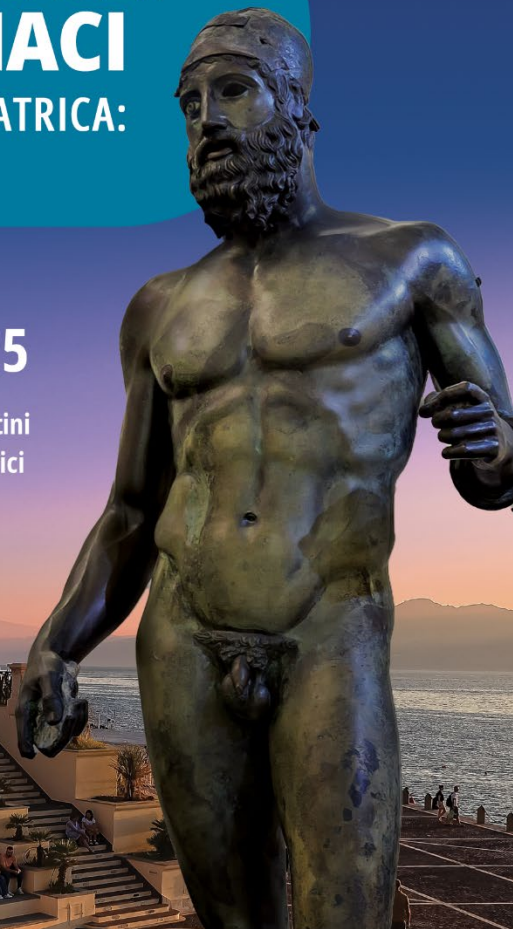


DALLA DIETA MEDITERRANEA ALLA
**RIVOLUZIONE DEI
NUOVI FARMACI**
E DELLA CHIRURGIA BARIATRICA:
UN PERCORSO VINCENTE

REGGIO CALABRIA
20 - 21 GIUGNO 2025

Presidente del Congresso: Dr. Nicola Agostini
Presidente Onorario Prof. Marco Maria Lirici



CONGRESSO REGIONALE
SICOB CALABRIA



APPROCCIO DIETETICO ALLA CHIRURGIA BARIATRICA: ESISTE UN GOLD STANDARD

**RELATRICE: DR.SSA FEDERICA RUFFOLO –
BIOLOGA NUTRIZIONISTA**

La **chirurgia bariatrica** rappresenta oggi una delle **soluzioni terapeutiche più efficaci** per il trattamento **dell'obesità** grave e delle sue comorbidità. Tuttavia, il successo dell'intervento non dipende unicamente dalla procedura chirurgica, ma anche dalla preparazione multidisciplinare preoperatoria, all'interno della quale l'approccio dietetico riveste un ruolo cruciale.

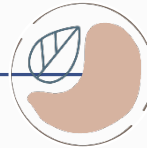
TEAM



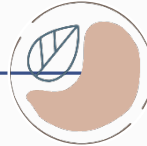
VALUTAZIONE PREOPERATORIA NUTRIZIONALE



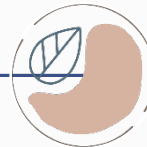
•Diete
seguite



Calo di peso
seguito da
incremento



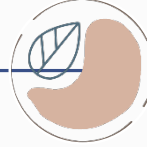
Aspettative
e delusioni



Abitudini
alimentari
scorrette



Mancanza
di attività
fisica



Disturbi del
comportamento
alimentare

- Alterato assetto neuro-ormonale
- Microbiota intestinale alterato
- Patologie obesità-correlate (diabete, steatosi, ipertensione arteriosa, ecc)

ALLEANZA EQUIPE-PAZIENTE

Supporto multidisciplinare:

- Fondamentale per l'ottenimento e mantenimento dei risultati
- Riduzione rischi chirurgici obesità correlati e riduzione degenza ospedaliera



CONSAPEVOLEZZA

ABITUDINI ALIMENTARI

STILE DI VITA



NIH Public Access

Author Manuscript

J Investig Med. Author manuscript; available in PMC 2014 December 01.

