



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

ADI MAGAZINE

Rivista Scientifica dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

Federata FeSIN

Fondata nel 1997
da Eugenio DEL TOMA e Giuseppe FATATI

1

marzo

2015

LA NUOVA PASTA

UN PIACERE TUTTO APROTEICO RICCO IN

FIBRE



Mevalia | LOW PROTEIN

ASSAGGIATE ORA LA NUOVA PASTA MEVALIA
E CONVINCETEVI VOI STESSI:

- ✓ ASPETTO E GUSTO ANCORA PIÙ CONVINCENTI
- ✓ RICCA IN FIBRE
- ✓ POVERA IN PROTEINE
- ✓ CONFEZIONE SCATOLA PER TUTTI I FORMATI
- ✓ NUOVO PRODOTTO RICE: PASTINA APROTEICA FORMATO RISO

www.mevalia.com

Dr'Schär
MEDICAL NUTRITION

ADI MAGAZINE

Rivista Scientifica Trimestrale
di Informazione
dell'Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica
ONLUS - Federata Fe SIN

ADI MAGAZINE
Vol. XIX n° 1 - Nuova Serie
MARZO 2015

Direttore Responsabile
Eugenio Del Toma

Direttore Scientifico
Mario Parillo

Redazione
Mario Parillo
Responsabile UO
Geriatrics, Endocrinologia
Malattie del Ricambio
AORN S. Anna e S. Sebastiano
Caserta
Tel. 0823232175
e-mail: mparill@tin.it

Segreteria di Redazione

PROMEEETING

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763.344890
Fax 0763.344880
e-mail: info@prommeeting.it

Reg. Trib. Orvieto N° 83/97 del 18/6/97
Spedizione in A.P. - 70% - Filiale di Terni
È vietata la riproduzione parziale o totale di
quanto pubblicato con qualsiasi mezzo senza
autorizzazione della redazione

Trimestrale scientifico dell'Associazione
Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
per l'informazione sulle problematiche
di carattere dietologico, nutrizionale
e di educazione alimentare

Composizione e stampa
Tipografia Ceccarelli s.n.c.
Zona ind. Campomorino
Acquapendente (VT)
Tel. 0763.796029/798177
www.tipografiaceccarelli.it

ADI MAGAZINE
viene inviato gratuitamente ai Soci ADI
e alle Associazioni Scientifiche
interessate ai problemi della Dietetica
e Nutrizione Clinica

Sommario

LETTERA SOCI ADI	3
PROGRAMMA ADI 2015-2018: PROPOSTA DI UN NUOVO CONSIGLIO DI PRESIDENZA ADI <i>a cura di</i> ANTONIO CARETTO, MARCO BUCCIANI, LORENZA CAREGARO, CLAUDIO MACCA, GIUSEPPE MALFI, MARIANGELA MININNI, BARBARA PAOLINI, ANNA RITA SABBATINI, CLAUDIO TUBILI	4
IL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO: NUOVE PROSPETTIVE M. G. CARBONELLI, F. CAPATA	10
SLOW MEDICINE: LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN NUTRIZIONE CLINICA M. L. AMERIO	19
LA SALUTE SI SERVE A TAVOLA PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ E DEL DIABETE TIPO 2 NEI BAMBINI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14 - CENTRO ANTI DIABETE ASL CE - REGIONE CAMPANIA F. SERINO, V. STARNONE, R. F. A. ULLUCCI, A. DEL BUONO	22
STUDIO SPERIMENTALE SULL'EFFICACIA DEL COUNSELING MOTIVAZIONALE (CM) IN AMBITO NUTRIZIONALE M. GULINO, M. MENEGHIN, C. MAGGI, A. DELLA TORRE, M. MINUTOLO, I. DE LUCA, G. BEVIGLIA, S. SANTOLLI, M. F. DUPONT, M. SCIANCALEPORE, S. DEPAU, A. M. MARZULLO, S. RICHIEDA, F. MILAN, E. BAROZZI, P. GROSSI, U. FALCONE, A. MIGLIARDI, S. MENEGHINI, S. MARENGO, A. COSTA, M. SCAGLIA	26
PROPRIETÀ NUTRIZIONALI DEGLI AGRUMI G. PIPICELLI, A. L. BADOLATO	37
MARCIANISE E LA RANA M. G. DELLI CURTI	39
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI MILANO - 19-22 NOVEMBRE 2014 TAKE HOME MESSAGE	41
INTOLLERANZE ALIMENTARI, IBS E FODMAPs (ERRATA CORRIGE) B. PAOLINI	53
CALENDARIO	56
NU.ME - NUTRITION AND METABOLISM - 7 th INTERNATIONAL MEDITERRANEAN MEETING - UPDATE DIABETE, OBESITÀ E NUTRIZIONE CLINICA RICCIONE, 26-28 MARZO 2015	57
OBESITY DAY - WORK IN PROGRESS - CORSO PER EQUIPE NUTRIZIONALE MATERA 19-20 GIUGNO 2015	64
XVI CORSO NAZIONALE ADI - INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE DALLA PREVENZIONE AI PERCORSI TERAPEUTICI - ROMA 10-12 DICEMBRE 2015	65

ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ONLUS

Presidente:	Antonio Caretto (Brindisi)	Responsabili Regionali
Past President:	Lucio Lucchin (Bolzano)	Aloisi Romano pro tempore (Calabria)
Segretario Generale:	Lorenza Caregato Negrin (Padova)	Bagnato Carmela (Basilicata)
Vice-Segretario Generale:	Barbara Paolini (Siena)	Cecchi Nicola (Campania)
Tesoriere:	Anna Rita Sabbatini (Milano)	Lagattola Valeria (Puglia)
Consiglieri:	Marco Buccianti (Follonica)	Macca Claudio (Lombardia-Svizzera)
	Claudio Macca (Brescia)	Maghetti Annalisa (Emilia Romagna)
	Giuseppe Malfi (Cuneo)	Malfi Giuseppe (Piemonte-Valle d'Aosta)
	Mariangela Mininni (Potenza)	Malvaldi Fabrizio (Toscana)
	Claudio Tubili (Roma)	Meneghel Gina (Veneto)
Segreteria Delegata:	PROMEEETING	Monacelli Guido (Umbria)
	Via Angelo da Orvieto, 36	Paciotti Vincenzo (Abruzzo)
	05018 Orvieto (TR)	Pedrollo Carlo (Trentino)
	Tel. 0763.393621 Fax 0763.344880	Petrelli Massimiliano (Marche)
	segreteria@adiitalia.net	Pintus Stefano (Sardegna)
	www.adiitalia.net	Samir Sukkar Giuseppe (Liguria)
		Situlini Roberta (Friuli)
		Tagliaferri Marco (Molise)
		Tubili Claudio (Lazio)
		Vinci Giuseppe (Sicilia)

ProLYOtin®

hmc.it

Fonte proteica ad alto grado di purezza.

Proteine di siero di latte purificate al 95%

ProLYOtin® è il risultato della purificazione delle proteine native del siero di latte. Concepito per fornire una fonte di proteine di alta qualità con un eccellente valore nutrizionale, presenta molteplici applicazioni in campo dietetico, clinico e sportivo. Disponibile in bustine da 15g (contenute in box da 20 unità) e in flacone da 500g.

In farmacia e nei negozi specializzati.

LB LYOpharm
www.lyopharm.it

ALTA DIGERIBILITÀ
ELEVATA SOLUBILITÀ
GUSTO NEUTRO
LATTOSIO < 1%





ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Antonio CARETTO (Brindisi)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Lucio LUCCHIN (Bolzano)

SEGRETARIO GENERALE

Lorenza CAREGARO NEGRIN (Padova)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Barbara PAOLINI (Siena)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Anna Rita SABBATINI (Milano)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Marco BUCCIANTI (Follonica)
Claudio MACCA (Brescia)
Giuseppe MALFI (Cuneo)
Mariangela MININNI (Potenza)
Claudio TUBILI (Roma)

SEGRETERIA DELEGATA

PROMEETING® | ●●●

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P. IVA 03846441008

www.adiitalia.net

Sistema di gestione per la qualità certificata da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2008
IQ-0714-02

Carissimi Soci

è iniziato l'incarico per il prossimo quadriennio 2015-2018 del nuovo Consiglio di Presidenza ADI scelto da Voi e, ringraziandoVi della fiducia riposta, daremo il nostro massimo impegno per ripagarla.

La composizione del nuovo Consiglio di Presidenza ADI è:

Presidente Antonio Caretto, Segretario Generale Lorenza Caregato, Vice Segretario Barbara Paolini, Tesoriere Annarita Sabbatini, Consiglieri Marco Buccianti, Claudio Macca, Giuseppe Malfi, Mariangela Mininni e Claudio Tubili.

Dal 1950, data della nascita della nostra Associazione, i referenti ADI impegnati in prima persona hanno realizzato sotto tutti gli aspetti un progressivo continuo processo di crescita societaria e questo ci permette di far tesoro di quanto è stato fatto in passato, di continuare a realizzare gli obiettivi in corso e di programmare e finalizzare nuove progettualità.

È inutile rilevare come l'attuale difficile periodo economico possa ovviamente limitare tutte le iniziative che vorremo realizzare a favore di un nostro continuo sviluppo culturale, operativo e autorevole nell'ambito della Dietetica e Nutrizione Clinica. Tuttavia, il percorso che seguiremo, sarà finalizzato ad ottenere il massimo del realizzabile che abbiamo scritto nel documento di Programma ADI 2015-2018, pubblicato da noi come proposta di un nuovo Consiglio di Presidenza ADI e che Vi alleghiamo e invitiamo a rileggere. Per realizzare questo abbiamo bisogno del supporto di tutti Voi soci e Vi chiediamo di essere parte attiva con la vostra partecipazione, con idee e iniziative condivise dalla progettualità ADI.

Argomento cardine da portare avanti con decisione è l'affermazione della dignità professionale della nostra branca con la sua enorme valenza sia per la salute della popolazione in termini di prevenzione e terapia, che degli operatori professionali con la propria esclusiva competenza tecnica.

Pertanto a tutti Voi si chiede di percorrere insieme una strada condivisa di continua crescita culturale, professionale e umana, con un comune senso di appartenenza alla nostra ADI, affinché tutti i soci si possano riconoscere e vivere virtualmente in una amichevole casa comune scientifica, essendone sempre più protagonisti attivi.

Un caro saluto

IL CONSIGLIO DI PRESIDENZA ADI

PROGRAMMA ADI 2015-2018: PROPOSTA DI UN NUOVO CONSIGLIO DI PRESIDENZA ADI

a cura di Antonio Caretto, Marco Buccianti, Lorenza Caregaro, Claudio Macca, Giuseppe Malfi, Mariangela Mininni, Barbara Paolini, Anna Rita Sabbatini, Claudio Tubili

Il 6/03/1950 è la data in cui è stata fondata l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI) con primo Presidente il Prof Silvestro Baglioni.

Da allora l'ADI ha fatto un progressivo continuo percorso di crescita dal punto di vista societario, culturale, scientifico e referenziale per gli operatori professionali nel campo della dietetica e nutrizione clinica italiana. Gli ultimi quattro Presidenti (Eugenio Del Toma, Maria Antonia Fusco, Giuseppe Fatati e Lucio Lucchin) hanno dato un personale importante e determinante positivo contributo insieme a tutti i soci coinvolti nei vari incarichi istituzionali dell'ADI.

L'attuale Presidente (Lucio Lucchin) presentò a Napoli 4 anni fa il programma del suo mandato dal titolo "Sfidare il Futuro" ed è stato il punto di riferimento di questo quadriennio che ha portato ai risultati ottenuti. Il compito di ogni nuovo Consiglio Direttivo è quello di far tesoro di quanto è stato fatto in passato, di continuare a realizzare gli obiettivi in corso e di programmare e finalizzare nuove progettualità.

La popolazione ed estesamente la società italiana attualmente sta cambiando con estrema velocità, così come viaggiano le informazioni nella rete web. L'attenzione a tutto quanto concerne la nutrizione viene spesso banalizzato da una comunicazione non adeguatamente professionale, che necessita un nostro intervento ai vari livelli dai Media alle Istituzioni.

Vi sono dei punti critici che direttamente o indirettamente si riflettono sulla utenza del settore della nutrizione, sia sugli operatori professionali che sulla stessa popolazione.

Il medico non viene adeguatamente formato nel suo percorso di studi; inoltre vi è confusione sui ruoli delle varie figure professionali; la popolazione non ha chiari riferimenti a cui affidare le proprie necessità sanitarie nutrizionali. Già da questi pochi riferimenti, si intuisce quanto dal punto di vista culturale, etico, scientifico e istituzionale vengano coinvolti i doveri di una società scientifica come l'ADI che dovrà interfacciarsi con i riferimenti istituzionali ministeriali e regionali sordi o meglio ciechi nel non vedere o voler comunque capire quanto sia determinante per il futuro il dare ascolto all'ADI, e questo è uno dei compiti che bisogna subito porsi.

Le finalità degli scopi della nostra Associazione sono di promuovere e sostenere tutte le iniziative scientifiche, epidemiologiche, culturali e didattiche che possano interessare, sotto ogni aspetto, la Scienza della Alimentazione, sia per le problematiche di carattere nutrizionale, dietologico e dietoterapico, sia per la ricerca scientifica che per l'educazione e l'informazione alimentare.

Pertanto coniugando le criticità attuali con gli obiettivi, si evincono i nostri compiti da realizzare non solo per i soci, ma come dovere verso la società italiana ed il suo popolo. Il nostro impegno dovrà essere finalizzato alla realizzazione principalmente dei seguenti punti:

1. Attuazione e prosecuzione delle progettualità ADI in corso.
2. Attività di Ricerca scientifica.
3. Coinvolgimento attivo dei soci ADI.
4. Implementazione delle iniziative periferiche regionali.
5. Integrazione e coordinamento con la Fondazione ADI.
6. Formazione dei soci e operatori professionali del nostro settore.
7. Certificazione di Qualità e Accredimento ADI.
8. Progettualità con le Aziende del settore.
9. Riferimento e Proposte per le Istituzioni.
10. Rapporti con altre Società scientifiche e Associazioni.
11. ADI ONLUS.
12. Comunicazione con i Media e la popolazione.
13. Servizi per il socio.

Tali attività sono tutte di pari importanza e accenneremo solo alla essenzialità di ciascun punto e comunque in seguito prenderemo in considerazione qualunque criticità o iniziativa diversa che verrà posta nel tempo all'attenzione.

1. Attuazione e prosecuzione delle progettualità ADI

L'Attuazione e prosecuzione delle progettualità ADI valide in corso sono indispensabili per dare un continuum di concretezza che deve esserci nelle attività dell'ADI e per rinforzare quel progressivo persistente

percorso di crescita e miglioramento dell'ADI che deve avvenire tra il Consiglio di Presidenza uscente e quello nuovo. Si ricorda che tra le progettualità in corso di questo Consiglio di Presidenza, l'ADI è coordinatore del "Manifesto delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento per il triennio 2015-2018" con la partecipazione di numerose società scientifiche e Università italiane, che verrà presentato a Expo Milano 2015 e preceduto da evento propedeutico al prossimo Congresso Nazionale ADI di Milano nel novembre p.v..

2. Attività di Ricerca

L'Attività di Ricerca è un asse portante e fondamentale per una società scientifica, in quanto svolge quella funzione intrinseca di crescita culturale propria e del mondo scientifico nel settore di propria competenza. Sono da sviluppare soprattutto ricerche multicentriche sia con fondi propri da destinare annualmente, che con risorse economiche da recuperare dalla collaborazione non condizionata di Aziende del settore nutrizionale, farmaceutico e agroalimentare. Oltre alle dovute progettualità di ricerca ideate e stimolate dai quadri ADI coinvolgenti sia le strutture sanitarie pubbliche che i liberi professionisti, è auspicabile che i soci comunichino proposte di progetti di ricerca, da valutare e condividere insieme, nei vari rami di nostra competenza che vanno dagli studi epidemiologici, alla ricerca clinica osservazionale e sperimentale nutrizionale, metabolica, dietetica e terapeutica. Attualmente è in corso di progettazione esecutiva una ricerca multicentrica da noi proposta su "Malnutrizione iatrogena nelle RSA italiane".

