



# Da tradizione a strumento clinico: le Linee-Guida sulla dieta mediterranea

From tradition to clinical tool:  
the Guidelines on the mediterranean diet

Marco Prastaro<sup>1</sup>, Annalisa Vetri<sup>2</sup>, Tecla Mastronuzzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SIMG Cosenza; <sup>2</sup> SIMG Catania; <sup>3</sup> SIMG Bari

**"Quando accennai al binomio  
malattie coronariche e regimi alimentari,  
nessuno mostrò particolare interesse"**

Keys A, *AM Rivista Soc It Antropologia Medica*  
2013;35-36:13-39

## Dalla tradizione alla medicina di precisione

*"Fa' che il cibo sia la tua medicina e che la medicina sia il tuo cibo".* In questa massima, attribuita ad Ippocrate, il cuore della salutogenesi.

Attualmente, l'età media della popolazione residente in Italia è pari a 46.6 anni, mentre la speranza di vita alla nascita rasenta gli 83.4 anni. Il tasso di natalità si attesta al 6.3‰, con una fecondità stimata in 1.18 figli per donna ([https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/indicatori\\_demografici\\_2024.pdf](https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/indicatori_demografici_2024.pdf)). Questi dati riflettono un progressivo invecchiamento demografico, con ricadute dirette sulla quotidianità lavorativa del medico di medicina generale (MMG).

Promuovere un invecchiamento sano è fondamentale per ridurre l'impatto delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e garantire una senilità attiva. Le malattie cardiovascolari (MCV) rappresentano l'11% della spesa sanitaria totale, essendo la causa di morte più comune nei paesi membri dell'European Society of Cardiology (ESC), con oltre 3 milioni di decessi all'anno<sup>1</sup>. Analogamente, il diabete mellito è in rapida ascesa, con una prevalenza che nel 2045 toccherà verosimilmente i 783 milioni di casi/mondo (<https://www.epicentro.iss.it/diabete/epidemiologia-mondo>). Queste evidenze avallano un orientamento della medicina generale aperto a nuove sfide. La transizione da un modello prevalentemente reattivo ad uno predittivo e personalizzato richiede interventi strutturali sugli stili di vita, in particolare sulle abitudini alimentari.

La Dieta Mediterranea (DM), dal 2010 riconosciuta dall'UNESCO patrimonio culturale immateriale, individua non un semplice modello alimentare, ma un sistema di pratiche e valori legati al rispetto della tradizione eno-gastronomica, della stagionalità, della convivialità, del territorio. La DM non pone in essere una semplice combinazione di elementi

nutrizionali complementari, bensì un paradigma culturale che storicamente s'innesta sul tronco del folclore, sposando aspetti salutari unici, come l'impegno sociale, l'esercizio ginnico, un'alimentazione appetibile, un ristoro adeguato.

Lorenzo Piroddi fu il primo ad identificare un nesso tra DM e salute; successivamente Ancel Keys, con il Seven Countries Study<sup>2</sup>, confermò tale associazione. Studi randomizzati controllati di alto tenore scientifico, come PREDIMED<sup>3</sup> e CORDIOPREV<sup>4</sup>, hanno poi ratificato l'efficacia della DM nella prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria. Da ultimo, le Linee Guida SNLG 2025 (*Modelli alimentari di riferimento per la popolazione italiana: la Dieta Mediterranea*), hanno sistematizzato le evidenze disponibili e formulato 32 raccomandazioni applicabili ai diversi livelli di prevenzione (<https://www.iss.it/documents/20126/10024898/LG+C0035-SINPE+et+al.pdf>).

Il suo impiego certamente costituisce un valore aggiunto nell'armamentario terapeutico del MMG.

## Sintesi delle linee guida 2025

Una revisione meticolosa della letteratura, sotto l'egida della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE), della Fondazione Dieta Mediterranea (FDM) e della Società Italiana per la PREvenzione Cardiovascolare (SIPREC), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha permesso la stesura di linee guida (LG) aggiornate sugli effetti salutistici della DM.

In ragione della notevole eterogeneità dei contesti clinici ed organizzativi in cui la DM è usualmente adoperata, l'elaborazione delle LG ha previsto un percorso di standardizzazione metodologica e procedurale, utile a sviluppare raccomandazioni aderenti alle realtà sanitarie e sociali del nostro Paese.