Published in final edited form as:

J Investig Med. 2013 December ; 61(8): 1165–1172. doi:10.231/JIM.0000000000000002.

The Effect of Dietary Counseling on Nutrient Intakes in Gastric Banding Surgery Patients

Meena Shah, Ph.D., Beverley Adams-Huet, M.S, Sneha Rao, M.D., Peter Snell, Ph.D.,
Claudia Quittner, M.S., R.N., and Abhimanyu Garg, M.D.

Division of Nutrition and Metabolic Diseases (MS, SR, CQ, AG), Department of Clinical Sciences (BAH), Department of Internal Medicine (MS, BAH, PS, AG), and Center for Human Nutrition (MS, SR, CQ, AG), University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Texas, and the Department of Kinesiology (MS), Texas Christian University, Fort Worth, Texas.

Abstract

Background—There is some evidence that bariatric surgery patients who undergo the purely restrictive procedures, such as the gastric banding (GB) or vertical banded gastroplasty surgery, do not meet the dietary reference intakes for several nutrients. Whether dietary counseling improves micro- and macro-nutrient intakes was examined in GB surgery patients.

Methods—Twenty-three GB surgery patients received dietary and behavioral counseling for 12 weeks to limit energy intake and improve nutrient intakes. Food intake was assessed by 3-d food record at baseline and 6 and 12 weeks. Post-intervention data were available in 21 patients.

Results—At baseline, more than 50% of the subjects reported inadequate dietary intakes of 13 nutrients but over-consumption of sodium and percent energy from saturated and trans fatty acids. Mixed effects model for repeated measures revealed a significant reduction in energy ($p=0.0007$), absolute protein ($p=0.04$), cholesterol ($p=0.045$), and potassium ($p=0.01$) intake and an increase in vitamin K ($p=0.03$) intake and percent energy from protein ($p=0.005$) over the 12 weeks. McNemar test showed a reduction in the proportion of subjects with an inadequate intake of vitamin K ($p=0.008$) but an increase in the proportion of subjects with an inadequate intake of thiamin ($p=0.03$) at 12 weeks. The proportion of subjects who did not meet the nutrient requirements for the remaining 27 nutrients was generally high and remained unchanged.

Conclusions—Dietary intervention improved the intake of some nutrients in GB surgery patients. However, most nutrient intake requirements remained unmet by many subjects. These results indicate that nutritional counseling beyond 12 weeks is warranted in GB surgery patients to improve their dietary nutrient intakes.

MEDICO E NUTRIZIONISTA

- Informare il paziente del percorso pre e post operatorio
- Seguirlo nelle varie fasi
- Prescrivere integrazione necessaria
- Equilibrare le scelte alimentari (modifica del gusto)



VALUTAZIONE PREOPERATORIA NUTRIZIONALE

OBIETTIVO A LUNGO TERMINE

•Anamnesi familiare e fisiologica, anamnesi patologica

•Attività lavorativa

•Rilevazione misure antropometriche (pesi, altezza, circ
collo, addome, fianchi)

Calcolo BMI

Prescrizione esami ematochimici co particolare attenzione
ai micronutrienti

Valutazione del comportamento alimentare e personalità

FOCUS

ANAMNESI ALIMENTARE

- Storia del peso
- Storia di precedenti dietoterapie
- Obiettivo ponderale personale
- Attività fisica praticata e condizioni fisiche che ne limitano l'attuazione
- Modalità di assunzione del cibo
- Percezione del senso di fame e sazietà
- Alvo
- Digestione
- Abitudini



- Re-call 24 h
- Diario alimentare

The Bariatric Surgery Patient: A Growing Role for Registered Dietitians

[Doina Kulick, MD](#) · [Lisa Hark, PhD, RD](#) · [Darwin Deen, MD](#)

Article Info

[Get Access](#)

[Cite](#)

[Share](#)

[Set Alert](#)

[Get Rights](#)

[Reprints](#)