3. Coinvolgimento attivo dei soci ADI

Il Coinvolgimento attivo dei soci ADI esprime innanzitutto il rinforzare sempre di più il "SENSO di APPARTENENZA" all'ADI, che è caratteristica prioritaria per condividere attivamente criticità e operatività della nostra società scientifica e della propria quotidianità lavorativa. L'ADI deve essere la "casa" professionale dove manifestare le proprie problematiche professionali che si possono comunicare tramite l'area del nostro sito web dedicato a forum, condivisioni e quesiti-consultazioni. Il socio, che si sente integrato in una associazione, manifesta spontaneamente proposte-iniziativa-progetti che potrà far pervenire ad una commissione di soci referenti del Consiglio di Presidenza, la quale valuterà razionale e fattibilità scientifici, strutturali ed economici. Inoltre i processi formativi, riportati in seguito, hanno bisogno

di un coinvolgimento attivo di un cospicuo numero di soci ADI. Comunque un obiettivo in tutte le progettualità societarie è quello di coinvolgimento sia dei soci operanti in strutture sanitarie pubbliche e private che dei soci liberi professionisti.

4. Implementazione delle iniziative periferiche regionali.

L'Implementazione delle iniziative periferiche regionali è uno dei punti chiave della "vita societaria" ADI. "Vita societaria" è una definizione appropriata perché le attività regionali sono la massima estensione della capillarità sia dei percorsi formativi dietetico-nutrizionali a tutti i soci ADI e ad operatori sanitari non-ADI, che del coinvolgimento e sensibilizzazione alle problematiche nutrizionali dei vari attori come le Istituzioni e la popolazione in toto. Sono momenti fondamentali che identificano le finalità statutarie dell'ADI ma soprattutto lo spirito che ci (noi soci ADI) deve guidare per implementare quella sana informata cultura nutrizionale e svolgere il ruolo fondamentale di diffondere e attuare prevenzione primaria e secondaria. Le attività regionali devono essere implementate con iniziative che partono dalla esigenza autoindividuata dalla singola sezione ADI regionale, ma anche pianificate con progetti formativi nazionali itineranti formulati da gruppi di studio ADI o dal consiglio direttivo nazionale (vedi formazione al successivo punto 6). Le attività regionali hanno bisogno, data la crisi sociale ed economica in corso, per potere essere realizzate di maggior collaborazione dalla sede centrale ADI, anche con un maggior supporto economico ed un reclutamento di sponsor nazionali. Ogni successivo punto trattato prevede un coinvolgimento attivo e primario delle sezioni regionali.

5. Integrazione e coordinamento con la Fondazione ADI

Partendo dalla premessa che la Fondazione ADI ha come unico socio l'ADI, e non può averne altri, per Integrazione e coordinamento con la Fondazione ADI, si intende che le attività della Fondazione ADI vengono strutturate con un unico razionale senso organizzativo e progettuale, avente una comune strategia societaria ADI nell'ottica della realizzazione degli scopi principali della Fondazione come da Statuto, come la promozione della ricerca scientifica nel nostro ambito dietetico-nutrizionale tramite anche il reclutamento di fondi. Quest'ultimo deve trovare slancio in considerazione che il contributo ADI annuo alla Fondazione ADI è di solo il 10% del ricavato

della percentuale di spettanza all'ADI del suo evento nazionale.

In tutti questi anni è stata realizzata l'“Obesity Day” Giornata di sensibilizzazione nazionale su sovrappeso-obesità; tale evento ha dato grande visibilità all'ADI nei confronti delle Istituzioni, popolazione e gli stessi Media. Pertanto è nostra intenzione supportare ed implementare l'Obesity Day.

6. Formazione ed aggiornamento dei soci

La Formazione ed aggiornamento dei soci e operatori professionali del nostro settore è un compito principale ed essenziale di una società scientifica e quindi va strutturata con un razionale scientifico ed organizzativo integrato. La formazione dovrà avvenire mediante varie modalità con la costituzione di un comitato di coordinamento della formazione scientifica che ne coordina e stimola le specifiche modalità formative, che verranno realizzate tramite: formazione online o in incontri residenziali; periodiche email di aggiornamento scientifico; le tre riviste ADI ed altro materiale cartaceo spedito a domicilio; aree del sito web ADI dedicate alla formazione, aggiornamento e confronto scientifico. Il nostro attuale sito ADI ha avuto in questi ultimi anni una crescita notevole diventando un utilissimo ed efficace mezzo di comunicazione che merita di essere ulteriormente potenziato, anche in alcune aree già presenti e funzionalmente ben efficienti.

Pertanto si intuisce che vi sarà il necessario coinvolgimento operativo di moltissimi soci competenti per la realizzazione di un continuo e vasto percorso formativo e di aggiornamento per tutti i soci ADI su tutte le tematiche della Dietetica e Nutrizione clinica, con le modalità che vengono qui di seguito elencate:

- Master ADI e Corsi di Perfezionamento ADI con modalità online e/o residenziale, da strutturare in modo tale da poter formare le varie figure professionali interessate alla Dietetica e Nutrizione clinica e certificarle con un Master di qualità ad identità totale ADI!
- Congresso ed altri eventi nazionali, tipo quelli annuali storici da strutturare sempre più per fornire una moderna e progressiva evoluzione di percorsi didattico-formativi innovativi e di confronti scientifici da stimolare nella nostra società ADI.
- Convegni e corsi regionali, vedi sopra il punto 4, con diffusione su ADI Magazine e sito web ADI del materiale scientifico prodotto e take home message.
- Corsi itineranti nelle varie regioni con format su singole tematiche di rispettivi Gruppi di studio (come

ad esempio La comunicazione per implementare l'aderenza terapeutica, La educazione terapeutica strutturata, ecc.).

- Pubblicazione dei risultati e prodotti realizzati dai Gruppi di studio ADI.
- Formazione a distanza FAD.
- Periodica newsletter di aggiornamento scientifico inviata con email su ultime novità di nostro interesse, come ADI-Flash e ADI-News.
- Formulazione di Raccomandazioni-Linee guida-Position statement su tutte le tematiche di dietetica e nutrizione clinica.
- Area del sito ADI dedicata all'aggiornamento con riassunti di ultime pubblicazioni su riviste internazionali di maggior nostro interesse, già presente.
- WikiNutri, è un innovativo strumento di aggiornamento culturale e professionale dedicato a tutti soci. Conterrà tutto ciò che serve e coprirà tutti i campi della Dietetica e Nutrizione clinica, dalla epidemiologia e fisiopatologia all'inquadramento diagnostico e terapie, alle normative, anche con slide, immagini, filmati. È esclusivamente online, con accesso mediante password individuale, utilizzabile anche su tablet e smart-phone. È personalizzabile: ognuno può aggiungere in ogni pagina i propri appunti e ritrovarli (ed eventualmente modificarli) nel corso dei successivi accessi. Pertanto WikiNutri sarà uno strumento semplice e fruibile da tutti coloro che intendono essere sempre aggiornati, promosso dai migliori operatori del settore.
- Area del sito ADI dedicata ai contatti con i soci con la possibilità di formulare domande su quesiti specialistici e risposte del relativo referente scientifico ADI.
- Area del sito ADI con possibilità di confronto tra i soci (come Facebook et al.), potenziamento del blog ADI attivato per i gruppi di studio per maggiore interazione tra i soci e quadri ADI più rapida e diretta.
- Rivista ADI Magazine (coordinata ADI).
- Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism (coordinata ADI).
- Rivista di Attualità in Dietetica e Nutrizione Clinica (coordinata Fondazione ADI).

7. Certificazione di Qualità e Accreditamento ADI

Il percorso, attualmente in corso, di certificazione di Qualità accreditata, che sta effettuando l'ADI, esprime la certificazione di garanzia di qualità che deve essere un volano sia per monitorarsi e migliorarsi sempre di più, che essere una carta d'identità valida

anche per essere considerati con maggior credibilità, rispetto ed attenzione da parte delle Istituzioni. Questa nostra Certificazione di Qualità è anche utilizzabile per dare peso a tutto ciò che produciamo e realizziamo e che a nostra volta certifichiamo-attestiamo. La certificazione di Qualità coinvolgerà nei prossimi mesi non solo l'ADI centrale ma tutte le sezioni regionali, le quali anche loro verranno accreditate.

8. Progettualità con le Aziende del settore

È vitale per la nostra società scientifica sviluppare una Progettualità con le Aziende del settore dell'area nutrizionale, farmaceutica, food e agroalimentare, che diventa sempre più importante date le criticità economiche, sociali e strutturali del nostro tempo coinvolgenti ovviamente anche il nostro settore. Attualmente ci sono già dei contratti in essere di collaborazione pluriennali con alcune aziende, che ci permettono di avere risorse economiche e progettuali che vengono utilizzate sia a livello nazionale che dalle sezioni regionali. Tali contratti vanno oltre un semplice accordo di socio collettivo. Questo coinvolgimento con aziende del nostro settore non vuole essere solo un modo di procacciare fondi, ma anche di sviluppare progetti di ricerca di cointeresse che aiutino a dimostrare qualità e valenza di prodotti nutrizionali-terapeutici per migliorare lo stato di salute della popolazione. Inoltre vuole essere un modo per poter acquisire una maggior potenziale mediata vicinanza, referenzialità e interlocuzione con le stesse Istituzioni e Media e visibilità con la popolazione.

9. Riferimento e Proposte per le Istituzioni

Tutti noi conosciamo gli aspetti strutturali, organizzativi, gestionali e funzionali delle Istituzioni italiane. È importante acquisire un nostro stabile ruolo di referenti tecnici per le Istituzioni a tutti i livelli regionali e nazionali, sarà costituito un comitato di soci ADI che coordinerà, interfacciandosi con i Presidenti Regionali ed i quadri ADI, le proposte e mediazioni da realizzare ai vari livelli istituzionali. Questo ci permetterebbe per il settore della nutrizione di:

- far riconoscere sempre la nutrizione e patologie correlate come punto focale da attenzionare per la salute pubblica;
- dare costante presenza, strutturazione e ruolo alla Dietetica e Nutrizione clinica nella formazione universitaria ai vari livelli;
- indurre i rappresentanti istituzionali (Ministero della Salute, Assessorati regionali alla Sanità, Direttori Generali ASL, ecc.) a confermare o istituire le strut-

ture di Dietetica e nutrizione clinica nelle ASL, implementare la presenza numerica dei dietisti nelle varie strutture sanitarie ASL compresi i SIAN, e a creare servizi territoriali specialistici clinici nutrizionali multiprofessionali.

- consentire al legislatore, sotto nostro stimolo-consiglio, di emanare decreti-leggi che:
 1. ribadiscano l'indispensabilità di inserire la malnutrizione in difetto ed in eccesso e loro correlazioni diagnostico-terapeutiche nei LEA e nelle progettualità ministeriali e regionali,
 2. consentano di regolamentare l'attuale mancante legislazione sulle competenze professionali in Dietetica e Nutrizione clinica per dare dignità professionale alle varie figure professionali di questa branca (operanti in strutture e soprattutto nel territorio come liberi professionisti) e difendere la salute del cittadino sottoposto in maniera indiscriminata a soggetti che spacciano diete-consigli nutrizionali senza alcuna competenza formativa professionale;
- essere presenti con nostri rappresentanti nei tavoli tecnici decisionali per tutte le problematiche e tematiche del nostro settore.

10. Rapporti con altre Società scientifiche e Associazioni

I Rapporti con altre Società scientifiche sono tuttora strutturati o con regolamentazioni come nel caso della FeSIN o con collaborazioni continue (vedi gli ottimi risultati di pubblicazioni di Raccomandazioni nutrizionali nel diabete con AMD e SID) o saltuarie-occasionali. Sicuramente gli attuali rapporti con tutte le società scientifiche vanno consolidati per la produzione di condivise prese di posizione (position statement-raccomandazioni-lineeguida) scientifiche e di alleanze per indurre le Istituzioni ad un corretto aspetto scientifico nelle loro iniziative e ne loro legiferare. Per quanto riguarda la FeSIN è indubbio il suo potenziale grande valore e ruolo come interfaccia tra le società scientifiche della nutrizione e le Istituzioni. Pertanto con questa ottica va incentivato questo suo essenziale aspetto funzionale sempre che ovviamente vi sia una condivisa visione, struttura, ruolo e funzionalità. A tutto questo viene anteposto il singolo personale cammino che dovrà proseguire la nostra ADI nel rispetto della propria dignità e storia, come maggiore società scientifica italiana nel campo della nutrizione. Per le Associazioni di pazienti, di categorie o altre esistono anche qui dei buoni rapporti funzionali che hanno dato già, e molte sono in corso, ottimi risul-

tati con iniziative nazionali (vedi con il Cittadinanza attiva-Tribunale dei diritti del malato, Coldiretti, Slow Food, ecc.); pertanto sono solo da finalizzare ed implementare, dato che danno un grande ritorno di buona immagine, e non solo, all'ADI.

11. ADI ONLUS

Dobbiamo tenere sempre in considerazione che l'ADI è una ONLUS, con obblighi e controlli dell'Ufficio delle Entrate, ed in quanto tale bisogna finalizzare alcune attività regionali e nazionali svolte da poter essere riportate come configurabili in attività non-lucrative di utilità sociale. Comunque dobbiamo auspicare ed incentivare tutte le iniziative con tale finalità di interesse alla solidarietà sociale e socio-sanitaria a favore di soggetti svantaggiati, che le varie sezioni regionali potranno intraprendere.

Si può sviluppare un progetto coordinato di aiuto e ricerca nei Paesi Africani per combattere la malnutrizione presente in quei popoli. Tale progettualità più vasta nasce da iniziative che singoli soci ADI hanno tuttora in corso in Africa.

12. Comunicazione con i Media e la popolazione

La comunicazione con i Media ed il loro utilizzo non è solo una modalità per dare visibilità all'ADI ma soprattutto per svolgere quel nostro ruolo statutario di educazione alla salute, promuovendo sani abitudini alimentari e pattern dietetici dimostrati prevenire le comuni malattie non-trasmissibili, maggior causa di morbilità e mortalità nella nostra società. Inoltre la nostra presenza, intesa di come ci si identifica-qualifica ovvero come appartenenti-rappresentanti dell'ADI, nelle varie occasioni sia sulla carta stampata che nelle trasmissioni televisive, deve svolgere quel momento di pubblicità alla nostra ADI e non personale. Pertanto per acquisire quel ruolo di referenti per le Istituzioni è necessario dare un'immagine (ovviamente reale!) tramite i Media e la presenza nel territorio, che evidenzia l'importanza e la competenza della nostra ADI per tutte le tematiche della Dietetica e Nutrizione clinica.

13. Servizi per il socio

I servizi per il socio sono rappresentati in realtà da tutto quanto l'ADI riesca a dare al proprio associato (vedi tutti i punti precedenti) in termini di continua crescita professionale con un continuo percorso di formazione ed aggiornamento, ma anche di coinvolgimento nella vita societaria con le proprie istanze ed iniziative.

In questo momento di difficoltà generale, per realizzare e riuscire a dare il più possibile ai propri soci, occorre una oculata gestione delle proprie risorse economiche ADI.

Altro aspetto di servizi al socio viene realizzato da una forma di "vicinanza professionale" con modalità di consulenza (vedi area del sito web ADI apposita).

Conclusioni

La politica societaria che si vorrà portare avanti è improntata al dare valore a ciò che è stato fatto, a quello che di valido è in corso e a sviluppare tutta una progettualità condivisa che abbracci tutta la Dietetica e Nutrizione clinica nei suoi innumerevoli campi di applicazione, con un continuo processo di crescita collettivo e personale, al passo dei tempi.

Argomento cardine da portare avanti con decisione è l'affermazione della dignità professionale della nostra branca con la sua enorme valenza sia per la salute della popolazione in termini di prevenzione e terapia, che degli operatori professionali con la propria esclusiva competenza tecnica.

La realizzazione delle attività riportate nei punti soprascritti è molto impegnativa e faremo di tutto per attuarle tutte, tuttavia tali finalità richiedono un coinvolgimento da parte di tutti e per questo sarà necessaria la collaborazione di moltissimi soci. A questi e a tutti si chiede di percorrere insieme una strada condivisa di continua crescita culturale, professionale e umana, con un comune senso di appartenenza alla nostra ADI, affinché tutti i soci si possano riconoscere e vivere virtualmente in una amichevole casa comune scientifica, essendone sempre più protagonisti attivi.

