettabili, è necessario che la riduzione del peso venga stabilizzata e mantenuta nel tempo.⁸ Anche la riduzione dell'apporto di sodio (tabella 2), la riduzione o abolizione dell'alcool ed un introito adeguato di calcio, potassio e magnesio si sono mostrati efficaci nel ridurre i valori pressori. Questo approccio dietetico è indicato come unico intervento nei soggetti a rischio di ipertensione arteriosa, ad esempio nei soggetti con spiccata familiarità ed in quelli con ipertensione borderline. L'approccio dietetico è invece indicato come adiuvante alla terapia farmacologica nei soggetti con ipertensione moderata/severa in cui l'associazione della dieta alla terapia farmacologica può consentire la riduzione della posologia e/o del numero di farmaci.

In conclusione, la dietoterapia del soggetto sovrappeso o obeso deve essere modellata sulle singole situazioni cliniche che l'aumento di peso comporta e sulle complicanze metaboliche ad esso correlate. In queste condizioni, al fine di ottenere risultati efficaci, occorre che la dietoterapia venga attuata da "mani" esperte ovvero dietologi e dietisti ospedalieri. È solo dall'integrazione delle loro professionalità che scaturisce in modo organico una dietoterapia adeguata alle necessità cliniche del singolo paziente.

Riassunto

La dietoterapia ha un ruolo fondamentale nel trattamento dell'obesità e delle sue complicanze metaboliche. Per ottenere risultati adeguati, la dietoterapia dovrebbe sempre tener conto del grado di sovrappeso-obesità, ma anche delle comorbidità (ipertensione arteriosa, diabete mellito o intolleranza glucidica, nefropatia, iperuricemia, dislipidemia familiari) e di alcune caratteristiche personali (gusti, preferenze e abitudini). Per evitare dannosi squilibri calorico-proteici una dieta ipocalorica deve essere bilanciata in maniera da contenere un equilibrato apporto di macronutrienti (glucidici, lipidi, pro-

teine) e di micronutrienti (sali minerali e oligoelementi). Per questi motivi è raccomandabile che l'impostazione della dieta, specialmente nel paziente obeso con comorbidità, sia eseguita da personale esperto come dietologi e dietisti.

Parole chiave: dieta, obesità.

Bibliografia

1. Bollea MR, Ronzoni S. La valutazione multidimensionale. Dal volume "Universo Obesità" a cura di A. Nicolai 2001; 191-200.
2. Fusco MA, Carbonelli MG. Il trattamento dietetico dell'obesità. Dal volume "Manuale clinico per la gestione del paziente obeso e in sovrappeso" a cura di G. Fatati, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000; 199-206.
3. Bacci M. Problematiche medico-legali del rapporto tra curante e paziente obeso. *Ibidem* v.b.; 2: 24-30.
4. Mattei R, Carli R, Paolini B. Le diete fortemente ipocaloriche. *Ibidem* v.b. 2; 207-212.
5. Lesi C, Zoni L, Valeriani L. Effetti della dietoterapia sulla composizione corporea. *Ibidem* v.b. 1; 207- 215.
6. LIGIO '99 "Linee Guida Italiane Obesità" a cura della Task Force Obesità Italia, Edizioni Pendragon, Bologna, 1999.
7. Pipicelli G, Fatati G, Leotta S, et al. Raccomandazioni per la terapia medica nutrizionale del diabete mellito. Dal volume "277.7: dall'insulinoreistenza alla Sindrome Metabolica" a cura di G. Fatati, Critical Medicine Publishing Editore, Roma, 2004, pag. 319-324.
8. Perna GP, Gabrielli D, Cuccaroni G, Iacovangelo F. Le malattie cardiovascolari. *Ibidem* v.b. 1; 171-178.
9. National Institute of Health. Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection. Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel III), Bethesda, Md National Institutes of Health 2001. NH Publication 01.3670.



Walter Turcato, Verso l'alto (2001)