Abstract

Between 1998 and 2004, the total number of bariatric procedures increased almost 10-fold, from 13,386 procedures in 1998 to 121,055 in 2004. Current estimates suggest the number of bariatric operations will exceed 220,000 in 2010. Bariatric surgery encompasses several surgical techniques classified as restrictive or malabsorptive, based on the main mechanism of weight loss. Clinical studies and meta-analyses show that bariatric surgery decreases morbidity and mortality when compared with nonsurgical treatments. A successful long-term outcome of bariatric surgery is dependent on the patient's commitment to a lifetime of dietary and lifestyle changes. The registered dietitian (RD) is an important member of the bariatric team and provides

- Motivazione della richiesta
- Aspetti socio-culturali e cognitivi
- Aspettative rispetto l'intervento
- Conoscenze relative all'alimentazione e procedure di chirurgia bariatrica

PRESENZA DI COMPORTAMENTI SCORRETTI

WALI
WEIGHT and LIFESTYLE
INVENTORY

•Abuso di snack

•Dolce a fine pasto

•Sweet eating

Grazing (piluccamento)

Comportamenti correlati con la mancata perdita di peso e il recupero

References

The weight and lifestyle inventory (WALI) helps identify patient at risk for weight regain after bariatric surgery – Journal of the American College of Surgeons

**MANAGEMENT
PRE
OPERATORIO**

•Istruire il paziente affinché modifichi le abitudini alimentari nel post operatorio

•Adeguate idratazione

•Pianificazione dei pasti

•Progressione nella consistenza dei cibi

•Appropriato intake

•Possibile recupero del peso

•Restrizione alcool

References

Nutrizione clinica per la chirurgia bariatrica – Manuale SICOB, ADI, SIO

IL RUOLO DELLA PERDITA DI PESO PRE-OPERATORIA

Obiettivi della Dieta Preoperatoria

La dieta preoperatoria nella chirurgia bariatrica ha finalità **cliniche e tecniche** ben precise:

1. Ridurre la steatosi epatica e il volume del fegato, facilitando l'accesso laparoscopico e riducendo le complicanze intraoperatorie.

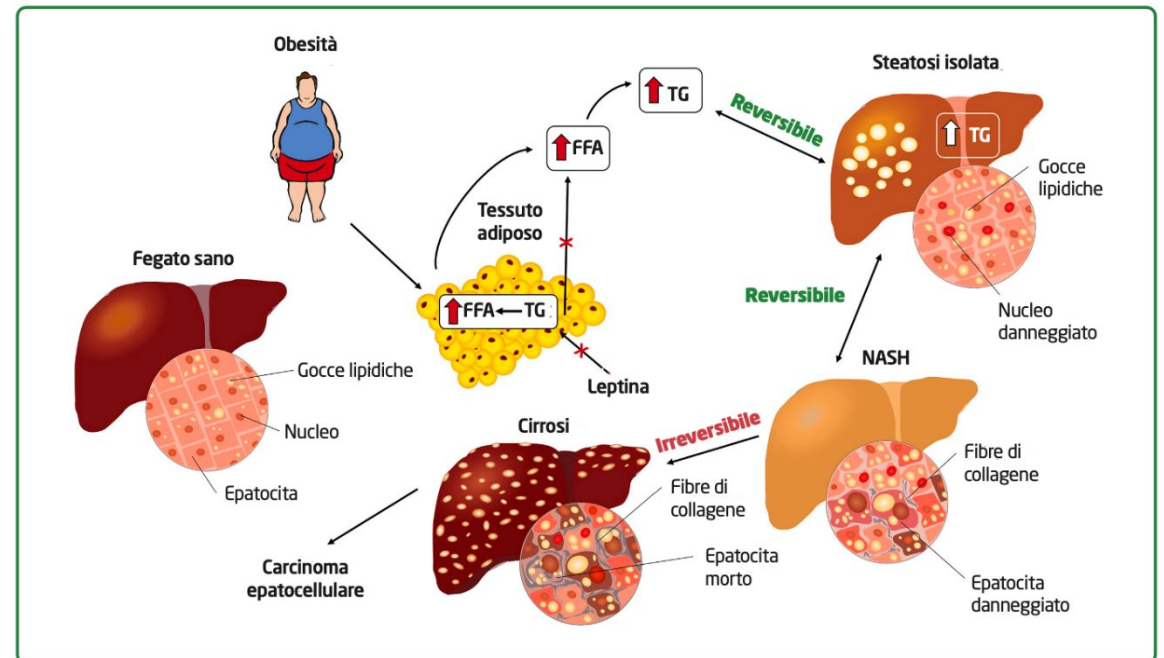
2. Diminuire il grasso viscerale e il peso corporeo generale, migliorando le condizioni metaboliche del paziente.