È stato quindi costituito un *panel* multidisciplinare di esperti, comprendente cardiologi, internisti, geriatri, diabetologi, neurologi, oncologi, gastroenterologi, specialisti in scienze dell'alimentazione, dietisti e MMG, afferenti alle principali società scientifiche nazionali (SIMG, SID, SIMI, SIGG, AIOM, ecc.).

La qualità delle evidenze è stata supportata dall'applicazione della metodologia GRADE, perfezionata dalla variante nutrizionale NUTRIGRADE.

## Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

## How to cite this article:

Da tradizione a strumento clinico:  
le Linee-Guida sulla  
dieta mediterranea  
*Rivista SIMG* 2026;  
33 (01):8-11.

© Copyright by Società  
Italiana dei Medici di  
Medicina Generale e  
delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Quest'ultima considera le peculiarità della ricerca nutrizionale, come le problematiche nel condurre studi randomizzati controllati di lunga durata, la diversità degli interventi dietetici e la complessità delle interazioni tra alimentazione, stili di vita e salute. Le evidenze sono classificate come di qualità alta, moderata, bassa o molto bassa, con un punteggio complessivo da 0 a 10. Il processo metodologico adottato per la stesura delle LG è basato sulla formulazione di quesiti clinici secondo il modello PICO (Pazienti, Interventi, Confronti, Outcome) e sulla distinzione tra due livelli di prevenzione:

- **Prevenzione primaria**, focalizzata sull'efficacia della dieta mediterranea nel ridurre il rischio di insorgenza di patologie croniche nella popolazione sana;
- **Prevenzione terziaria**, centrata sul miglioramento degli esiti clinici e della qualità della vita nei pazienti con malattie croniche già diagnosticate, anche attraverso la prevenzione delle complicanze e della progressione di malattia.

La prevenzione secondaria, intesa come *screening*, non è stata inclusa negli ambiti di applicazione di queste LG, poiché non direttamente valutabile tramite interventi nutrizionali secondo il modello PICO. In ambito nutrizionale, infatti, risulta metodologicamente complesso isolare l'effetto dell'alimentazione nel determinare una diagnosi precoce, che costituisce l'obiettivo principale della prevenzione secondaria. Le LG includono raccomandazioni positive sull'utilizzo della DM nella riduzione del rischio e nel miglioramento degli

*outcomes* di malattia in differenti aree cliniche: MCV, oncologiche, neurodegenerative, metaboliche e materno-fetali (pre-eclampsia, morte fetale, parto pretermine).

Le raccomandazioni sono classificate come forti o deboli: la forza riflette il grado di fiducia nella prevalenza degli effetti benefici rispetto a quelli indesiderati. La valutazione finale della qualità delle evidenze non corrisponde ad una semplice somma delle qualità dei singoli studi, ma rappresenta il riflesso della loro robustezza metodologica e del peso che ciascuno di essi ha nel determinare la stima dell'effetto complessivo.

### Medicina Generale ed approccio dietoterapico

La DM risponde in maniera efficace ai criteri di prevenzione e cura delle principali MCNT; inoltre, essa realizza uno strumento pratico, privo di effetti avversi, economicamente sostenibile.

Negli ultimi anni, le evidenze scientifiche a supporto della DM, in particolare nella prevenzione cardio-metabolica, si sono consolidate in modo significativo. Una metanalisi di studi osservazionali pubblicata nel 2019 ha mostrato una riduzione del rischio relativo di coronaropatia/infarto miocardico pari a 0.70 (IC 95%: 0.62–0.80) negli individui con maggiore aderenza alla DM, sulla base di 11 studi di coorte<sup>5</sup>. In un'ulteriore metanalisi di otto studi prospettici – condotti per metà in Europa meridionale e per metà in contesti non mediterranei – il rischio di diabete mellito tipo 2 risultava ridotto