APPROCCIO METABOLICO ALLA MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO

AMINOACIDI ESSENZIALI MODULATORI DELLE SINTESI PROTEICHE
PER PRESERVARE LA MASSA MUSCOLARE



AMINOTROFIC®
30 buste da 5,5 g

AMINOTROFIC® R
14 buste da 5,5 g

AMINOTROFIC® GEL
20 buste da 12,0 g
INDICATO IN
SOGGETTI DISFAGICI

AMINOTROFIC® NE
30 buste da 5,5 g
PER NUTRIZIONE
ENTERALE

ALIMENTI DIETETICI DESTINATI A FINI MEDICI SPECIALI

AMINOACIDI ESSENZIALI E GLUTAMINA PER PRESERVARE LA MASSA MUSCOLARE E LA
FUNZIONALITÀ DEL SISTEMA IMMUNITARIO NELLE PATOLOGIE ACUTE E CRONICHE



AMINOGLUTAM®
30 buste da 25 g

AMINOGLUTAM® Gel
30 buste da 25 g
INDICATO IN SOGGETTI
DISFAGICI

AMINOGLUTAM® NG
30 buste da 25 g
PER NUTRIZIONE ENTERALE

ALIMENTI DIETETICI DESTINATI A FINI MEDICI SPECIALI

IL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO: NUOVE PROSPETTIVE

THE NUTRITIONAL TREATMENT IN CANCER PATIENTS: NEW PERSPECTIVES

M. G. Carbonelli, F. Capata

UO Dietologia e Nutrizione Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini, Roma

Nutritional Treatment in cancer patients

Abstract

Diet and nutritional status play an important role in the cancer prevention, its progression and recurrence, affecting significantly the long-term survival of cancer patients. At this regard, the scientific literature has contributed recently to emphasize the importance of nutrition as a key factor in the physiopathology of cancer and in the palliative care context. The nutritional status of cancer patients should be assessed at the beginning of the diagnostic-therapeutic iter and monitored during all treatment for an early identification of patients in need of nutritional support and to adapt specific nutritional interventions in relation to the therapeutic phase, in order to improve the effectiveness of therapies, and to the advanced disease phase for the improvement of quality of life. In cancer therapies guided nutrition is as important as a well-modulated chemotherapy. The nutrition in oncology can't and mustn't be a simple prescription but a reasoned selection of food through personalized expert advice. This paper aims to examine the current evidence available on the relationship between nutrition and cancer, emphasizing the need to adopt specific dietary approaches to have a positive impact on the management of symptoms and to cope with the side effects of treatment.

La dieta e lo stato nutrizionale rivestono un ruolo di primaria importanza nella prevenzione del cancro, nella sua progressione e ricorrenza, influenzando in modo significativo la sopravvivenza a lungo termine dei pazienti oncologici. A tal riguardo, la stessa letteratura scientifica ha contribuito negli ultimi anni ad enfatizzare l'importanza della nutrizione quale fattore chiave nella fisiopatologia del cancro e nel contesto delle cure palliative. Lo stato nutrizionale del paziente neoplastico deve essere valutato all'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico e monitorato durante l'intero trattamento al fine di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un supporto nutrizionale specifico ed adeguare gli interventi nutrizionali alla

fase terapeutica per favorire l'efficacia delle terapie ed a quella avanzata della malattia per il miglioramento della qualità di vita. Nelle terapie oncologiche un'alimentazione guidata è importante quanto una chemioterapia ben modulata. La nutrizione in oncologia non può e non deve essere una semplice prescrizione ma una selezione ragionata e personalizzata degli alimenti attraverso una consulenza specialistica. Il presente lavoro si propone di esaminare le attuali evidenze disponibili sul rapporto tra nutrizione e cancro, sottolineando la necessità di adottare approcci dietetici specifici in grado di incidere positivamente sulla gestione dei sintomi e di contribuire a fronteggiare gli effetti collaterali delle cure.

Introduzione

Le evidenze scientifiche suggeriscono che è possibile prevenire il 40% dei tumori attraverso la riduzione o l'eliminazione dei fattori di rischio e la prevenzione primaria. Sebbene l'origine dei tumori sia da ricercare nel corredo genetico dell'individuo, esistono specifici comportamenti o condizioni ambientali che possono aumentare il rischio di ammalarsi di neoplasie. È possibile individuare cinque principali fattori di rischio tumore-correlati:

- Fumo di tabacco
- Obesità
- Dieta inadeguata (basso consumo di frutta e verdura)
- Inattività fisica
- Abuso di alcol

I principali tumori dieta-correlati includono il tumore del colon-retto, polmoni, mammella, stomaco, esofago, prostata e pancreas.

La presenza di una neoplasia può avere conseguenze negative sullo stato nutrizionale del paziente che ne è affetto. A differenza di quanto avvenuto fino ad oggi, la malnutrizione non può essere considerata un effetto collaterale inevitabile della malattia ma un fattore prevenibile e reversibile a patto che l'intervento nutrizionale sia una parte integrante delle cure oncologiche; tale intervento deve essere finalizzato a prevenire o correggere la perdita di peso e la malnutrizione. Prevenire la perdita di peso riduce la tossicità indotta

dalla chemioterapia, migliora la sensibilità delle cellule neoplastiche al trattamento anti-tumorale, rinforza le difese dell'organismo, diminuisce la frequenza e la durata dei ricoveri. Tutto ciò ha un impatto positivo sulla qualità di vita consentendo di prevenire la perdita di forza fisica o la debolezza che ne può derivare. Il tipo di intervento messo in atto dipende dalla fase della malattia e, a seconda dei casi, si può prevedere un'adeguata dieta alimentare, la somministrazione di supplementi nutrizionali orali o integratori per bocca o, qualora queste misure risultino insufficienti o inefficaci, si può ricorrere alla nutrizione enterale o parenterale in ospedale o a domicilio⁽¹⁾. Lo stato nutrizionale del paziente neoplastico deve essere valutato all'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico e monitorato durante tutta la fase del trattamento al fine di identificare precocemente i pazienti che necessitano di un supporto nutrizionale specifico. La nutrizione nella fase terapeutica della patologia si pone alcuni importanti obiettivi: prevenire o correggere deficit nutrizionali, migliorare la tolleranza alle terapie antineoplastiche, ridurre il rischio di complicanze chirurgiche. Nella fase avanzata della malattia il trattamento nutrizionale mira a ridurre la morbilità, prolungare la sopravvivenza, migliorare lo stato funzionale e la qualità di vita del paziente. Nelle terapie oncologiche un'alimentazione guidata è importante quanto una chemioterapia ben modulata. La nutrizione in oncologia non può e non deve essere una semplice prescrizione ma una selezione ragionata e personalizzata degli alimenti attraverso una consulenza specialistica utilizzando le informazioni provenienti dagli strumenti diagnostici più avanzati (BIA, Calorimetria, Test genetici).

Molte forme di cancro si associano a una perdita di peso che può anche essere importante: si calcola che fino al 40 % dei pazienti oncologici sia già dimagrito al momento della diagnosi o abbia problemi di nutrizione. La perdita di peso e la malnutrizione sono spesso sintomi strettamente correlati con l'insorgenza della patologia neoplastica e tendono ad aggravarsi con la sua evoluzione. Tali fenomeni, che non riguardano solo i tumori dell'apparato digerente, sono determinati da vari fattori tra cui: l'aumento del metabolismo basale ad opera delle cellule tumorali che porta ad una riduzione del peso a parità di apporto calorico, la riduzione dell'appetito (una persona malata può essere molto debole, soffrire di depressione, avere dolori vari non ben controllati e soffrire di nausea o vomito), difficoltà a deglutire, ostruzione al passaggio del cibo in un tratto dell'apparato digerente, alterata capacità di digerire o assorbire i cibi, alte-

razione del gusto, conseguenze delle terapie antineoplastiche (emesi, vomito, diarrea, mucositi), ansia, paura e depressione. Occorre tuttavia fare il possibile per seguire una dieta bilanciata al fine di recuperare le forze, affrontare meglio le terapie, ottimizzare l'effetto dei farmaci, combattere le infezioni, far funzionare al meglio il sistema immunitario.

Dieta e stile di vita in relazione alle diverse forme tumorali

Il cancro al polmone rappresenta oggi uno dei principali problemi di salute pubblica al mondo a causa dell'elevata incidenza della malattia e della sua prognosi infausta. Sebbene la sua causa principale sia l'uso del tabacco, vi è la necessità di agire in maniera mirata su altri fattori di rischio, uno dei quali è la dieta nota per essere in grado di aumentare o ridurre il rischio di sviluppo di tale forma tumorale⁽²⁾. Studi su animali hanno fornito prove convincenti secondo le quali retinolo e retinoidi sintetici risultano essere protettivi contro i tumori epiteliali, compresi quelli del polmone. Un certo numero di studi clinici sta testando l'efficacia del retinolo, del beta-carotene, dei retinoidi sintetici e dell'alfa-tocoferolo per prevenire il cancro del polmone soprattutto nei gruppi ad alto rischio come i fumatori pesanti, i minatori ed i lavoratori dell'amianto⁽³⁾. Si spera che queste prove potranno aiutare a spiegare la natura dell'effetto protettivo osservato di frutta e verdura. Pochi studi hanno esaminato la relazione tra fattori dietetici e prognosi del cancro del polmone. Due piccoli studi hanno cercato di determinare se un intervento dietetico con le verdure selezionate fosse in grado di migliorare la sopravvivenza tra i pazienti con tumore al polmone avanzato⁽⁴⁾. La perdita di peso tumore correlata è stata inferiore e la sopravvivenza più lunga nei gruppi di intervento in tali studi ma si tratta di risultati preliminari. Dopo il fumo di tabacco l'obesità rappresenta la principale causa di 1/3 di tutte le forme tumorali. Queste sono associate con un'elevata percentuale di grasso corporeo, un indice di massa corporea aumentato ed una distribuzione del grasso prevalentemente di tipo addominale. Si tratta di fattori di rischio tutti potenzialmente modificabili attraverso un cambiamento dello stile di vita. In particolare, i principali tumori associati all'eccesso ponderale sono il tumore del collo uterino, colon-retto, mammella, colecisti e rene. Un eccesso di cellule adipose, specialmente se localizzate a livello addominale, costituisce un deposito di colesterolo che è il precursore di molti ormoni sessuali, implicati nello sviluppo di tumori. I soggetti

obesi presentano elevati livelli di leptina, ormone anch'esso correlato con alcune forme tumorali⁽⁵⁾. Sebbene la denutrizione e la cachessia rappresentino le principali problematiche nutrizionali dei pazienti affetti da cancro, il sovrappeso sta diventando la preoccupazione più comune, specialmente in relazione ai tumori obesità-correlati. In linea generale, gli studi più recenti indicano che l'eccesso di grasso corporeo è associato con la recidiva del tumore e con la mortalità ad esso legata. Per esempio, le donne a cui è stato diagnosticato un tumore al seno in fase iniziale possono migliorare la prognosi globale e la sopravvivenza adottando degli stili dietetici più salutari⁽⁶⁾. Recenti studi hanno analizzato ampie popolazioni di pazienti guariti dal cancro, seguendoli per 5 anni per valutare la recidiva del cancro e la mortalità. In tutti questi studi, l'obesità ed il sovrappeso al momento della diagnosi erano associate in modo significativo con scarsi miglioramenti del tumore, evidenziando come un BMI superiore a 35 fosse fortemente correlato con la recidiva e l'incremento della mortalità, specialmente per il cancro del colon-retto⁽⁷⁾. Anche per quanto riguarda il tumore alla prostata, uno studio condotto su una popolazione di 2 mila uomini ha dimostrato che coloro che avevano mantenuto un peso corporeo salutare avevano un rischio di recidive più ridotto: più nello specifico, i soggetti obesi avevano un rischio di recidive pari al 30% mentre i grandi obesi (BMI > 35) pari al 69%⁽⁸⁾, comparati con i soggetti con un peso corporeo nella norma. I principali tumori associati ad un inadeguato consumo di frutta e verdura sono il tumore del colon-retto, prostata, stomaco, polmone ed esofago. Sono molti, infatti, i composti fitochimici (prodotti derivati dalle piante che sembrano avere effetti protettivi e benefici nei confronti della salute) ai quali sono state attribuite proprietà anti-tumorali⁽⁹⁾:

- indolo-3carbinolo, contenuto nelle crucifere (broccoli, cavoli, cavolfiori)
- licopene, contenuto nel pomodoro e nel melone
- composti organosolfurati, presenti nell'aglio, cipolla, scalogno, porro
- ellagitannini, di cui è fonte il melograno
- gli isoflavoni della soia
- epigallo-catechina-gallato, presente nel tè verde e bianco
- resveratrolo, presente nella buccia dell'uva, mirtilli ed arachidi
- curcumina, proveniente dalla curcuma
- quercitina, presente nel tè, cipolle, mele, frutti di bosco e cereali

I tumori del fegato, cavo orale, orofaringe, mammel-

la ed esofago sono strettamente correlati all'abuso di alcol. Gli studi scientifici più rilevanti sulla relazione tra alcol e cancro sono stati passati in rassegna da un gruppo di ricercatori internazionali per conto dell'IARC (*International Agency for Research on Cancer*), l'agenzia dell'Organizzazione mondiale della sanità che si occupa della promozione e del coordinamento delle ricerche internazionali sulle cause dei tumori nell'uomo. Lo studio⁽¹⁰⁾ ha concluso che le bevande alcoliche possono essere considerate a tutti gli effetti cancerogene. Secondo il gruppo bastano 50 grammi di alcol al giorno, equivalenti a poco più di tre bicchieri di una bevanda alcolica, per aumentare di due o tre volte il rischio di tumori della cavità orale, della faringe e dell'esofago rispetto ai non bevitori. È importante tenere presente che nessuna bevanda alcolica è sicura: anche il vino, che potrebbe svolgere una qualche funzione protettiva per il sistema cardiovascolare, consumato in dosi superiori a quelle consigliate aumenta le probabilità di ammalarsi di tumori. Il fattore determinante, infatti, non è il tipo di bevanda ma l'alcol in essa contenuto. Nel 2007 il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (World Cancer Research Fund) in collaborazione con l'American Institute for Cancer Research (AICR) ha effettuato un lavoro di revisione di tutti gli studi scientifici inerenti il rapporto tra alimentazione e tumori a cui hanno collaborato 150 ricercatori di tutto il mondo.

Da tale opera è nato il seguente decalogo⁽¹¹⁾ che illustra le dieci raccomandazioni orientate ad uno stile di vita sano per la prevenzione dei tumori:

1. Mantenersi snelli per tutta la vita.
2. Mantenersi fisicamente attivi tutti i giorni.
3. Limitare il consumo di alimenti ad alta densità calorica ed evitare il consumo di bevande zuccherate.
4. Basare la propria alimentazione prevalentemente su cibi di origine vegetale, cereali non industrialmente raffinati e legumi in ogni pasto, insieme ad un'ampia varietà di verdure non amidacee e frutta.
5. Limitare il consumo di carni rosse (comprendenti le carni ovine, suine, bovine, incluso il vitello) ed evitare il consumo di carni conservate (carni in scatola, salumi, prosciutti), per le quali non si può dire che vi sia un limite al di sotto del quale non ci sia un rischio.
6. Limitare il consumo di bevande alcoliche.
7. Limitare il consumo di sale e di cibi conservati sotto sale. Evitare cibi contaminati da muffe (in particolare cereali e legumi). Assicurarsi quindi del buono stato di conservazione dei cereali e dei

legumi che si acquistano ed evitare di conservarli in luoghi caldi ed umidi.

8. Assicurarsi di un apporto sufficiente di tutti i nutrienti attraverso gli alimenti, variando il più possibile le scelte alimentari.
9. Allattare i bambini al seno per almeno sei mesi.
10. Nei limiti dei pochi studi disponibili sulla prevenzione delle recidive, le raccomandazioni per la prevenzione alimentare del cancro valgono anche per chi si è già ammalato.