3. Stabilizzare parametri ematochimici come glicemia, pressione arteriosa e profilo lipidico.

4. Favorire la compliance del paziente e prepararlo psicologicamente e comportamentalmente alle abitudini alimentari post-intervento.

STEATOSI EPATICA NON ALCOLICA

- É la causa più comune di **conversione dell'intervento da laparoscopia a laparotomia**
- La **perdita di peso è di grande efficacia** nella gestione della steatosi epatica non alcolica nei pazienti obesi
- Una modesta (~10%) **riduzione del peso corporeo e dell'adiposità viscerale** determina un significativo miglioramento dei parametri della **sindrome metabolica** ed il quadro biochimico ed istologico a livello epatico



CALO PONDERALE E DIABETE

Le raccomandazioni aace sottolineano l'utilità della dietoterapia preoperatoria per ridurre le complicanze:

- Glicemia a digiuno < 100 mg/dl
- Glicemia post prandiale < 140



- Emoglobina Glicosilata < 7 %

CALO PONDERALE E PRESSIONE ARTERIOSA

La perdita di peso promuove favorevoli cambi emodinamici contrastando gli effetti negativi dell'ipertensione:

- Agisce sul rimodellamento cardiaco
- Regressione dell'ipertrofia ventricolare sx

Una riduzione del peso di 5.1 Kg determina:

- riduzione della pressione arteriosa sistolica di 4.44 mmHg
- riduzione della pressione arteriosa diastolica di 3.57 mmHg

CALO PONDERALE E OSAS

Una circonferenza collo > 44 cm si associa ad una intubazione difficoltosa

I risultati sono maggiormente evidenti nei soggetti con OSAS severa (AHI >30) e BMI elevato

Soggetti con BMI > 40 mostrano una significativa riduzione nel grasso nel collo e significativa diminuzione delle AHI dopo una perdita del 10% del peso

SURGERY FOR OBESITY
AND RELATED DISEASES



Articles
Publish
Topics
Multimedia
About
Contact

ASMBS STATEMENT · Volume 7, Issue 3, P257-260, May-June, 2011

ASMBS Position Statement on Preoperative Supervised Weight Loss Requirements

[Stacy Brethauer, M.D.](#)


Article Info


Get Access


Cite


Share


Set Alert


Get Rights


Reprints

Show Outline

The following position statement is issued by the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery in response to numerous inquiries made to the Society by patients, physicians, society members, hospitals, health insurance payors, the media, and others, regarding the need for a preoperative weight loss requirement before bariatric surgery. In this statement, the available data are summarized regarding the efficacy of the required preoperative diet attempts and is based on current knowledge, expert opinion, and the published peer-reviewed scientific evidence available at this time. The intent of issuing such a statement is to provide objective information about the need for this requirement and to provide recommendations from the current evidence. The statement could be revised in the future as additional evidence becomes available.

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGIST

«E' consigliato un calo ponderale del 5/10% e il controllo di comorbidità può avere impatto positivo»

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC & BARIATRIC SURGERY

«Non tutti i soggetti obesi necessitano di una perdita di peso pre intervento»



AAACE/TOS/ASMBS Guidelines | [Free Access](#)

Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: Cosponsored by american association of clinical endocrinologists, The obesity society, and american society for metabolic & bariatric surgery*†‡§

Jeffrey I. Mechanick M.D.,  Adrienne Youdim M.D., Daniel B. Jones M.D., M.S., W. Timothy Garvey M.D., Daniel L. Hurley M.D., M. Molly McMahon M.D., Leslie J. Heinberg Ph.D. ... [See all authors](#)

First published: 26 March 2013 | <https://doi.org/10.1002/oby.20461> | Citations: 921

† These Guidelines are endorsed by the European Association for the Study of Obesity (EASO), International Association for the Study of Obesity (IASO), International Society for the Perioperative Care of the Obese Patient (ISPCOP), Society American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES), American College of Surgery (ACS), and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO).