**Tabella 1 - LG 2025 sulla DM e sintesi delle prove con raccomandazione giudicata fortemente positiva**

| RACCOMANDAZIONE                                                                                                                                                                                                                               | FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE | GRADO DI CERTEZZA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Nelle persone ad alto rischio cardiovascolare, si raccomanda la DM, arricchita con olio extravergine di oliva o con frutta secca, rispetto alla dieta ipolipidica, per diminuire l'incidenza di arteriopatia periferica degli arti inferiori. | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle persone ad alto rischio cardiovascolare, si raccomanda la DM, arricchita con olio extravergine di oliva, rispetto alla dieta ipolipidica, per diminuire l'incidenza di fibrillazione atriale.                                           | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle persone ad alto rischio cardiovascolare, si raccomanda la DM, rispetto alla dieta ipolipidica, per diminuire il rischio di malattie cerebrovascolari come TIA ed ictus ischemico.                                                       | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle persone con coronaropatia, si raccomanda la DM, rispetto alla dieta ipolipidica, per diminuire la mortalità cardiovascolare.                                                                                                            | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle persone ad alto rischio cardiovascolare, si raccomanda la DM, con aggiunta di olio extravergine di oliva, rispetto alla dieta ipolipidica per diminuire l'incidenza di diabete mellito tipo 2.                                          | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle donne in gravidanza, si raccomanda la DM, rispetto alla dieta ipolipidica, per ridurre il rischio di alto peso neonatale.                                                                                                               | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle donne in gravidanza, si raccomanda la DM, rispetto alla dieta standard ed alla dieta ipolipidica, per ridurre il rischio di basso peso neonatale.                                                                                       | POSITIVA FORTE              | ALTO              |
| Nelle donne in gravidanza, si raccomanda la DM, rispetto alla dieta standard e dieta ipolipidica, per ridurre il rischio di diabete gestazionale.                                                                                             | POSITIVA FORTE              | ALTO              |

*Il grado di certezza è stato valutato con lo score del sistema NUTRIGRADE.*

Tabella 2 - MEDAS SCORE

|    |                                                                                                                                                                              |                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1  | Utilizza olio extravergine di oliva come principale condimento in cucina?                                                                                                    | Si=1 no=0       |
| 2  | Quanto olio utilizza al giorno (compreso l'olio usato per friggere, condire insalate, etc)?                                                                                  | >4 cucchiaini=1 |
| 3  | Quante porzioni di verdura consuma al giorno (una porzione= 200 g)?                                                                                                          | >2 porzioni=1   |
| 4  | Quanta frutta consuma al giorno?                                                                                                                                             | > porzioni=1    |
| 5  | Quante porzioni di carne rossa, hamburger o prodotti a base di carne (prosciutto, salsicce, etc) consuma al giorno (una porzione= 100-150 g)?                                | <1 porzioni=1   |
| 6  | Quante porzioni di burro, margarina o grassi animali consuma al giorno (una porzione= 12 g)?                                                                                 | <1 porzioni=1   |
| 7  | Quante bevande zuccherate o gassate beve al giorno?                                                                                                                          | <1 porzioni=1   |
| 8  | Quanto vino beve alla settimana?                                                                                                                                             | >5 bicchieri=1  |
| 9  | Quante porzioni di legumi consuma a settimana (una porzione= 150 g)?                                                                                                         | >3 porzioni=1   |
| 10 | Quante porzioni di pesce o frutti di mare consuma a settimana (una porzione 100-150 g di pesce o 4-5 unità o 200 g di frutti di mare)?                                       | >3 porzioni=1   |
| 11 | Quante volte alla settimana consuma dolci o prodotti da forno (non fatti in casa)?                                                                                           | <2 porzioni=1   |
| 12 | Quante porzioni di frutta secca (noci, arachidi), consuma a settimana (una porzione = 30 g)?                                                                                 | >3 porzioni=1   |
| 13 | Preferenzialmente consuma carni bianche quali pollo, tacchino o coniglio al posto delle carni rosse quali vitello, maiale, hamburger o salsicce?                             | Si=1 no=0       |
| 14 | Quante volte alla settimana consuma verdure, pasta, riso o altri piatti conditi con soffritto (salsa fatta con pomodoro e cipolla, porro, o aglio e cotto con olio d'oliva)? | >3 porzioni=1   |

*Medas ≤5: scarsa aderenza alla DM; 6-9: discreta aderenza alla DM; ≥10: elevata aderenza alla DM*

del 13% nei soggetti con maggiore aderenza (RR 0.87; IC 95%: 0.82–0.93)<sup>6</sup>. Analogamente, una revisione di otto studi trasversali e quattro prospettici ha evidenziato una riduzione del 19% dei casi di sindrome metabolica (RR 0.81; IC 95%: 0.71–0.92) tra i soggetti che seguivano il modello mediterraneo<sup>7</sup>.