Consigli pratici per favorire l'appetito

È preferibile mangiare poco ma spesso specialmente se non si riesce a consumare pasti abbondanti. Rendere il cibo più allettante possibile per stuzzicare le papille gustative. Mangiare lentamente, masticare bene e riposare dopo ogni pasto. Mangiare in una stanza in cui si è a proprio agio e lontano da distrazioni. I derivati dell'ormone progesterone hanno dimostrato di essere in grado di aumentare l'appetito nei pazienti oncologici e, alla luce dei dati acquisiti in letteratura, fanno parte dei farmaci che il medico può prescrivere per controllare la perdita di peso⁽¹²⁾. Inoltre, se l'appetito è scarso, vi sono due modalità per accrescere l'apporto calorico e proteico senza aver bisogno di introdurre maggiori quantità di cibo. Si possono utilizzare per questo scopo supplementi nutrizionali orali in forma liquida o integratori disponibili in commercio sotto forma di polveri non aromatizzate da aggiungere ai cibi abituali, essendo totalmente insapori ed inodori. Gli integratori possono essere o solo proteici o solo calorici o completi da usare come pasti sostitutivi. Tra questi, alcuni sono in forma di bevande già pronte, bilanciate dal punto di vista calorico, proteico, vitaminico e minerale. Ce ne sono al sapore di latte o di bibita alla frutta. Questi ultimi non contengono grassi ma solo zuccheri e proteine. I supplementi nutrizionali orali dovrebbero essere consumati lentamente e a piccoli sorsi, nell'arco di 30-60 minuti o durante tutta la giornata al fine di evitare senso di gonfiore gastrico e addominale. La responsabilità della gran parte della perdita di peso del paziente oncologico è attribuita alla produzione di sostanze da parte delle cellule del sistema immunitario del paziente in risposta al tumore, sia da parte delle cellule neoplastiche. La presenza di queste sostanze nel sangue accelera la perdita di peso e di muscolo contribuendo alla perdita di forza. I nutraceutici (nutrienti dotati di proprietà farmacologiche) se somministrati in quantità elevate sono in grado di contrastare tali effetti negativi.

- La somministrazione per os di aminoacidi a catena ramificata ad un dosaggio di circa 10-20 g al giorno si è rivelata efficace nel migliorare l'appetito e favorire lo sviluppo muscolare⁽¹³⁾. Sembra, infatti, che tali substrati nutrizionali metabolicamente attivi siano in grado di interferire con i meccanismi responsabili delle alterazioni molecolari che conducono in ultimo al quadro clinico della cachessia.
- L'acido grasso eicosapentenoico EPA (della serie omega-3) in aggiunta alla normale dieta è in grado di ridurre la perdita di peso e di massa muscolare, a condizione che si assumano almeno 2 g di EPA al giorno⁽¹⁴⁾. Complessivamente, gli acidi grassi polinsaturi (PUFAs) svolgono un ruolo cruciale nel mantenimento dell'omeostasi cellulare. Pertanto, una perturbazione nell'apporto dietetico o nel metabolismo di tali acidi grassi potrebbe risultare in una disfunzione cellulare e contribuire alla progressione e al rischio tumorale. Numerosi trial clinici hanno dimostrato che la supplementazione con i PUFA o con cibi che ne sono ricchi può influenzare i marker dell'infiammazione, le funzioni immunitarie, la biologia del tumore e la sua prognosi, in virtù della loro capacità di regolare la proliferazione cellulare, l'apoptosi e l'angiogenesi.
- Il beta-idrossi-beta-metilbutirrato HMB è il metabolita attivo dell'amminoacido a catena ramificata leucina. Ad esso sono stati attribuiti gli effetti anabolici osservati con la somministrazione della leucina. La somministrazione di HMB aumenta la forza muscolare e migliora la massa magra nei pazienti con neoplasia e non è associata ad effetti collaterali, né stimola la progressione della malattia⁽¹⁵⁾.
- Uno studio clinico ha dimostrato che l'assunzione di 6 g di L-carnitina al giorno per la durata di 30 giorni è in grado di migliorare in modo significativo l'appetito e la massa magra dei pazienti⁽¹⁶⁾. La carnitina è un micronutriente necessario per la produzione di energia all'interno del mitocondrio a partire dagli acidi grassi a lunga catena. Essa è, inoltre, in grado di down regolare le citochine pro-cachettiche migliorando lo stato di anoressia ed astenia tipico dei pazienti oncologici. Questi ultimi, infatti, analogamente ai bambini affetti da patologie croniche, potrebbero presentare una carenza di carnitina secondaria al trattamento chemioterapico, ad un'aumentata eliminazione o utilizzazione. La sua supplementazione sembra essere funzionale anche al miglioramento del sonno e dell'umore di tale popolazione di pazienti.

Mucosite

Oltre allo scarso appetito e alla perdita di peso, i malati oncologici hanno anche altri problemi nutrizionali, alcuni dei quali possono derivare dalla malattia neoplastica mentre altri possono essere l'effetto temporaneo del trattamento⁽¹²⁾. Alcuni tipi di chemioterapia e la radioterapia localizzata su testa e collo possono ridurre il flusso di saliva e causare una fastidiosa secchezza della bocca, rendendo difficile la masticazione e la deglutizione. Per avere un pò di sollievo può essere utile bere spesso e a piccoli sorsi ma anche succhiare cubetti di ghiaccio e ghiaccioli alla frutta. Un altro utile suggerimento può essere quello di evitare cibi che richiedono una masticazione faticosa come quelli più asciutti e che tendono ad impastare la bocca.

L'infiammazione del cavo orale rappresenta un effetto diretto degli agenti chemioterapici e dell'immunosoppressione che essi provocano. Si manifesta con eritema, xerostomia (secchezza delle fauci), dolore, intolleranza a cibi freddi o caldi.

1. Indicazioni nutrizionali per la mucosite		
Categoria	Cibi permessi	Cibi sconsigliati
Carne - pesce	Carne, pesce freschi e ben cotti, in scatola o surgelati	Carne e pesce poco cotti o crudi Carni rosse e conservate
Verdure - ortaggi legumi - cereali frutta	Ben cotti, in scatola o surgelati Frutta fresca o secca	Vegetali e ortaggi crudi
Latte e derivati	Latte ad alta digeribilità, budini, gelati, formaggi molli, a lunga conservazione e confezionati singolarmente	Yogurt, formaggi grassi
Pane e derivati	Pane morbido, pan carrè	Crackers, grissini, granetti, fette biscottate
Bevande	Bibite non gassate, succhi di frutta non acidi, tisane, tè freddo	Bevande alcoliche, gassate, caffè, succhi di frutta acida (arancia, limone, pompelmo)
Altro		Cibi caldi, cibi irritanti come agrumi, pomodori o cibi secchi e speziati (pepe, paprika, curry, peperoncino, ecc.), agrumi, salsa e succo di pomodoro, alimenti troppo salati, cioccolato, pizza, alcolici.

La tabella riporta un elenco degli alimenti consigliati e sconsigliati nei pazienti affetti o a rischio di mucosite.

Cambiamento del gusto

Alcuni pazienti riferiscono di avere l'impressione che il gusto sia cambiato, altri hanno difficoltà a distinguere i sapori⁽¹²⁾. Le cure possono provocare un sapore cattivo in bocca, amaro o metallico: sorseggiare dell'acqua con qualche goccia di limone può contribuire a eliminare questa fastidiosa sensazione. Per rendere i cibi più gradevoli è possibile mettere in atto alcuni accorgimenti: bere acqua lontano dai pasti, consumare tisane ai semi di finocchio, di anice stellato o tè (meglio se verde), utilizzare posate di plastica anziché di metallo e barattoli di plastica o vetro per conservare i cibi, insaporire i piatti facendo uso di spezie ed erbe quali rosmarino, basilico, menta al fine di ridurre il gusto metallico. La frutta fresca, i succhi di frutta e le caramelle dure amare sono rinfrescanti e lasciano un sapore gradevole. Se il tè o il caffè disgustano è indicato preferire un infuso rinfrescante al limone o una bibita gassata fredda come limonata o aranciata.

Nausea e vomito

Nonostante i significativi progressi raggiunti in ambito oncologico negli ultimi 20 anni, il vomito e la nausea rimangono i due effetti avversi più frequenti del trattamento chemioterapico. Essi possono avere un grande impatto sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti a chemioterapia. Un trattamento antiemetico inadeguato può influenzare sensibilmente i pazienti e il loro modo di affrontare la terapia proposta nelle sedute successive, aumentando il rischio di mancata compliance. Secondo le linee guida della Multinational Association of Supportive Care in Cancer⁽¹⁷⁾ e della Società Europa per l'oncologia medica, la nausea e il vomito anticipatori compaiono in una proporzione di pazienti entro il quarto ciclo di trattamento. Studi più recenti registrano un tasso di nausea e vomito anticipatorio più basso rispetto a quello osservato negli studi più datati in quanto l'efficacia della profilassi antiemetica è migliorata negli anni. Ad oggi il tasso di nausea anticipatoria è intorno al 10% e quello di vomito anticipatorio intorno al 2%. L'insorgenza di nausea e vomito indotti da farmaci antitumorali può essere influenzata da molti fattori dipendenti da caratteristiche soggettive del paziente e dal trattamento scelto per la cura del tumore. Per quanto concerne i fattori legati alle caratteristiche della persona, il rischio di avere nausea e vomito è più alto nelle donne e in particolare in quelle che in gravidanza hanno sofferto di nausea e vomito. Nei soggetti già sottoposti a

trattamenti chemioterapici e che hanno sofferto di nausea e vomito il rischio di avere i sintomi è più alto. I soggetti giovani, soprattutto al di sotto dei 30 anni, presentano una maggiore probabilità di sviluppare nausea e vomito rispetto ai pazienti anziani sottoposti allo stesso regime terapeutico. Anche importanti stati d'ansia o depressione, associati a pregressa storia di emesi, aumentano la predisposizione a tale sintomatologia, esacerbandola. Le persone con anamnesi di uso cronico di alcol (> 5 bicchieri/giorno) presentano un rischio più basso di nausea e vomito rispetto a quelle che si astengono dal consumo di alcol o che ne fanno un uso occasionale.

Ci sono poi numerosi fattori legati al trattamento. Ad esempio, un farmaco somministrato giornalmente a dosi frazionate o mediante infusioni continue apporta una riduzione dell'intensità dell'emesi anche se questa dura più a lungo. La combinazione di due o più farmaci antitumorali potenzia il potere emetico di ognuno. Importante è anche il numero di cicli di trattamento: in genere nei primi cicli di chemioterapia vi è una bassa probabilità di insorgenza di emesi rispetto a quella che si ha dal terzo ciclo in poi.

Il trattamento dell'emesi può essere di tipo farmacologico (metoclopramide, desametasone, inibitori della serotonina, benzodiazepine, fenotiazine, butirrofenoni, NK1 inibitori) o non farmacologico (alimentazione adeguata, ambiente confortevole (eliminazione di stimoli), tecniche di rilassamento, musicoterapia).

Per prevenire la nausea è utile:

- Consumare cibi facilmente digeribili, specialmente in prossimità dei trattamenti.
- Fare pasti piccoli e frequenti (5-6 in sostituzione dei 3 pasti principali).
- Consumare i pasti possibilmente alla stessa ora, mangiare lentamente masticando con cura.
- Mangiare il pasto più abbondante quando è presente meno nausea.
- Evitare di bere abbondantemente durante il pasto, ma bere lentamente sorseggiando liquidi durante la giornata.
- Preferire le verdure cotte a quelle crude.
- Farsi aiutare da amici e parenti a cucinare, evitando gli odori della cucina.
- Mangiare cibi secchi come grissini, cracker, fette biscottate o toast, prima dei pasti.
- Non sforzarsi a mangiare in presenza di nausea e, di contro, non aspettare se si ha fame perché ciò potrebbe aumentare il senso di nausea.
- Evitare di coricarsi per almeno due ore dopo aver mangiato.
- Adottare l'abitudine di camminare dopo pranzo, per evitare reflussi, nausea e vomito.

- Praticare con regolarità esercizi di respirazione, il rilassamento può prevenire la nausea.
- Preferire le posate in plastica a quelle di metallo.
- Masticare pezzettini di ghiaccio, fino al momento in cui la nausea non è regredita; sorseggiare piccole quantità di coca-cola sgasata.
- Man mano che la nausea migliora, assumere in modo graduale altri cibi e liquidi iniziando con piccole quantità di liquidi a temperatura ambiente per poi passare a cibi liquidi più consistenti (esempio succo di frutta).

2. Indicazioni nutrizionali per la nausea	
Alimenti consigliati in presenza di NAUSEA	Alimenti sconsigliati in presenza di NAUSEA
<ul style="list-style-type: none"> • Riso, pasta all'olio, carni bianche o pesce magri, uova alla coque o affogate, prosciutto cotto magro, formaggini, patate al vapore, bollite, purè, verdura cotta tenera in modiche quantità (bietole, carote, asparagi, zucchine, fagiolini, finocchi), pane bianco, fette biscottate, frutta cotta, banane, succhi di frutta, olio a piccole quantità crudo, yogurt, zucchero, marmellata, miele, biscotti secchi. • Importante cuocere le pietanze senza grassi: in acqua, al vapore, al forno, nel brodo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanno evitate frittiture, salse, impanature, pietanze piccanti. Formaggi fermentati o alla panna, carni o pesce grassi, salumi, tonno, frittate, fritti, pasta con salsa, pane poco cotto, legumi, grassi animali. • Tutta la pasticceria alla crema.

La tabella riporta l'elenco degli alimenti consigliati e sconsigliati in caso di nausea.

3. Indicazioni nutrizionali per l'emesi	
Alimenti consigliati in presenza di VOMITO	Alimenti sconsigliati in presenza di VOMITO
<ul style="list-style-type: none"> • Riso, pasta, brodi di verdura o brodi di carne sgrassati, carni e pesce magri (vitello, pollo, tacchino, filetti di pesce), formaggio grana in piccole quantità, patate bollite, carote cotte, banane, mele, fette biscottate, tè leggero (meglio senza limone), tisane. • Mangiare leggero frazionando il cibo in più pasti. • Evitare di consumare alimenti a temperatura molto differente tra loro. • Bere lentamente, lontano dai pasti, preferendo bevande fredde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uova fritte, carni e pesci grassi, formaggi in genere, pane fresco (mollica), frutta che favorisce la stimolazione gastrica, grassi animali, soffritti, bibite gassate.

La tabella riporta l'elenco degli alimenti consigliati e sconsigliati in presenza di emesi.

Diarrea

In questo caso è bene frazionare in 5-6 piccoli pasti o spuntini i soliti 3 pasti giornalieri. È consigliato bere

lentamente da 8 a 12 bicchieri di liquidi al giorno suddivisi tra acqua ed integratori salini a temperatura ambiente. Non è consigliabile bere liquidi molto caldi o molto freddi. Per quanto riguarda le scelte alimentari, è importante incrementare il consumo di alimenti ricchi di sodio e potassio (succo di mela, banane, patate bollite) evitando i cibi molto grassi (fritti, dolci) o saporiti e sospendendo l'assunzione di latte, prodotti caseari, alcol, caffè, bevande gassate e zuccherate. È indicata la riduzione del consumo di frutta e verdura, limitando così l'apporto di fibre. È preferibile, infatti, mangiare frutta cotta o in scatola piuttosto che frutta fresca o secca, ricordando che le banane e la polpa grattugiata di mela hanno proprietà astringenti. È indicata l'assunzione di fermenti lattici.

Stipsi

La stipsi può essere causata da farmaci chemioterapici e antidolorifici o da insufficiente attività. In questo caso è indicato bere molto (preferibilmente lontano dai pasti) acqua, tè, succhi di frutta (specialmente alla prugna o fichi). È opportuno incrementare l'apporto di fibre con una dieta ricca di cereali integrali (pane, pasta, riso, farine), frutta e verdura fresche e consumate con la buccia. Anche la crusca è particolarmente efficace (la si può aggiungere ai cereali ed alle minestre).

Dieta e nutrizione nei pazienti guariti dal tumore

L'obiettivo primario delle cure palliative del cancro è in genere quello di alleviare le sofferenze e migliorare la qualità della vita. Secondo questa impostazione, la maggior parte degli approcci alla dieta si sono concentrati solo sull'assunzione di quante più calorie possibili per evitare la cachessia. Tuttavia, vi è una crescente necessità di considerare approcci dietetici e nutrizionali che possano influenzare non solo la qualità della vita ma la salute globale e forse influenzare positivamente anche la recidiva del cancro e la sua progressione⁽¹⁸⁾. A questo riguardo, la comunità scientifica ha recentemente enfatizzato l'importanza della nutrizione come un fattore chiave nella fisiopatologia del cancro. L'American Cancer Society (ACS) fornisce alcune importanti linee guida per il sostegno nutrizionale dei pazienti affetti da tumore⁽¹⁹⁾. Le linee guida ACS riconoscono che "molte persone con cancro avanzato possono avere bisogno di adattare le scelte e le abitudini alimentari per soddisfare le esigenze nutrizionali e per gestire i sintomi e gli effetti collaterali come dolore, costipazione, perdita di appetito". Le linee guida dietetiche specifiche dalla ACS, tuttavia, sono relativamente generiche e riguardano:

- la scelta di alimenti e bevande in quantità che aiutino i pazienti ad ottenere e mantenere un peso sano
- la riduzione del consumo di carni rosse e processate
- l'importanza di assumere frutta e verdura ogni giorno e la scelta di cereali integrali al posto dei cereali raffinati.