‡ By mutual agreement among the authors and editors of their respective journals, this work is being published jointly in *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2013; doi: 10.1016/j.soard.2012.12.010, *Obesity* 2013; doi: 10.1002/oby.20461 and *Endocrine Practice* 2013; doi:10.4158/EP12437.GL.

§ **Abbreviations:** AAACE, American Association of Clinical Endocrinologists; ACS, American College of Surgery; ASMBS, American Association of Metabolic and Bariatric Surgery; BAC, blood alcohol content; BED, binge eating disorder; BEL, best evidence level; BMI, body mass index; BPD-DS, biliopancreatic diversion with duodenal switch; CCS, clinical case series; CK, creatine kinase; CPAP, continuous positive

STRATEGIE DI GESTIONE DIETETICA PRE-OPERATORIA

- **LCD:** Low Calorie Diet
- **VLCD:** Very Low Calorie Diet
- **VLCKD:** Very Low Calorie Ketogenic Diet
- **Posizionamento palloncino**
- **Farmaci** (es. Tirzepatide)

La **scelta** dipende da:

- Caratteristiche del soggetto (età, grado obesità, ecc)
- Presenza comorbidità
- Compliance al trattamento



STRATEGIE DI GESTIONE DIETETICA PRE-OPERATORIA

Low Calorie Diet

- Riduzione introito calorico giornaliero tra **1000 e 1200 kcal**
- La restrizione dietetica deve essere valutata **in base al dispendio energetico** del paziente, preferibilmente misurato (metabolismo a riposo misurato con calorimetria indiretta in condizioni standard)
- Su stile mediterraneo
- Particolare **attenzione** alla **terapia farmacologica** delle eventuali complicanze

Macronutrienti:

Proteine: alto valore biologico (0,9-1 g/kg peso desiderabile fino a 1,3-1,5 g/kg)

Carboidrati: basso indice glicemico

Grassi: 20-35%

Alimenti:

Proteine magre: pollo, pesce, uova

Verdure a basso contenuto di carboidrati

Acqua, tè, caffè non zuccherati

Ottimale nei 7-10 giorni pre-operatori

STRATEGIE DI GESTIONE DIETETICA PRE-OPERATORIA

Very Low Calorie Diet

- **Introito calorico** tra 450 e 800 kcal giornalieri
- **Ipoglicidica e ipolipidica**
- **Uso tipico:** 1–2 settimane prima dell'intervento
- Particolarmente indicata per pazienti con **fegato steatosico severo o obesità morbida (BMI >50)**
- Il calo ponderale è determinato dall'attivazione dei **processi di ossidazione delle riserve lipidiche** e dal meccanismo **di chetogenesi controllata**
- **Supplementazione di vitamine e minerali**

Macronutrienti:

Proteine: alto valore biologico (1,2-1,5 g/kg peso desiderabile fino a 1,3-1,5 g/kg)

Carboidrati: 50-70 g

Grassi: < 40 g

Vantaggi: Risultati in termini di calo ponderale 10% del peso iniziale in tempi brevi

Svantaggi: monitorare la funzionalità epatica e renale, costo superiore rispetto alle LCD, utilizzo di preparati

BENEFICI DELLA DIETA VLCD

Miglioramento del profilo glicemico nei soggetti obesi e diabetici con riduzione dell'insulino-resistenza

Miglioramento del profilo lipidemico, in particolare delle concentrazioni ematiche di colesterolo e trigliceridi