Le LG 2025 riportano numerose raccomandazioni forti a favore della DM, specialmente in ambito cardiovascolare ed ostetrico-metabolico. La **Tabella 1** ne riassume in modo sistematico la forza e l'ambito clinico di riferimento. L'utilizzo di tali raccomandazioni nella pratica clinica quotidiana consente al MMG di migliorare i processi di *audit* e di promuovere comportamenti salutari *life-time*. Identificare, tra i propri assistiti, il livello di adesione alla DM offre al MMG l'opportunità di inserire la valutazione nutrizionale nei percorsi di diagnostica intercettiva e screening metabolico. A tal fine, il *Mediterranean Diet Adherence Screener* (MEDAS) configura uno strumento validato e di facile utilizzo per quantificare l'aderenza alla DM<sup>8</sup>. Esso consta di 14 domande (12 sui consumi e 2 sulle abitudini alimentari), la cui sintesi fornisce un punteggio da 0 a 14, proporzionale al livello di adesione (**Tabella 2**).

Numerosi studi hanno sancito la validità del MEDAS. In uno studio osservazionale recente<sup>9</sup>, condotto con un *follow-up* mediano di 11.6 anni ed un'età media dei partecipanti di 70.3 anni, un'aderenza moderata (MEDAS 7–8) correlava con una riduzione del 13% della mortalità per tutte le cause (HR 0.87; IC 95%: 0.77–0.99); laddove un'aderenza moderato-alta (MEDAS ≥9) determinava una

riduzione del 30% (HR 0.70; IC 95%: 0.59–0.82). I maggiori benefici emergevano nei soggetti che mantenevano una buona aderenza nel tempo, con una riduzione della mortalità fino al 46% (HR 0.54; IC 95%: 0.38–0.76). Ogni incremento di 1 punto del punteggio MEDAS, se preservato, corrispondeva ad una riduzione del 9% del rischio di mortalità.

*Counseling* nutrizionale breve, *case finding* e medicina di iniziativa costituiscono strumenti operativi che inducono il MMG ad integrare la DM in itinerari di prevenzione e cura, solleciti e personalizzati.

### Punti di forza ed opportunità

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) e la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono due progetti complementari che mirano ad irrobustire il SSN, promuovendo la prevenzione, l'innovazione e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, al fine di tutelare la salute pubblica. Il PNP si focalizza sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute, mentre la Missione 6 del PNRR ambisce a modernizzare il SSN, potenziando la prevenzione, l'assistenza territoriale e la digitalizzazione. L'allineamento tra PNP e PNRR implica un approccio moderno, innovativo ed integrato tra prevenzione, assistenza territoriale/nosocomiale e servizi sociali. Il PNP e la Missione 6 del PNRR pongono la prevenzione quale basamento ineludibile delle politiche tese alla salvaguardia della salute della popolazione, con un *focus* sulla promozione dei regimi dietetici.

In questo contesto, la medicina generale esercita un ruolo non secondario, avendo la possibilità di istituire, anche all'interno delle nuove AFT/UCCP, ambulatori e/o servizi dedicati alla promozione degli stili di vita; il cui baricentro esecutivo collima con il modello mediterraneo, propugnato dalle ultime LG.

### Criticità e riflessioni

L'impiego della DM come vero e proprio strumento terapeutico incontra alcune criticità rilevanti. Nonostante l'ampia validazione scientifica, l'adesione al modello mediterraneo è in progressivo calo, in particolare tra le giovani generazioni.

Le abitudini alimentari contemporanee, caratterizzate da ritmi di vita frenetici e dalla diffusione di alimenti ultraprocessati, ne ostacolano l'applicazione pratica. Inoltre, alimenti cardine della DM, come pesce fresco, frutta secca ed olio extravergine di oliva, possono risultare meno accessibili alle fasce di popolazione più vulnerabili, a causa dei costi elevati. Un ulteriore rischio concerne l'esautorazione della tradizione originaria: nell'uso moderno, la DM viene talvolta semplificata o snaturata, essendo ridotta ad una lista di alimenti consigliati, così perdendo l'equilibrio complessivo che comprende il piacere insito nella preparazione degli alimenti, la convivialità, il rispetto della stagionalità e la dedizione ad uno stile di vita attivo. Alla Medicina Generale spetta un ruolo cruciale nell'interpretare e tradurre le raccomandazioni delle LG in pratica clinica quotidiana, affinché la DM possa stagliarsi non solo come strumento di prevenzione, ma anche come parte integrante della cura delle MCNT. Ne deriva la necessità di istituire programmi dedicati alla formazione ed aggiornamento continuo dei MMG, così da valorizzare la DM in quanto presidio terapeutico insostituibile.