Le linee guida dell'American Cancer Society hanno evidenziato tre punti chiave per aiutare i pazienti nella scelta del corretto equilibrio tra i nutrienti:

- I grassi dovrebbero essere ridotti al 20-35% dell'apporto dietetico giornaliero. Nello specifico, le linee guida puntualizzano che i grassi saturi dovrebbero essere limitati al di sotto del 10% delle calorie totali e gli acidi grassi trans a meno del 3%.
- L'apporto proteico della dieta dovrebbe essere pari a 0,8 g di proteine per kg di peso corporeo. Per molti pazienti guariti dal tumore lo scarso consumo di proteine non costituisce un problema. In realtà, è rilevante la scelta di fonti proteiche più salutari come il pesce, il pollame, i legumi ed i prodotti caseari a ridotto apporto di grassi rispetto ai cibi proteici più comunemente consumati e ad elevato apporto di grassi saturi.
- I carboidrati devono rappresentare il 45-65% del fabbisogno energetico giornaliero, prediligendo i cereali integrali, la frutta e le verdure fresche, ricchi di principi nutritivi.

La letteratura è attualmente unanime nell'affermare che cibi poveri di nutrienti e ad alta densità energetica (quali zuccheri raffinati, dolci, cibi fritti ed il cosiddetto "cibo spazzatura") siano associati con il cancro in generale e, più nello specifico, con il cancro alla prostata⁽²⁰⁾. È stato dimostrato che il fruttosio, che è inoltre associato all'obesità, viene utilizzato preferenzialmente dalle cellule cancerose del pancreas e del piccolo intestino per la loro crescita⁽²¹⁾. Il consumo di carne rossa e trasformata costituisce un elemento in grado di contribuire allo sviluppo del cancro a causa delle sue proprietà pro-infiammatorie e pro-cancerogene. I dati emergenti evidenziano che carni rosse e lavorate possono influenzare la recidiva della malattia e la mortalità, ad esempio nei pazienti guariti dal cancro al colon-retto, attraverso l'attivazione dei geni predisponenti il tumore stesso. Uno studio⁽²²⁾ ha dimostrato come nei pazienti sottoposti ad un intervento dietetico di 7 giorni basato sulla somministrazione di carne rossa si verificò un incremento della genotossicità negli estratti fecali. Tali effetti in risposta all'intake di carne rossa riguardano i danni al DNA, la modificazione dei processi apoptotici e del ciclo cellulare. Per tali motivi, la carne rossa dovrebbe essere ridotta o completamente eliminata dalla dieta dei pazienti oncologici. Studi prospettici hanno, infatti,

evidenziato che un incremento dell'attività fisica e l'adozione di un modello alimentare povero di cereali raffinati e di carne rossa e processata sono associati ad una riduzione del rischio di recidive del tumore e ad un miglioramento globale della sopravvivenza nei tumori del colon-retto al primo stadio trattati con una terapia standard⁽²³⁾. Essendo ormai assodato che le cellule neoplastiche utilizzano le vie dell'infiammazione per crescere e proliferare, l'attenzione della comunità scientifica si è concentrata sulla possibilità di utilizzare diete anti-infiammatorie a scopo terapeutico. La stessa infiammazione, infatti, è associata con elevati livelli di stress ossidativo che possono danneggiare la gran parte dei tessuti e del materiale genetico dell'organismo, contribuendo in ultimo alla trasformazione neoplastica⁽²⁴⁾. Nel contesto dello stress ossidativo e dei danni che esso causa, negli ultimi anni un crescente numero di studi ha attribuito ai polifenoli dai cibi che li contengono (cacao, vegetali, cereali, caffè e tè) un effetto protettivo nei confronti dello sviluppo e della progressione del tumore in virtù della loro azione antiossidante. Alcuni polifenoli presentano un'azione preventiva nei confronti del tumore del colon, come la curcumina, l'acido gallico, l'acido ellagico e l'epigallocatechina-3-gallato⁽²⁵⁾. Diete ricche di vegetali e frutta fresca sono associate ad un'incidenza più bassa di neoplasie: sembra, in particolare, che alcuni alimenti naturali quali fagioli⁽²⁶⁾ e mele⁽²⁷⁾ siano in grado di arrestare lo sviluppo e la progressione tumorale agendo attraverso una regolazione di tipo epigenetico. Ancora controverso, tuttavia, è l'utilizzo di supplementi vitaminici e di antiossidanti durante i trattamenti chemioterapici e radioterapici. Pertanto, l'adozione di un pattern dietetico più salutare in combinazione con l'aggiunta di supplementi specifici nel contrastare lo stress ossidativo e l'infiammazione dovrebbero essere parte integrante di un piano globale di cure palliative.

Mangiare in ospedale e a casa

Per molti pazienti mangiare a sufficienza è un vero e proprio sforzo che richiede comprensione da parte di chi li assiste. Negli ospedali i pasti vengono serviti a orari fissi, spesso diversi da quelli a cui le persone sono abituate, condizione che non favorisce l'alimentazione del malato. Altre volte i pasti vengono serviti mentre il malato è fuori dal reparto per eseguire un esame per cui al suo ritorno sono freddi e poco appetibili. D'altra parte, per molti pazienti oncologici solo l'idea di mangiare può essere fonte di stress e ansia mentre per i loro cari la difficoltà a nutrirli può essere molto frustrante. Chi sta vicino a

un malato di cancro può aiutarlo in molti modi ma non dovrebbe costringerlo a mangiare contro voglia, né risentirsi se i suoi sforzi non ottengono i risultati sperati, né tantomeno colpevolizzare il paziente. Parlarne in famiglia e con il personale specializzato, dal nutrizionista allo psicologo, può essere di grande aiuto per scegliere i cibi più adatti e la modalità più corretta per proporli.

Fronteggiare gli effetti collaterali delle cure

Non è solo la chemioterapia a provocare sgradevoli effetti collaterali: anche i nuovi farmaci biologici, la radioterapia o le conseguenze di un intervento chirurgico possono causare nausea e vomito, stipsi o diarrea, inducendo anche perdita di appetito. La nausea, in particolare, interessa quasi il 70% dei pazienti sottoposti a chemioterapia e rimane uno dei problemi più difficili da gestire anche con l'introduzione di farmaci di nuova generazione. Un aiuto inaspettato, però, può arrivare proprio dal cibo. Nel 2011 i ricercatori dell'Università di Rochester hanno pubblicato sulla rivista *Supportive Care in Cancer* uno studio⁽²⁸⁾ condotto su oltre 500 pazienti che dimostra come il fastidioso sintomo possa essere ridotto del 40% se insieme ai normali farmaci anti-nausea si assume una piccola dose quotidiana di zenzero. Ma questo è soltanto un esempio: sono moltissimi gli accorgimenti che si possono adottare per seguire una dieta il più possibile corretta ed equilibrata in modo da aiutare l'organismo a rispondere alle cure riducendo al minimo gli effetti collaterali.

Conclusioni

È ormai assodato che una sana alimentazione, ricca di cereali integrali e legumi, frutta e verdura, con poca carne rossa e una fortissima riduzione del consumo di bevande zuccherate e carni conservate protegge dallo sviluppo di tumori e sembra possa contrastare efficacemente anche l'insorgenza di recidive. È, dunque, consigliabile seguire le raccomandazioni del Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro. In più, occorre prestare attenzione ad alimenti apparentemente innocui ma che possono interferire con alcune specifiche terapie. Il pompelmo ed il suo succo, per esempio, possono bloccare l'azione di enzimi importanti per l'assorbimento ed il metabolismo di alcuni farmaci ed in questo modo ridurre l'efficacia. È molto importante, quindi, attenersi alle indicazioni del medico che di volta in volta saranno fornite al paziente a questo proposito. Non bisogna, poi, dimenticare che lo stesso effetto può essere indotto anche da alcuni prodotti di erboristeria come ginseng, ginkgo biloba e aloe che

talvolta possono essere assunti senza pensare di consultare il proprio medico ed a cui, invece, bisogna sempre fare riferimento. Nel complesso, i dati cumulativi suggeriscono che il consumo di carboidrati raffinati e carne rossa dovrebbe essere evitato o significativamente ridotto nella dieta dei pazienti neoplastici in quanto sono disponibili molte altre fonti più sane di energia. Il raggiungimento ed il mantenimento di una composizione corporea sana con una dieta a base vegetale ricca di frutta, verdura, cereali integrali e povera di grassi saturi e carni rosse o trasformate rappresentano la principale linea guida da seguire nei pazienti oncologici. Le evidenze stanno dimostrando che le diete basate su questi alimenti, che sono poi quelli della dieta mediterranea, possono essere benefiche per i pazienti guariti dal tumore ed, eventualmente, per la prevenzione di metastasi o recidive.

Bibliografia

- Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, van Bokhorst-de van der Schueren MA, von Meyenfeldt M; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Zürcher G, Fietkau R, Aulbert E, Frick B, Holm M, Kneba M, Mestrom HJ, Zander A; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2006. 25 (2): 245-59.
- Toles M, Demark-Wahnefried W. Nutrition and the cancer survivor: evidence to guide oncology nursing practice. *Semin Oncol Nurs*. 2008. 24(3):171-9.
- Ruano-Ravina A, Figueiras A, Barros-Dios JM. Diet and lung cancer: a new approach. *Eur J Cancer Prev*. 2000. 9 (6): 395-400.
- Sun AS, Ostadal O, Ryznar V, et al. Phase I/II study of stage III and IV non-small cell lung cancer patients taking a specific dietary supplement. *Nutr Cancer*. 1999. 34: 62-69.
- Nalabolu MR, Palasamudram K, Jamil K. Adiponectin and leptin molecular actions and clinical significance in breast cancer. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res*. 2014. 8 (1): 31-40.
- Kwan ML, Weltzien E, Kushi LH, Castillo A, Slattery ML and Caan BJ. Dietary patterns and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2009.
- Dignam JJ, Polite BN, Yothers G et al. Body mass index and outcomes in patients who receive adjuvant chemotherapy for colon cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2006.
- Bassett WW, Cooperberg MR, Sadetsky N, Silva S, DuChane J, Pasta DJ, et al. Impact of obesity on prostate cancer recurrence after radical prostatectomy: data from CaPSURE. *Urology*. 2005. 66 (5). 1060-1065.
- UCSF Medical Center. Nutrition and prostate cancer. University of California, San Francisco. 2009.
- Sieri S, Agudo A, Kesse E, Klipstein-Grobusch K, San-José B, Welch AA, Krogh V; EPIC Working Group on Dietary Patterns. Alcohol consumption in EPIC cohorts from ten European countries. *IARC*. 2002. 156: 173-6.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition and Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington DC, USA. 2007.
- AIMaC Associazione Italiana Malati di Cancro. La nutrizione nel malato oncologico. Terza edizione. Settembre 2011.
- Muscaritoli M, Costelli P, Aversa Z, Bonetto A, Baccino FM, Rossi Fanelli F. New strategies to overcome cancer cachexia: from molecular mechanisms to the 'Parallel Pathway'. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008. 1: 387-90.
- Azrad M, Turgeon C, Demark-Wahnefried W. Current Evidence Linking Polyunsaturated Fatty Acids with Cancer Risk and Progression. *Front Oncol*. 2013. 3: 224.
- Muscaritoli M, Aversa Z, Bonetto A, Costelli P, Minero VG, Penna F, Baccino FM, Lucia S, Rossi Fanelli F. β -hydroxy- β -methylbutyrate (HMB) attenuates muscle and body weight loss in experimental cancer cachexia. *Int J Oncol*. 2011. 38 (3): 713-20.
- Cruciani RA, Zhang JJ, Manola J, Cella D, Ansari B, Fisch MJ. L-carnitine supplementation for the management of fatigue in patients with cancer: an eastern cooperative oncology group phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol*. 2012. 30 (31): 3864-9.
- Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, McGuire DB, Migliorati C, Nicolatou-Galitis O, Peterson DE, Raber-Durlacher JE, Sonis ST, Elad S; Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014. 120 (10): 1453-61.
- Bazzan AJ, Newberg AB, Cho WC, Monti DA. Diet and Nutrition in Cancer Survivorship and Palliative Care. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013. 2013: 9176.
- Doyle C, Kushi LH, Byers T, et al. Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *Cancer J Clin*. 2006. 56: 323-353.
- Drake I, Sonestedt E, Gullberg B et al. Dietary intakes of carbohydrates in relation to prostate cancer risk: a prospective study in the Malmo diet and cancer colon. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2012.
- Port Am, Ruth MR, Istfan NW. Fructose consumption and cancer: is there a connection? *Current Opinion in Endocrinology Diabetes and Obesity*. 2012. 9: 1049-1059.
- Hebels DGA, Svejje KM, De Kok MC et al. Red meat intake-induced increases in fecal water genotoxicity correlate with pro-carcinogenic gene expression changes in the human colon. *Food and Chemical Toxicology*. 2012.
- Meyerhardt JA. Beyond standard adjuvant therapy for colon cancer: role of non standard interventions. *Seminars in Oncology*. 2011.
- Nathan C, Cunningham-Bussell A. Beyond oxidative stress: an immunologist's guide to reactive oxygen species" *Nature Reviews in Immunology*. 2013.
- Santos IS, Ponte BM, Boonme P, Silva AM, Souto EB. Nanocapsulation of polyphenols for protective effect against colorectal cancer. *Biotechnology Advances*. 2012.
- Haydè VC, Ramòn GG, Lorenzo GO et al. Non-digestible fraction of beans modulates signalling pathway genes at an early stage of colon cancer in Sprague-Dawley rats. *British Journal of Nutrition*. 2012.
- Pietro Femia A, Luceri C, Bianchini F et al. Marie Mènard apples with high polyphenol content and a low-fat diet reduce 1,2-dimethylhydrazine-induced colon carcinogenesis in rats: effects on inflammation and apoptosis. *Molecular Nutrition Food Research*. 2012.
- Ryan JL, Heckler CE, Roscoe JA, Dakhil SR, Kirshner J, Flynn PJ, Hickok JT, Morrow GR. Ginger (*Zingiber officinale*) reduces acute chemotherapy-induced nausea: a URCC CCOP study of 576 patients. *Support Care Cancer*. 2012. 20(7):1479-89.

SLOW MEDICINE: LE CINQUE PRATICHE A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN NUTRIZIONE CLINICA

M. L. Amerio

Coordinatore Gruppo ADI* SLOW MEDICINE

* COMPONENTI GRUPPO ADI- SLOW MEDICINE: L. Caregaro, L. Lucchin, A. Pezzana, A. Radin, M. Vincenzi

Premesse

Da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti farmacologici e chirurgici largamente diffusi nella pratica medica non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi. Secondo una ricerca condotta su 2.500 prestazioni sanitarie supportate da buone evidenze scientifiche, solo il 46% è sicuramente utile e il 4% è dannoso. Analogamente il "Journal of the American Medical Association" ha riportato uno studio in cui si dimostra che la maggior parte dei dispositivi medici nuovi approvati dalla Food and Drug Administration sono simili a quelli già in uso e sono stati introdotti soprattutto per motivi commerciali senza dimostrazione diretta di efficacia clinica.

Negli USA si valuta che almeno il 30% della spesa sanitaria sia utilizzata per prestazioni inefficaci.

In Italia il rapporto tra risultati clinici e spesa pro capite per la salute è uno dei migliori a livello internazionale e nettamente più favorevole rispetto a quello USA: la spesa pro capite per l'assistenza sanitaria è inferiore alla media dei paesi OCSE e i risultati di salute mediamente superiori. Si moltiplicano però gli allarmi sulla possibile sostenibilità economica del Servizio Sanitario, i cui costi appaiono in forte e continua crescita. Inoltre sono presenti, accanto ad aree di sottoutilizzo di risorse (es. la spesa per le cure agli anziani), aree in cui si rileva un eccesso di esami e trattamenti: basti pensare all'altissimo numero di TAC e RMN per numero di abitanti, alla percentuale di parti con cesareo, al sovrautilizzo di antibiotici.