Riduzione di alcuni marcatori infiammatori

Rapida perdita di peso, stimata da 1 e 2,5 kg a settimana

STRATEGIE DI GESTIONE DIETETICA PREOPERATORIA

Very Low Calorie Ketogenic Diet

Introito calorico tra 600-700 kcal

- Ipoglicidica, ipolipidica, ipocalorica, normoproteica

Carboidrati: < 30 g

Proteine: 1,2 g/kg di peso desiderabile



CONTROINDICAZIONI ALLA VLCD E ALLA VLCDKD



- Insufficienza renale (creatininemia $> 1,5$ mg/dl)
- Insufficienza epatica grave (enzimi epatici > 3 v. il limite max)
- Diabete di tipo 1 insulino-dipendente
- Blocco atrio ventricolare, fibrillazione atriale, aritmie maggiori
- Ipokaliemia non equilibrata e diuretici non risparmiatori di potassio (idrocortiazide-furosamide)
- Insufficienza cardiaca
- Infarto ed incidente cerebrovascolare < 12 mesi
- Terapia con corticosteroidi prolungata



La seguente linea guida è stata sviluppata da SICOB in collaborazione con:

ACOI: Associazione Chirurgi Ospedalieri Italiani
ADI: Associazione Italiana di dietetica e nutrizione clinica
AME: Associazione Medici Endocrinologi
ANSISA: Associazione Nazionale Specialisti in Scienze dell'Alimentazione



COSA DICONO LE LINEE GUIDA SICOB?

4 TRIAL CLINICI

Scopo: impatto perdita di peso preoperatorio

Modalità: tre effettuati con dieta (uno con dieta a basso contenuto calorico per 2 settimane, e altri 2 con modifiche dello stile di vita per 6 mesi) e uno con palloncino intragastrico.

Il bilancio degli effetti è reso difficile per la presenza di pochi studi, ma sembra favorevole all'intervento per quanto riguarda l'efficacia di interventi per la perdita di peso preoperatoria sul calo ponderale post chirurgia metabolico-bariatrica. Inoltre, vi è una tendenziale riduzione dei tempi chirurgici e degli eventi avversi peri-procedurali

Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB)
La terapia chirurgica dell'obesità e delle patologie associate

VALUTAZIONE

Rilevanza del problema <i>Il problema è una priorità?</i>		
Giudizio	Evidenza	Considerazioni aggiuntive
Probabilmente Sì	La chirurgia metabolico-bariatrica, è stata sviluppata per ottenere una perdita di peso rilevante nei pazienti morbosamente obesi; tuttavia, non è priva di rischi di eventi avversi peri-procedurali che potrebbero essere, soprattutto in casi estremi di obesità, ridotti da una perdita di peso pre-operatoria; inoltre, tali interventi potrebbero anche migliorare l'efficacia della chirurgia metabolico-bariatrica. 16,17.	
Effetti favorevoli <i>Di quale entità sono gli effetti favorevoli dell'intervento?</i>		
Giudizio	Evidenza (vedi "Evidenze Supporto")	Considerazioni aggiuntive (vedi "Evidenze Supporto")
Moderati	Sono stati trovati 4 trial¹⁸⁻²¹ che avevano come scopo quello di verificare l'impatto della perdita di peso nei pazienti candidati alla chirurgia metabolico-bariatrica; tre effettuati con dieta (uno con dieta a basso contenuto calorico per 2 settimane²⁰, e altri 2 con modifiche dello stile di vita per 6 mesi^{18,19}) e uno con palloncino intragastrico²¹. Il BMI medio iniziale era di 46,2 Kg/m² e l'età medi di 42 anni. <u>Riduzione del peso corporeo</u> Indipendentemente dalla modalità di perdita di peso, complessivamente il gruppo di intervento rispetto al controllo ha ottenuto una perdita di BMI post-operatorio: -2.56 [-4.03, -1.10] Kg/m² (Figura 4). <u>Miglioramento della qualità della vita</u> Nessun dato riportato <u>Riduzione dei tempi operatori della chirurgia metabolico-bariatrica</u> Il gruppo di intervento ha avuto tempi operatori tendenzialmente inferiori (-31.74 [-66.60, 3.11] min; Figura 5). <u>Riduzione delle complicanze peri-procedurali</u> Vi è stata una riduzione non significativa di eventi avversi chirurgici gravi, con un trend non statisticamente significativo per le complicanze infettive (MH-OR: 0.32 [0.09, 1.10], p=0.07).	Non si sono osservate differenze significative sulla durata della degenza (0.19[-0.38, 0.77] giorni)
Effetti sfavorevoli <i>Di quale entità sono gli effetti sfavorevoli dell'intervento?</i>		
Giudizio		Considerazioni aggiuntive