### Conclusioni

Le LG 2025 riconoscono la DM quale pilastro della prevenzione globale delle MCNT. La medicina generale, attraverso un approccio dialogico, capillare e continuativo, che interessa individui e comunità, assolve un ruolo dirimente nella promozione degli stili di vita. Il modello mediterraneo non deve essere considerato un mero regime alimentare, bensì uno strumento terapeutico efficace, integrato e sostenibile. Il MMG può assimilarlo nella pratica quotidiana attraverso *counseling* breve, *case finding* mirato, uso di

*tools* validate come il MEDAS, da affiancare a progetti di prevenzione individuale e collettiva (Tabella 3). È tuttavia necessario un cambio di paradigma: la prescrizione dietetica deve superare la logica restrittiva incardinata sul peso corporeo, per accogliere una visione avveniristica, tesa alla salute metabolica e funzionale. In questo processo, il linguaggio, la relazione e le priorità del paziente sono componenti essenziali.

Di fatto, le nuove LG offrono un'occasione concreta per rimarcare la centralità della medicina generale nell'organizzazione di percorsi incentrati sul valore sociale, salutistico e sostenibile della DM.

### Bibliografia

1. Timmis A, et al. European Society of Cardiology: the 2023 Atlas of Cardiovascular Disease Statistics. *Eur Heart J* 2024;45:4019-62.
2. Menotti A, et al. Ancel Keys, the Mediterranean Diet, and the Seven Countries Study: A Review. *J Cardiovasc Dev Dis* 2025;12:141.
3. Estruch R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean Diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med* 2018;378:e34.
4. Delgado-Lista J, et al. Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): a randomised controlled trial. *Lancet* 2022;399:1876-85.
5. Rosato V, et al. Mediterranean diet and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Nutr* 2019;58:173-91.
6. Jannasch F, et al. Dietary patterns and type 2 diabetes: a systematic literature review and meta-analysis of prospective studies. *J Nutr* 2017;147:1174-82.
7. Godos J, et al. Adherence to the Mediterranean diet is inversely associated with metabolic syndrome occurrence: a meta-analysis of observational studies. *Int J Food Sci Nutr* 2017;68:138-48.
8. Schröder H, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr* 2011;141:1140-45.
9. Duarte Junior MA, et al. Association of adherence to Mediterranean diet and changes over time with all-cause mortality in older adults: the Seniors-ENRICA cohorts. *Am J Clin Nutr* 2025;122:255-62.

**Tabella 3 - Strumenti e strategie per integrare la DM in Medicina Generale**

Valutare l'aderenza dietologica con strumenti semplici e validati, come il MEDAS, da utilizzare nei bilanci di salute o nel *follow-up* delle patologie croniche.

Integrare il *counseling* nutrizionale nelle visite quotidiane, con linguaggio accessibile e strategie motivazionali centrate sulle differenti necessità del paziente.

Indagare lo stato nutrizionale in modo globale e funzionale, superando l'approccio basato su peso, altezza e BMI; considerare invece, complessivamente: forza muscolare, composizione corporea, *performance* fisica e parametri metabolici.

Personalizzare gli obiettivi dietologici, adattando il modello mediterraneo alle condizioni cliniche, culturali e sociali di ogni assistito.

Collaborare con le istituzioni territoriali (es. farmacie, scuole, associazioni, distretti) per rafforzare il messaggio preventivo e facilitarne l'adozione.

Approfondire conoscenze e competenze in ambito dietologico-nutrizionale, per supportare in modo concreto e continuativo il percorso assistenziale del paziente.

Promuovere l'istituzione di percorsi dedicati, sollecitando la realizzazione di ambulatori sugli stili di vita, al fine di educare i pazienti alla prevenzione metabolica e generale, mediante una sintesi partecipata delle norme dietetico-comportamentali supportate dall'EBM.