Come nasce SLOW MEDICINE

Cure appropriate e di buona qualità ed un'adeguata comunicazione fra le persone migliorano la salute e la qualità della vita dei cittadini, riducono i costi e gli sprechi dell'organizzazione sanitaria, promuovono l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili. È proprio questo che propone Slow Medicine: il ritorno ad una medicina più sobria, mirata al tipo di paziente, più rispettosa perché valori, aspettative e desideri delle persone sono inviolabili, più giusta perché cure appropriate ed eque significano uguali opportunità a tutti senza disuguaglianze.

Slow Medicine è stata fondata in Italia all'inizio del 2011 da professionisti che operano nel mondo della salute in settori diversi (organizzazione, formazione, prevenzione, medicina sociale, comunicazione).

Nel 2012, Slow Medicine avvia il progetto "*Fare di più non significa fare meglio*" per contrastare l'eccessivo utilizzo di esami diagnostici e di trattamenti che rischiano di essere più dannosi che utili.

Il progetto è analogo a quello lanciato da Choosing Wisely, negli Stati Uniti.

La storia di Choosing Wisely

Con «Choosing Wisely» ha origine negli USA il primo tentativo di risposta concreta alla strada dell'inappropriatezza. Nel 2010 Howard Brody dalle pagine del *New England Journal of Medicine*, in un editoriale sull'etica medica e la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, aveva lanciato un appello ai medici, alle società scientifiche, a compilare una "Top Five list", cioè un elenco di cinque procedure diagnostiche o terapeutiche, prescritte molto comunemente, costose, con un certo grado di rischio e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti. Sempre nel 2010, Grady e Redberg, nella serie di articoli *Less Is More*, insistevano sulla necessità di confutare il mito che "*se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio*". Nel 2012 la fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine) in collaborazione con Consumer Report, promuoveva l'iniziativa Choosing Wisely che si propone di migliorare la qualità delle cure e nello stesso tempo di responsabilizzare i medici sulle più importanti cause di spreco in ambito sanitario. A questo scopo, alle Società Scientifiche che aderiscono all'iniziativa, viene chiesto di individuare 5 test o trattamenti sanitari comunemente utilizzati nella propria specialità, che espongono i pazienti a possibili effetti dannosi e il cui impiego debba essere oggetto di aperta discussione tra clinici e pazienti.

Nove società scientifiche hanno pubblicato le loro liste nell'aprile 2012, seguite da altre nei mesi successivi. A febbraio del 2014, 51 società scientifiche USA hanno pubblicato le loro liste (alcune anche più

di una) per complessivi 270 test e trattamenti sanitari ad alto rischio di inappropriatazza.

Il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"

Sulla scia dell'esempio americano, Slow medicine fa partire un progetto simile in Italia: "Fare di più non significa fare meglio", nella convinzione che, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici. Ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderirà al progetto individuerà una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi

Questi test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatazza dovranno essere oggetto di aperto dialogo nella relazione tra medico e paziente per facilitare scelte sagge e consapevoli.

Promuovono il progetto anche FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, l'Istituto Change di Torino, PartecipSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia.

Il progetto si propone di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari in Italia attraverso la riduzione di esami diagnostici e trattamenti che spesso non sono efficaci e rischiano di essere addirittura dannosi. Molte Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane hanno aderito al progetto di Slow Medicine.

A marzo 2014 è stata annunciata la pubblicazione delle prime liste di 5 esami diagnostici e trattamenti a rischio di inappropriatazza in Italia, definite da parte delle seguenti Società:

- Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI
- Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO
- Cochrane Neurological Field - CNF
- Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri - CIPOMO
- Società Italiana di Radiologia Medica - SIRM
- Società Italiana di Medicina Generale - SIMG
- Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO

È inoltre di imminente pubblicazione quella di:

- Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

Di questi esami e trattamenti, come la Risonanza Magnetica della colonna nel mal di schiena o la somministrazione di farmaci ansiolitici alle persone anziane, dovranno interrogarsi e parlare tra loro i medici, gli altri professionisti e i pazienti, perché le scelte siano informate e condivise. Le pratiche a rischio di inappropriatazza in Italia, la descrizione dettagliata del progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" e la traduzione in italiano delle pratiche di Choosing Wisely suddivise per tipologia si possono reperire al link:

<http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/48-fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/36-il-progetto.html>

Le 5 pratiche individuate dall'ADI

L'ADI ha individuato un percorso operativo finalizzato ad identificare quali tra le pratiche scorrette associate alla nutrizione siano da considerarsi più significative.

Il percorso si è articolato attraverso le seguenti tappe:

- Costituzione del gruppo di lavoro costituito da un coordinatore + altri 5 esperti di nutrizione (dott.ssa L. Caregaro, dott. L. Lucchin, dott. A. Pezzana, dott.ssa A. Radin, dott. M. Vincenzi)
- ciascun esperto ha selezionato, utilizzando un format dedicato, le cinque pratiche anzidette, da lui ritenute più rilevanti specificando per ciascuna le motivazioni della scelta e le fonti bibliografiche
- i contributi sono stati reciprocamente condivisi, quindi discussi.

Tra le pratiche individuate sono state selezionate le 5 che hanno ricevuto il maggior numero di consensi e quindi da ritenersi le più significative.

1) Non utilizzare i cosiddetti "test di intolleranza alimentare" come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari

Su un 20% di pazienti convinti di avere un'allergia a un qualche cibo, solo l'1-2% ne è realmente colpito. Si stanno diffondendo sempre più "test non scientificamente validati e costosi, non effettuati in Centri allergologici - Si può spendere dai 40, 50 euro fino a 500 euro, ma in molti casi si ottengono falsi positivi". Queste metodiche sono state impiegate negli ultimi anni per identificare supposte intolleranze alimentari e ultimamente per giustificare l'obesità. Sono basate su presupposti teorici che non hanno trovato riscontro nella evidenza scientifica (determinazione delle IgG4, analisi del capello, test di citotossicità, test elettroder-

mico “Vega”). Vi è quindi unanime consenso internazionale tra i professionisti che non seguono terapie cosiddette “alternative” nel non utilizzare tali indagini, per altro di costo elevato (300-500 Euro). Tali pratiche sono, inoltre, ad alto rischio di malnutrizione e ridotto accrescimento nei bambini e negli adolescenti, a causa della marcata riduzione della tipologia dei cibi da assumere e della notevole apprensione che ingenerano nelle persone.

2) Evitare di trattare obesità e disturbi dell'alimentazione con diete prestampate e in assenza di competenze multidimensionali.

Tali patologie sono complesse perché croniche e ad etiologia polifattoriale. Devono perciò essere trattate contemporaneamente su più fronti: quello cognitivo comportamentale, psicologico, nutrizionale, interattivo e rieducativo motorio. Fondamentale poi il contatto professionale continuo e il counselling (approccio multidimensionale). Auspicabile il supporto di differenti specialisti in modo da affrontare a tutto tondo le problematiche biologiche, sociali, ambientali e comportamentali.

3) Non incoraggiare un uso estensivo e indiscriminato di integratori alimentari come fattori preventivi delle neoplasie e della patologia cardiovascolare.

Recentemente si è molto stressata l'opinione pubblica sulla efficacia di integratori dietetici nella prevenzione delle malattie neoplastiche e cardiovascolari (acido folico, antiossidanti, calcio e Vit. D). L'Italia risulta il primo consumatore in Europa. I risultati in letteratura non sono univoci e a livello preventivo l'assunzione di alimenti che contengono i principi attivi (vegetali in primis), si è dimostrata più efficace degli integratori che li contengono. È pertanto auspicabile un uso più oculato degli integratori alimentari e solo per sopperire a condizioni di carenza documentate, anche perché non sono scevri da effetti collaterali negativi in caso di sovradosaggio. Attualmente, non ci sono prove sufficienti per stabilire se l'assunzione di un multivitaminico aiuterà a prevenire malattie cardiovascolari o il cancro.

Non ci sono prove sufficienti per stabilire se l'assunzione della maggior parte dei supplementi singoli o accoppiati contribuisce a prevenire malattie cardiovascolari o il cancro.

Assunzione di vitamina E o beta-carotene integratori non aiuta a prevenire malattie cardiovascolari o il cancro ed integratori di beta-carotene possono aumentare la probabilità di ammalarsi di cancro al polmone per le persone che sono già a rischio di cancro ai polmoni, come ad esempio i fumatori.

4) Evitare in età evolutiva approcci a sovrappeso e obesità, restrittivi, di non dimostrata efficacia e non coinvolgenti la famiglia.

Strategie per il controllo di sovrappeso e obesità in età evolutiva non evidence-based, quali diete fortemente ipocaloriche, diete non equilibrate o restrizioni dietetiche non associate a interventi sullo stile di vita, approcci esasperati nei confronti dell'attività fisica, non sufficiente coinvolgimento dell'ambito familiare, superficialità nella valutazione del tratto psicologico del giovane, inducono frequenti problemi di cronicizzazione del problema perché inefficaci nel medio e lungo termine, dato che espongono al rischio di sviluppare un disturbo alimentare (anoressia, bulimia), weight-cycling syndrome (sindrome dello yo-yo, cioè ripetute oscillazioni di peso), deficit nutrizionali e rallentamento della crescita.

5) Evitare la Nutrizione Artificiale (NA) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale.

In situazioni come la demenza avanzata con quadro clinico estremamente compromesso o nel paziente oncologico con malattia avanzata, dolore non controllato, aspettativa di vita inferiore a 4-6 settimane, la Nutrizione Artificiale non ha dimostrato un favorevole rapporto benefici/rischi. È invece di dimostrata efficacia promuovere una cultura di prevenzione, screening e diagnosi precoce della malnutrizione ospedaliera e territoriale.

LA SALUTE SI SERVE A TAVOLA

PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ E DEL DIABETE TIPO 2 NEI BAMBINI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14 - CENTRO ANTI DIABETE ASL CE - REGIONE CAMPANIA

F. Serino¹, V. Starnone¹, R. F. A. Ullucci², A. Del Buono¹

¹ Centro Diabetologico di Cellole (CE) D.S. 14 ASL Caserta - ² Direttore D.S.S. 14 - ASL CASERTA

Introduzione

Nel 1997 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto l'obesità come un'epidemia globale, rilanciando questo allarme nel 2002, con specifico riferimento all'Europa¹.

L'obesità è una patologia multifattoriale alquanto complessa, ma a livello individuale la principale responsabile è una combinazione di eccessivo apporto calorico e ridotta attività fisica: in altri termini, l'assunzione di una quantità di calorie maggiore rispetto a quelle consumate attraverso l'esercizio o le normali attività quotidiane. Un numero limitato di casi è dovuto, invece, principalmente alla genetica, a motivi di salute o a malattie psichiatriche. La crescita esponenziale dei tassi di sovrappeso e obesità a cui stiamo assistendo preoccupa notevolmente i governi e le autorità sanitarie di tutto il mondo in quanto queste condizioni rappresentano fattori di rischio determinanti per l'insorgere di numerose patologie croniche, responsabili del 60% delle morti a livello mondiale². Questo ha portato la European Association for the Study of Diabetes (EASD) a riconoscere l'importanza della prevenzione e del trattamento dell'obesità, considerata come «il più importante problema di salute pubblica in tutto il mondo».

L'OMS stima che a livello globale circa 1,5 miliardi di persone adulte sono sovrappeso e di queste 200 milioni di uomini e circa 300 milioni di donne sono obesi. Questi valori sono raddoppiati rispetto a quelli del 1980 e le proiezioni stimano che entro il 2015 circa 2,5 miliardi di adulti saranno sovrappeso e 700 milioni di essi saranno obesi. Oggi il 65% della popolazione mondiale vive in Paesi dove l'obesità e il sovrappeso sono responsabili di un numero di decessi maggiore rispetto a quelli dovuti alla sottanutrizione o alla fame. In tutti i Paesi occidentali il fenomeno dell'obesità e del sovrappeso infantili sono in crescita esponenziale e l'impatto da esso generato è rilevante sia per i bilanci degli Stati in termini di costi negativi per la sanità, sia per le ripercussioni sul corretto sviluppo fisico e cognitivo dei bambini e degli adolescenti.

Nella letteratura scientifica internazionale vengono fornite prove di una consolidata relazione tra situazione di sovrappeso/obesità nell'infanzia e sovrappeso/obesità in età adulta³: l'obesità infantile, infatti, risulta critica per la persistenza del fenomeno durante tutta la vita dell'individuo, con significative conseguenze sull'aumento della probabilità, da adulti, di contrarre malattie croniche come diabete, ipertensione, problemi cardiovascolari e tumori. Per i bambini sovrappeso e obesità possono comportare una serie di conseguenze psicologiche e fisiche (condizioni di malessere legate al sovrappeso, come le difficoltà motorie, l'ansietà, l'asma, l'insorgenza di problemi psicologici che comportano bassa stima di se stessi e l'isolamento sociale) che si possono manifestare durante l'infanzia (conseguenze precoci), oltre a problemi spesso più seri cui possono andare incontro, con maggiore facilità, in età adulta (conseguenze tardive)^{4,5,6}.

A livello generale, l'obesità infantile si manifesta maggiormente se vi è una familiarità (un bambino con i genitori obesi ha tra il 70 e l'80% di probabilità in più di andare incontro al sovrappeso rispetto a un bambino con genitori normopeso), se vi sono abitudini alimentari scorrette e se il bambino non pratica sufficiente attività fisica. La preoccupazione dei genitori verso il proprio figlio si manifesta molto spesso quando il bambino o l'adolescente mangia poco, raramente quando questo mangia troppo. Se da un lato le preoccupazioni dei genitori possono essere fondate, in quanto una dieta insufficiente porta a deficit di vario tipo, in grado di compromettere la crescita, dall'altro un introito calorico eccessivo determina dapprima una condizione di sovrappeso del bambino, poi una vera e propria obesità⁷. Questo sottolinea quanto siano determinanti i fattori familiari per lo sviluppo dell'obesità: l'esempio della famiglia è fondamentale e non si può pretendere che il bambino adotti abitudini nutrizionali corrette se i genitori per primi non seguono un'alimentazione equilibrata.

Lo studio "Okkio alla salute"⁸, un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio corre-

lati promosso e finanziato dal Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, evidenzia che: - in Italia più di un bambino su tre è in eccesso ponderale; - il 12,3% dei bambini italiani è obeso e il 23,6 % è in sovrappeso. I valori più alti si sono osservati in Italia Meridionale ed in particolare la Campania con il 49% di bambini in eccesso ponderale di cui il 28% in sovrappeso e il 21% obesi; quelli inferiori al nord (19% nella Provincia Autonoma di Bolzano). Inoltre solo un bambino su 10 fa attività fisica in modo adeguato all'età e che, tra le madri dei bambini in sovrappeso/obesi, ben 4 su 10 non ritengono che il proprio figlio abbia un peso eccessivo rispetto all'altezza e sottovalutano la quantità di cibo che assumono. Il Centro Antidiabete di Cellole (CE) afferente al Distretto Sanitario 14 dell'ASL Caserta, nell'ambito del Progetto Distrettuale di Educazione alla Salute, si è interessato in modo specifico della prevenzione del diabete tipo 2 e dell'obesità nei bambini, considerando i dati allarmanti pubblicati dallo studio OKKIO alla salute e la stretta correlazione tra stile di vita scorretto e l'aumento dell'obesità infantile, oltre all'insorgenza di patologie come il diabete 2 già in età giovanile. Il progetto si sviluppa in due anni, la prima fase ha riguardato l'a.s. 2013-14, coinvolgendo solo una parte delle scuole primarie di 2 grado afferenti al Distretto Sanitario 14 di Teano, la seconda fase per l'a.s. 2014-15 interesserà le restanti scuole.

Il progetto si rivolge esclusivamente ai genitori in quanto l'esperienza degli anni passati, in cui gli interventi erano rivolti ai bambini collaborando con le insegnanti, in percorsi educativi per un corretto stile di vita (alimentazione e attività fisica), ha evidenziato come le informazioni trasmesse ai bambini non riuscivano a realizzare un cambiamento di abitudini, in quanto la famiglia non ne recepiva l'importanza. **Per tanto per garantire ai bambini uno stato di salute ottimale occorre aumentare la consapevolezza dei genitori sulla loro responsabilità diretta e quindi collaborare con la scuola e gli altri enti preposti all'educazione sanitaria.**

Materiali e metodi

Sono state coinvolte 250 famiglie dei bambini afferenti alle 16 classi terze elementari di 6 scuole primarie di Teano, Cellole, Sessa Aurunca e frazioni.