Effect of preoperative diet regimen on liver size before laparoscopic sleeve gastrectomy in morbidly obese patients

Published: 06 July 2021

Volume 36, pages 2981–2986, (2022) [Cite this article](#)

[Mohamed AbdAlla Salman](#) , [Mohamed Gamal Qassem](#), [Mohamed Saad Aboul-Enein](#), [Mahmoud A.Ameen](#), [Ahmed Abdallah](#), [Hitham Omar](#), [Ahmed Mahmoud Hussein](#), [Mohamed Sabry Tourky](#), [Khaled Monazea](#), [Ahmed M.Hassan](#), [Ahmed Salman](#), [Ahmed Moustafa](#), [Hossam El-Din Shaaban](#), [Ahmed Soliman](#) & [Mohamed D. Sarhan](#)

Abstract

Background

Low caloric diet can reduce liver volume; however, there is no consensus regarding preoperative weight reduction before bariatric surgery. This study evaluates the effect of preoperative very-lowcalorie diet (VLCD) in patients undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG).

Methods

This prospective study included patients scheduled for LSG stratified into two groups, Diet Group ($n = 183$) who followed a preoperative VLCD regimen for three weeks and underwent assessment of the liver lobes span before and after regimen, and Control Group ($n = 138$) who underwent sonographic assessment once before surgery and were operated upon without diet. The outcome measures were the impact of preoperative diet on the liver span, intraoperative complications, anthropometric factors affecting the liver span.

Results

Diet regimen resulted in a significant reduction of the right and left lobes. The percentage of the reduction of the left lobe span was significantly higher than that of the right lobe ($p < 0.001$). Change of the size of the two lobes was correlated positively with weight and body mass index and initial size of both lobes. There was no significant difference between the two groups in the frequency of operative complications.

Conclusion

VLCD for three weeks before bariatric surgery effectively reduced liver size. The reduction is more in the left lobe. The changes of both lobes were correlated well with the pre- and post-regimen weight and BMI. It was also positively correlated with the initial size of both lobes.

Effects of Two Preoperative Weight Loss Diets on Hepatic Volume, Metabolic Parameters, and Surgical Complications in Morbid Obese Bariatric Surgery Candidates: a Randomized Clinical Trial

Original Contributions | Published: 14 August 2018

Volume 28, pages 3756–3768, (2018) [Cite this article](#)

[A. Gils Contreras](#), [A. Bonada Sanjaume](#), [M. Montero Jaime](#), [A. Rabassa Soler](#), [F. Sabench Pere Ferrer](#), [A. Molina López](#), [N. Becerra Tomás](#), [D. Del Castillo Déjardin](#) ✉ & [J. Salas-Salvadó](#) ✉

Abstract

Objective

To assess which type of preoperative dietary strategy is most effective in reducing liver volume and assessing its influence on different biochemical parameters and on surgical complications in individuals undergoing bariatric surgery.

Methods

Parallel randomized trial comparing the effect of a very low calorie diet (VLCD) and a low calorie diet (LCD) for a period of 21 days before surgery on hepatic volume, anthropometry and biochemical parameters. Compliance and tolerance to the diets, surgical complications, and hospital stay were also determined.

Results

Eighty-six morbid obese participants undergoing bariatric surgery were randomized. The hepatic volume was significantly reduced in both intervention groups, but no differences in changes between groups were detected. The reduction in the hepatic volume was higher in those patients with a baseline hepatic volume > 3 L compared to those with < 3 L (adjusted P value < 0.001). The percentages of total weight lost were 5.8 and 4.2% (adjusted P value = 0.004) for participants on the VLCD and LCD, respectively. There were no differences between groups for any of the biochemical parameters analyzed, nor in the number of surgical complications nor the length of hospital stay. Adherence to the diet was good; nevertheless, participants in the VLCD intervention showed worse tolerance.