È stato distribuito alle famiglie un questionario anonimo *La salute si serve a tavola* per rilevare le loro abitudini alimentari.

Il questionario ha voluto indagare soprattutto la com-

posizione dei tre pasti principali Colazione-Pranzo-Cena e degli spuntini.

Risultati

• La prima colazione e la merenda a scuola: la scelta è fatta in famiglia

Nonostante interventi di educazione alla corretta alimentazione fatti negli scorsi anni, in alcune delle scuole aderenti al progetto, si evidenzia ancora una piccola percentuale, l'11% che fa colazione saltuariamente, il 6% non la fa mai. È ormai dimostrata la correlazione tra l'abitudine a non consumare la colazione e la possibilità di sviluppare sovrappeso. Nella scelta degli alimenti per la prima colazione vengono preferiti cereali arricchiti di miele, cioccolato e anche per i biscotti la scelta cade sui biscotti con panna, cioccolato, nocciole. Il latte resta la bevanda più utilizzata. La ciambella fatta in casa, come la frutta vengono consumate di rado (Figura 1).

La merenda dovrebbe rappresentare un piccolo contributo di energia a metà mattina il 5-10% dell'apporto calorico giornaliero (circa 100 kcal), povera in grassi, ricca di carboidrati e proteine. La scelta della merenda da portare a scuola, nelle famiglie intervistate, ricade invece su alimenti ricchi di grassi. Infatti in alternativa al panino con insaccati scelto da tutti, ci sono le patatine (38%) e la pizza (54%). La frutta, nonostante la campagna europea "Frutta nelle scuole" finalizzata ad aumentare il consumo di frutta e verdura da parte dei bambini, rappresenta solo il 10% delle scelte fatte (Figura 2).

• In famiglia a pranzo e a cena

Nel 30% delle famiglie a pranzo viene consumato solo un primo piatto senza contorno, demandando alla sera il consumo di secondi piatti, solo il 20% consuma un contorno di verdura a pranzo e a cena. La scelta dei secondi piatti resta sbilanciata a favore di alimenti ricchi di grassi saturi: il 63% consuma carne rossa, il 34% formaggi, il 28% affettati e ben il 23% utilizza cibi precotti (Figura 3).

Il metodo di cottura più utilizzato è la cottura al forno, seguita purtroppo dalla frittura (Figura 4).

Discussione

Lo scopo degli interventi di educazione alla salute fatti dal Centro Antidiabete di Cellole, è quello di promuovere stili di vita sani che devono proteggere i bambini dal rischio di sviluppare patologie come l'obesità e il diabete tipo 2 che dimostrano di aver un

trend di crescita allarmante. Il progetto ha previsto due incontri di due ore con i genitori e gli insegnanti nei vari Istituti Comprensivi del Distretto Sanitario durante i quali si è parlato dei principi di un' alimentazione sana, della necessità dell'attività fisica, intesa come stile di vita attivo e dei fabbisogni nutrizionali dei ragazzi. Sono stati commentati insieme i risultati dei questionari per ogni gruppo classe, evidenziando così in modo diretto gli errori e fornendo con gli incontri gli strumenti per il cambiamento.

L'indagine fatta in una parte delle scuole elementari del distretto ha confermato dati già rilevati con lo studio OKKIO alla salute, e con lo studio ZOOM 8^o sul consumo di verdura, frutta e legumi.

È stato interessante analizzare i questionari delle singole scuole e rilevare come nei piccoli paesi e frazioni poco collegate rispetto al centro maggiore è l'adozione di errate abitudini alimentari. Si preferiscono prodotti industriali, c'è un maggiore consumo di dolci e un minore consumo di pesce. Vista l'estrazione rurale di questi centri sembrano incongruenti tali scelte; certamente è più difficile reperire il pesce soprattutto fresco, ma non si comprende il ricorso a prodotti confezionati rispetto alla tradizione del dolce fatto in casa o l'uso della cotoletta precotta rispetto alla preparazione casalinga. La spiegazione probabilmente è da ricercare nelle sollecitazioni pubblicitarie della televisione, inoltre negli incontri fatti in questi piccoli paesi con i genitori e con la partecipazione anche dei bambini, si è notato subito una presenza rilevante di bambini sovrappeso o obesi, la maggior parte delle mamme casalinghe, quindi teoricamente con una maggiore disponibilità di tempo alla preparazione di pietanze della tradizione mediterranea, oltre ad una minore abitudine all'attività fisica. In molte scuole la composizione del pranzo prevede solo il primo piatto alterando così il fabbisogno proteico giornaliero dei bambini (31g/die)¹⁰, questa abitudine causa anche un continuo spizzicare spuntini nel pomeriggio, in questo caso si è indicato come un piatto unico con pasta e proteine vegetali (pasta e fagioli) o animali (pasta con l'uovo) può risolvere l'abitudine

a non preparare anche un secondo piatto a pranzo, completando sempre con un contorno.

La raccolta di dati e l'interpretazione delle tendenze rilevate con il questionario, ha rafforzato l'indicazione di interventi sempre più pressanti sulla famiglia, in quanto essa determina l'imprinting dei comportamenti dei bambini fin dai primi anni di vita. È importante continuare gli incontri con i genitori per renderli informati e consapevoli delle scelte alimentari perché è attraverso esse che si determina la salute dei propri figli. Inoltre il cambiamento deve riguardare tutto il nucleo familiare sia nelle scelte alimentari che nell'adozione di uno stile di vita attivo, partecipando alle iniziative promosse dalle scuole in collaborazione con l'ASL.

Bibliografia

1. Ufficio Regionale Europeo OMS (2002), *European Health Report 2002*.
2. WHO (2010), *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*.
3. Butland B., S. Jebb, P. Kopelman, K. McPerson, S. Thomas, J. Mardell e V. Parry (2004), *Foresight Tackling Obesity: Future Choices*, Project Report 2007.
4. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Geneva: WHO; 2007.
5. Swingburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaper by global drivers and local environments. *The Lancet* 2011; 378: 804-14.
6. Gortmaker SL, Swingburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, Huang T, Marsh T, Moodie ML. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet* 2011; 378: 838-47.
7. Dehghan M., N. Akhtar-Danesh e A. T. Merchant (2005), *Childhood obesity, prevalence and prevention*", in "Nutrition Journal", 4, p. 24.
8. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
9. Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. A cura di Laura Censi, Dina D'Addesa, Daniela Galeone, Silvia Andreozzi e Angela Spinelli 2012, iv, 142 p. Rapporti ISTISAN 12/42
10. LARN Revisione 2012

Figura 1.



Figura 3.

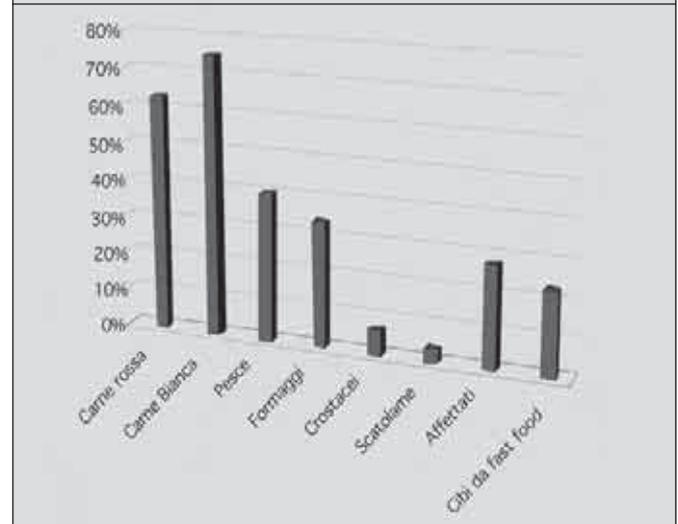
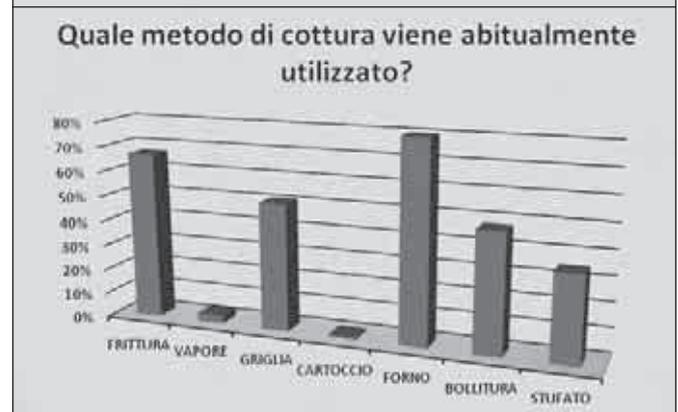


Figura 2.



Figura 4.



STUDIO SPERIMENTALE SULL'EFFICACIA DEL COUNSELING MOTIVAZIONALE (CM) IN AMBITO NUTRIZIONALE

EXPERIMENTAL STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF MOTIVATIONAL COUNSELING (CM) IN THE FIELD OF NUTRITION

M. Gulino^{°°}, M. Meneghin^{°°}, C. Maggi^{°°}, A. Della Torre^{°°}, M. Minutolo^{°°}, I. De Luca^{°°}, G. Beviglia^{*}, S. Santolli^{*}, M. F. Dupont^{**}, M. Sciancalepore^{**}, S. Depau^{**}, A. M. Marzullo^{**}, S. Richieda^{**}, F. Milan[#], E. Barozzi[#], P. Grossi[#], U. Falcone^{°°°}, A. Migliardi^{°°°}, S. Meneghini^{***}, S. Marengo^{°°}, A. Costa^{°°}, M. Scaglia[°]

^{°°}S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASLTO5, ^{*}S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASL AL, ^{**}S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASLTO4, [#]S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione ASL NO, ^{°°°}SC DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3 Piemonte, ^{***}S.C. Igiene Alimenti e della Nutrizione USSL6 di Vicenza, [°]Dipartimento delle dipendenze patologiche ASL AL

Riassunto

Per mantenere uno stile di vita sano e ridurre il peso in eccesso non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né le semplici prescrizioni di diete o programmi di attività fisica regolare; riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stile di vita non salutari. Il progetto, finanziato dalla Regione Piemonte, ha valutato l'efficacia degli interventi di consulenza nutrizionale attraverso l'utilizzo delle tecniche del counseling motivazionale (CM), finalizzato all'aumento della motivazione al cambiamento di stili di vita non salutari.

Lo studio realizzato è stato di tipo quasi - sperimentale con 3 ambulatori nutrizionali (AN) che hanno arruolato i pazienti da sottoporre a consulenza nutrizionale tradizionale avvalendosi delle tecniche di Counseling motivazionale (Trattamento sperimentale - *Intervento* - CM) rappresentando il "Gruppo sperimentale" (GS - Casi) e l'ambulatorio che ha reclutato i pazienti sottoposti soltanto Consulenza nutrizionale tradizionale (Trattamento standard - CN) rappresentando il "Gruppo di controllo" (GC - Controlli). Ogni paziente è stato seguito nel tempo: una prima visita di arruolamento e quattro successive visite di controllo. Ad ogni incontro sono state rilevate informazioni attraverso diversi strumenti. La sperimentazione, condotta tra settembre 2009 e dicembre 2011, è stata strutturata in 5 stadi sulla base dell'organizzazione negli AN della CN: *Visita, Primo Controllo, Secondo Controllo, Terzo Controllo e Quarto Controllo* negli AN di 4 SIAN piemontesi. Alla "Visita" sono stati reclutati dagli operatori sanitari (OS) degli AN i pazienti eleggibili, nell'arco di 6 mesi sono seguiti i successivi controlli.

Gli operatori sanitari dei SIAN dell'ASL TO5, AL e TO4 (GS) sono stati formati sulle tecniche di CM e sull'utilizzo e l'interpretazione di alcuni strumenti per valutare la motivazione al cambiamento verso corret-

te abitudini alimentari e regolare attività fisica. Gli OS dell'ASL di Novara (GC) hanno invece condotto soltanto la CN.

È stato costruito un modello di cartella individuale informatizzato (CI) suddiviso in 7 sezioni per raccogliere le informazioni sui pazienti e valutare l'efficacia degli interventi di CN.

Gli strumenti per misurare il cambiamento dovuto al CM sono stati precedentemente validati (Questionario MAC2 e Scala centesimale VMC); la CI, invece, è stata predisposta "ad hoc" per questo studio e ha raccolto anche informazioni di natura socio-demografica. Con questi strumenti si è voluto valutare in termini di efficacia in che misura sono variati alcuni parametri dopo l'intervento di CM rispetto alla CN. Gli aspetti indagati sono stati: 1) *Disponibilità al cambiamento*, 2) *Fattori motivazionali*, 3) *Indice di Massa Corporea (BMI)* e 4) *Stili di vita alimentari e fisici*.

L'attività degli AN è stata considerata efficace se ha ottenuto i seguenti risultati: per i normopeso non aumentare di peso, per sovrappeso e obesi riduzione di almeno il 5% nel periodo che è andato dalla prima visita al quarto controllo (6 mesi, con un minimo di 5 e un massimo di 8). Questa definizione ha permesso di distinguere gli esiti dei trattamenti in "Successi" e "Insuccessi". Sono state realizzate distribuzioni di frequenza sulle principali variabili socio-demografiche e sugli stili di vita dei soggetti arruolati e analisi della varianza per valutare le differenze nei punteggi del BMI tra GS e GC nei diversi tempi dello studio. Sono stati reclutati 712 pazienti distribuiti negli AN delle 4 ASL partecipanti (452 nel GS e 260 nel GC). Il tasso di abbandono è stato del 64,2% senza apprezzabili differenze tra i 4 AN. Soltanto 255 (154 "Casi" e 101 "Controlli") soggetti hanno concluso il percorso al 31 dicembre 2011. Per tutte le variabili raccolte alla prima visita non si rilevano differenze apprezzabili tra i 2 gruppi. L'età media dei partecipanti è stata di 47,5 (deviazione standard 12,6), l'81% erano donne. Alla prima visita le donne pesavano in media

80 kg (ds 14) con BMI 31,6 (deviazione standard 5,4), gli uomini 92 kg (deviazione standard 15) con BMI 30,9 (deviazione standard 4,3). L'87,4% ha consumato la prima colazione (tra questi, il 38,1% in modo inadeguato da un punto di vista calorico). Il 45% e il 54,5% hanno consumato due o più porzioni al giorno rispettivamente di verdura e frutta. Lo stile alimentare più frequente è stato "spiluccare" (41,2%), seguito da "scelta non equilibrata degli alimenti" (38,4%). Il 43,8% non ha svolto alcun tipo di attività fisica e il 29,5% ne ha svolto per meno di 30 minuti al giorno. Il confronto della variazione del BMI tra soggetti trattati con CM e soggetti trattati con CN ha rappresentato un risultato importante nella valutazione dell'efficacia del CM: nei 154 soggetti esposti al trattamento con il CM il BMI è passato da un valore medio di 31,5 alla visita (Stadio 1 -t0) ad un valore medio di 29,7 al quarto controllo (Stadio 5-t4), **la diminuzione di 1,8 punti di BMI è statisticamente significativa** già al terzo controllo (Stadio 4-t3) rispetto alla visita (Stadio 1-t0). Nei 101 soggetti esposti al trattamento con la CN il BMI è passato da un valore medio di 31,4 alla visita (t0) a un valore medio di 29,9 al quarto controllo (t4), **la diminuzione di 1,5 punti di BMI non è statisticamente significativa**.

Nell'analisi rispetto alla *Disponibilità al cambiamento* sia per Alimentazione che per Attività fisica non sono risultate differenze statisticamente significative tra GS e GC: sia per alimentazione che per attività fisica i punteggi medi di *Disponibilità al cambiamento* sono stati superiori nei "Successi" (48,9 per alimentazione, 39,6 per attività fisica) rispetto agli "Insuccessi" (26,4 per alimentazione, 21,9 per attività fisica), **tali differenze sono risultate statisticamente significative** ($p < 0,05$). All'interno dei singoli gruppi, invece, non sono risultate differenze statisticamente significative tra soggetti esposti al trattamento con il CM e soggetti esposti al trattamento con la CN.