Conclusions

In subjects with morbid obesity undergoing bariatric surgery, compared to a LCD, a preoperative 21-day intervention with VLCD is more effective in terms of reducing total body weight but not in terms of reducing the liver volume. Both types of preoperative diets have similar effects on clinical biochemical parameters, rate of surgical complications, and hospital length stay.

**LINEE GUIDA DELLA SICOB SOCIETÀ ITALIANA DI
CHIRURGIA DELL'OBESITÀ E DELLE MALATTIE
METABOLICHE**

*La terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze
associate*



La seguente linea guida è stata sviluppata da SICOB in collaborazione con:

ACOI: Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani
ADI: Associazione Italiana di dietetica e nutrizione clinica
AME: Associazione Medici Endocrinologi
ANSISA: Associazione Nazionale Specialisti in Scienze dell'Alimentazione



La dieta preoperatoria nei pazienti con obesità di classe III ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e candidati alla chirurgia metabolico-bariatrica è suggerita per ridurre l'incidenza di complicanze peri-procedurali e migliorare l'efficacia dell'intervento chirurgico.

1 Gli effetti favorevoli includono la riduzione del peso corporeo, dei tempi operatori e delle complicanze periprocedurali.

2 Le modalità di intervento comprendono una **dieta a basso contenuto calorico seguita per 2 settimane**, programmi di **modifiche dello stile di vita** di 6 mesi e, in alcuni casi, l'uso del palloncino intragastrico.

3 Non sono stati riportati effetti negativi significativi.

4 Inoltre, una dieta ipocalorica o a bassissimo contenuto calorico (**VLCD**) può essere utilizzata per ridurre il volume epatico e migliorare le condizioni chirurgiche, contribuendo a migliorare gli esiti operatori e ridurre i rischi intraoperatori.

ESISTE UN GOLD STANDARD?

LINEE GUIDA SICOB: Forte raccomandazione all'utilizzo delle diete **VLCD** e **VLCKD**

LAVORO TRA PSICOLOGO E NUTRIZIONISTA NELLA RI-EDUCAZIONE ALIMENTARE

- **Valutare la motivazione reale** del paziente
- **Individuare disturbi alimentari** o comportamenti a rischio (es. binge eating, fame emotiva)
- **Prevenire aspettative irrealistiche** legate alla chirurgia
- **Favorire l'adesione alla dieta e ai cambiamenti post-intervento**
- **Preparare emotivamente** alla trasformazione del corpo e dell'identità

CONCLUSIONI



Definire obiettivi chiari e realizzabili



Il cambiamento delle abitudini alimentari previene anche il weight regain

- L'intervento dietetico preoperatorio è una **fase essenziale del percorso bariatrico**, in grado di migliorare non solo **la sicurezza e l'efficacia dell'intervento chirurgico**, ma anche la **motivazione e la consapevolezza del paziente**.
- Un **approccio** strutturato e **multidisciplinare** aumenta le probabilità di successo nel lungo termine, favorendo una perdita di peso sostenibile e duratura.
- E' fortemente consigliata una perdita del 5-10 % del peso corporeo per migliorare le comorbidità e favorire un **miglior recupero** post operatorio e una miglior perdita di peso dopo l'intervento
- Al momento **non è possibile standardizzare l'approccio dietoterapico** pre-operatorio perché concorrono più fattori: età, comorbidità, compliance, LISTA D'ATTESA

DALLA DIETA MEDITERRANEA ALLA
**RIVOLUZIONE DEI
NUOVI FARMACI**
E DELLA CHIRURGIA BARIATRICA:
UN PERCORSO VINCENTE

REGGIO CALABRIA
20 - 21 GIUGNO 2025

Presidente del Congresso: Dr. Nicola Agostini
Presidente Onorario Prof. Marco Maria Lirici



CONGRESSO REGIONALE
SICOB CALABRIA

Grazie

Dr.ssa Federica Ruffolo
Biologa Nutrizionista
www.federicaruffolo.it