Dei quattro *Fattori motivazionali* (*Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia*) analizzati nei "Casi" e nei "Controlli", sia per l'Alimentazione che per l'Attività fisica, è risultato che la *Frattura Interiore* e la *Tentazione* sono diminuite mentre l'*Autoefficacia* e l'*Importanza* sono aumentate (con la sola eccezione dell'Importanza per l'Alimentazione nei "Controlli" che è invece diminuita). Le differenze di tali punteggi non differiscono in modo statisticamente significativo tra "Casi" e "Controlli", pertanto non si è potuto affermare che il CM sia stato più efficace del CN nel modificare il prospetto dei 4 Fattori motivazionali.

Sia per l'Alimentazione che per l'Attività fisica i punteggi medi di *Disponibilità al cambiamento* sono

risultati superiori nei "Successi" rispetto agli "Insuccessi". **Tali differenze sono risultate statisticamente significative**. Quindi si può affermare che all'aumentare dei punteggi registrati nella valutazione della *Disponibilità al cambiamento* è aumentata l'efficacia del trattamento. In altre parole maggiore è stata la motivazione al cambiamento, migliori sono stati i risultati ottenuti in termini di riduzione del peso. Dall'analisi complessiva dei risultati riguardanti la *Disponibilità al cambiamento* ed i quattro Fattori motivazionali (*Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia*), si è potuto osservare che all'aumentare dei punteggi medi registrati nella valutazione della *Disponibilità al cambiamento*, ci è sembrato aumentare parallelamente anche l'efficacia del trattamento. Quindi si può concludere che chi ha perso peso, all'interno di un trattamento, ha visto modificare alcuni parametri motivazionali. Alla luce di tali risultati si può affermare che, quando si attiva un trattamento volto al controllo e alla perdita del peso, è necessario applicare strategie specifiche che coinvolgano questi elementi, in quanto essi giocano un ruolo essenziale nel produrre il cambiamento verso corretti stili di vita.

Parole chiave: *Counseling nutrizionale, Ambulatorio nutrizionale, efficacia trattamento con Counseling nutrizionale*

Abstract

To maintain a healthy lifestyle and reduce the excess weight knowledge of the rules of proper nutrition, the simple prescriptions of diets or programs of regular physical activity are not sufficient; the motivation of the person in question to change habits and unhealthy lifestyle plays an important role. The project, funded by the Piedmont Region, has evaluated the effectiveness of interventions for nutritional counseling through the use of the techniques of motivational counseling (CM), aimed at increasing motivation to change unhealthy lifestyles.

The study was carried out almost experimentally with 3 nutritional clinics (AN) that enrolled patients to be subjected to nutritional counseling using traditional techniques of motivational counseling (Experimental treatment - Intervention - CM) representing the "experimental group" (GS - Cases) and the ambulatorio which recruited patients undergoing only traditional Nutritional Counseling (Standard treatment - CN) representing the "control group" (GC - Controls). Each patient was followed over time: an initial enrollment visit and four subsequent visits. At each

meeting information was recorded through various means. The trial, conducted between September 2009 and December 2011, was structured in 5 stages on the basis of the organization in the AN CN: Visit, First Control, Control Second, Third and Fourth Control in AN 4 SIAN Piedmont. At the "Visit" AN eligible patients were recruited by health professionals(OS), subsequent checks were made in the following six months.

Health professionals of SIAN ASL to5, AL and TO4 (GS) were trained with the techniques and the use of CM and the interpretation of some tools for assessing motivation for change toward healthy eating habits and regular physical activity. The OS ASL Novara (GC) have led only the CN instead.

A model of individual computerized folder was built (ICs) and divided into 7 sections to collect patients' information and assess the effectiveness of interventions to CN.

The instruments to measure change due to CM have been previously validated (Questionnaire MAC2 and centesimal scale VMC); CI, however, has been prepared "ad hoc" for this study and has also collected socio-demographic information. With these tools, we wanted to evaluate effectiveness in terms of the extent to which certain parameters have changed after the intervention of CM with respect to the CN. The aspects investigated were: 1) Willingness to change, 2) Motivational factors, 3) Body Mass Index (BMI) and 4) Lifestyles food and physical.

The work of AN was considered effective if it had obtained the following results: not gaining weight for normal weight people, a reduction of at least 5% for overweight and obese in the period that went from the first visit to the fourth control (6 months, with a minimum of 5 and a maximum of 8). This definition allowed us to distinguish the outcomes of treatments in "Successes" and "Failures". Frequency distributions were carried out on the main socio-demographic variables and lifestyles of the subjects and analysis of variance to assess differences in BMI scores between GS and GC at different times of the study.

We recruited 712 patients distributed in the NA of the 4 ASL participants (452 in GS and 260 in CG). The drop-out rate was 64.2% with no significant differences between the 4-AN. Only 255 (154 "cases" and 101 "controls") subjects completed the course on December 31 2011. For all the variables collected at the first visit, there were no appreciable differences between the 2 groups. The average age of the participants was 47.5 (SD 12.6), 81% were women. At the first visit, the women weighed an average of 80 kg (SD 14) with BMI 31.6 (SD 5.4), men 92 kg (SD 15)

with BMI 30.9 (SD 4.3). 87.4% consumed breakfast (among these, 38.1% inadequately from a caloric point of view). 45% and 54.5% have consumed two or more servings per day of vegetables and fruits, respectively. The most common way of eating has been "snacking" (41.2%), followed by "not balanced choice of food" (38.4%). 43.8% did not perform any type of physical activity and 29.5% performed it for less than 30 minutes a day.

The comparison of the change in BMI between subjects treated with CM and CN-treated subjects was an important outcome in assessing the effectiveness of CM: in 154 subjects exposed to treatment with CM BMI increased from a mean value of 31.5 to visit (Stage 1-t0) to a mean value of 29.7 in the fourth control (Stage 5-t4), the decrease of 1.8 points of BMI is statistically significant already at the third control (Stadio4-t3) with respect to the visit (Stage 1-t0). In 101 subjects exposed to treatment with CN BMI increased from a mean value of 31.4 to the visit (t0) to a mean value of 29.9 in the fourth control (t4), the decrease of 1.5 points of BMI is not statistically significant.

In the analysis concerning the availability to change that for physical activity there were not statistically significant differences between GS and GC for both power and for average physical activity scores were higher availability to the change in the "Success Stories" (48, 9 for feeding, physical activity 39.6) than the "Failures" (26.4 nutrition, physical activity 21.9), these differences were statistically significant ($p < 0.05$). Within each group, however, there were not statistically significant differences between subjects exposed to treatment with CM and those exposed to treatment with CN.

Of the four motivational factors (Importance, Fracture Within, Temptation and Self-efficacy) analyzed in the "Cases" and "Controls", which is the Food for Physical Activity, it was found that the fracture and the Inner Temptation decreased, while the 'Self-efficacy and importance have increased (with the exception of the importance of Food in the "Controls" which has decreased). The differences in these scores did not differ statistically significantly between "cases" and "controls", so it could not be said that the CM was more effective than CN to modify the statement of 4 Motivational factors.

Both the Food and Physical Activity for which the average scores of Availability for change were higher in "Success" with respect to "Failures". These differences were statistically significant. So it can be said that the increase of the scores recorded in the evaluation of the Availability to change has increased the

effectiveness of treatment. In other words, the higher was the motivation to change, the best results were obtained in terms of weight reduction.

From the overall analysis of the results for the Willingness to change and the four motivational factors (Importance, Fracture Within, Temptation and Self-efficacy), it was observed that the increase of the average scores recorded in the evaluation of Willingness to change, there also appeared to increase parallel the effectiveness of the treatment. So it can be concluded that those who lost weight, within a treatment, have seen change some parameters motivational. In light of these results we can say that, when you activate a treatment aimed to control and weight loss, you need to apply specific strategies involving these elements, as they play an essential role in making the change to healthy lifestyles.

Keywords: *Nutritional Counseling, Outpatient nutrition, Nutritional Counseling and treatment effectiveness*

Introduzione

Per mantenere uno stile di vita sano e ridurre il peso in eccesso non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione, né le semplici prescrizioni di diete o programmi di attività fisica regolare; riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stile di vita non salutari.

La comunicazione è lo strumento essenziale utilizzato dagli operatori della salute che hanno come obiettivo la promozione di comportamenti corretti e la modifica di comportamenti a rischio sia dei singoli soggetti sia della collettività in genere.

In ambito sanitario, in alcuni momenti del colloquio, l'uso di abilità di counseling può risultare particolarmente efficace: nell'accoglienza degli utenti, nell'ascolto attivo dei loro bisogni, nella loro educazione a comportamenti di salute, nell'aiutare la persona ad accettare e mantenere uno stile di vita sano, nel supporto ai pazienti nel percorso di malattia (dall'accettazione alla compliance ai trattamenti).

Definire il counseling non è cosa semplice in quanto esistono diversi modelli teorici e scuole di pensiero. Una possibile definizione generale è che il counseling è un processo che pone in relazione un professionista (il counsellor) con un'altra persona (il cliente) che sente l'esigenza di essere supportata nella gestione di un problema o di una decisione. Il counseling si configura come un intervento professionale, basato su abilità di comunicazione e di relazione, che accoglie

una richiesta di un singolo, di una coppia, di una famiglia per essere affiancati nella ricognizione delle informazioni necessarie per fronteggiare un problema, nella ricerca di risorse concrete da utilizzare per far fronte a cambiamenti, nella valutazione di scelte non semplici e a volte contrastanti. Il counsellor non offre consigli, non indica soluzioni, tanto meno sviluppa percorsi psicoterapeutici: la qualità specifica del suo lavoro è affiancare la persona che chiede aiuto nella ricerca di ipotesi, di possibili strade di modifica di situazioni ormai diventate faticose e fonte di disagio. Obiettivo dell'intervento è attivare nel cliente capacità e risorse per riorganizzare le informazioni possedute e intraprendere un percorso di cambiamento verso gli obiettivi che vede possibili e realizzabili. L'autoefficacia e l'empowerment del cliente rappresentano i presupposti su cui si basa un intervento di counselling, che supporta il cliente nella ricerca di nuovi comportamenti attraverso un processo decisionale di cui rimane autore e gestore¹.

La maggior parte degli studi e degli strumenti di valutazione della motivazione al cambiamento utilizzati nel lavoro clinico e di ricerca è stata sviluppata nel campo dell'uso di sostanze in generale e in alcologia in particolare. Questi strumenti fanno riferimento più o meno direttamente al concetto di *Disponibilità al Cambiamento* secondo quanto illustrato da Prochaska e Di Clemente nel loro noto modello degli stadi del cambiamento (Figura 1)² La valutazione della *Disponibilità al Cambiamento* avviene più semplicemente mediante la allocazione del soggetto in uno *stadio prevalente* e in modo più articolato mediante la creazione di un *profilo* che descrive il "peso" delle componenti tipiche dei diversi stadi nella rappresentazione del problema. In questo modo si ottiene una valutazione della presenza della consapevolezza del problema (le *ragioni* del cambiamento) la volontà/decisione di cambiare (l'*impegno* verso il cambiamento) e il concreto attuarsi di modificazioni del comportamento (le *azioni* di cambiamento).

È anche noto che alcuni specifici "*fattori*" che influenzano significativamente il movimento lungo gli stadi, e fra questi in particolare sono stati identificati da³ due fattori, la *Frattura interiore* e l'*Autoefficacia*, che modificandosi nel tempo influenzano la *Disponibilità al cambiamento*, costituendo elementi dinamici molto rilevanti nella clinica.

Con il termine *Frattura Interiore*⁴ viene indicata la dolorosa percezione di una contraddizione tra ciò che una persona è e ciò che vorrebbe (o potrebbe, o dovrebbe) essere, in rapporto alla personale immagine di sé, al proprio sistema di valori e alle conseguenti mete ed aspirazioni; il confronto fra l'obiettivo che

si intende perseguire e percezione della propria condizione attuale viene considerato un importante elemento motivante⁵. Comportamenti e condizioni contraddittorie con la propria immagine (ideale) di sé vengono percepite come “minacce” che devono essere in qualche modo ridotte⁶ con una modificazione del comportamento e/o della sua rappresentazione.

La valutazione della *Frattura Interiore* può essere effettuata considerando sia le preoccupazioni, le insoddisfazioni della situazione attuale (il *bisogno* di cambiare) sia il valore e l'importanza che il cambiamento ha rispetto alle proprie mete personali (il *desiderio* di cambiare).

L'importanza del senso di *Autoefficacia*⁷ nei processi di cambiamento è sostenuta da una letteratura scientifica molto vasta; la fiducia di una persona nelle proprie capacità di conseguire e mantenere uno specifico obiettivo è considerato un fattore predittivo molto importante anche nel campo dei problemi legati all'uso di sostanze⁸.

La valutazione della *Autoefficacia* è per lo più effettuata attraverso una stima della propria capacità di fronteggiare situazioni ad alto rischio; si utilizzano prevalentemente strumenti che esplorano situazioni predeterminate^{9,10} o con interviste semi-strutturate¹¹. Da queste valutazioni si ottiene una stima delle capacità percepite dal paziente (la *fiducia* nel proprio cambiamento).

L'integrazione della descrizione della motivazione al cambiamento in un “modello a tre fattori” appare quindi di chiara utilità clinica, da quanto esposto in precedenza; è altrettanto utile poter disporre di strumenti, di facile somministrazione, che arricchiscano la valutazione della *Disponibilità al cambiamento* (Consapevolezza, Impegno, Azioni) con la contemporanea considerazione della *Frattura Interiore* (Bisogno e Desiderio) e dell'*Autoefficacia* (Fiducia). Le ricerche italiane nel campo della valutazione della motivazione al cambiamento si sono sviluppate da circa 15 anni a partire da un questionario, denominato MAC, in grado di fornire una valutazione sincronica dei tre fattori, validato nella versione per eroina¹² e per il fumo di tabacco¹³. Le esperienze di utilizzo delle precedenti versioni del MAC hanno condotto ad una successiva versione del questionario, denominata MAC2, validato nella forma per uso di alcol^{14,15}.

Lo studio ha avuto 2 Obiettivi:

- 1) Costruire un modello di cartella individuale per i pazienti che accedono agli Ambulatori nutrizionali.
- 2) Valutare l'efficacia degli interventi di consulenza nutrizionale degli AN dei SIAN di 4 Aziende Sanitarie Locali (ASL) piemontesi (ASL TO4, ASL TO5, ASL AL ed ASL NO).

I risultati attesi sono stati:

- 1) Valutare l'efficacia della consulenza nutrizionale attraverso il cruscotto degli indicatori definiti “ad hoc” nella cartella individuale (tasso di abbandono; perdita di peso a 3, 6 e 12 mesi; cambiamento comportamentale - alimentare, attività fisica, entrambi).
- 2) Misurare lo stadio motivazionale del paziente per realizzare l'intervento nutrizionale più adatto ed efficace.

Materiali e metodi

Il progetto, finanziato dalla Regione Piemonte, ha valutato l'efficacia degli interventi di consulenza nutrizionale attraverso l'utilizzo delle tecniche del counseling motivazionale (CM), finalizzato all'aumento della motivazione al cambiamento di stili di vita non salutari.

Lo studio realizzato è stato di tipo quasi - sperimentale con 3 ambulatori nutrizionali (AN) che hanno arruolato i pazienti da sottoporre a consulenza nutrizionale tradizionale avvalendosi delle tecniche di Counseling motivazionale (Trattamento sperimentale - *Intervento - CM*) rappresentando il “Gruppo sperimentale” (GS - Casi) e 1'ambulatorio che ha reclutato i pazienti sottoposti soltanto a consulenza nutrizionale tradizionale (Trattamento standard - *CN*) rappresentando il “Gruppo di controllo” (GC - Controlli). Ogni paziente è stato seguito nel tempo: una prima visita di arruolamento e quattro successive visite di controllo. La sperimentazione, condotta tra settembre 2009 e dicembre 2011, è stata strutturata in 5 stadi sulla base dell'organizzazione negli AN della CN (Figura 2):

- ❖ **STADIO 1 - t_0 :** Visita (Vs);
- ❖ **STADIO 2 - t_1 :** Primo Controllo (Controllo 1) è stato eseguito dopo 1 mese dalla Visita;
- ❖ **STADIO 3 - t_2 :** Secondo Controllo (Controllo 2) è stato eseguito dopo 2 mesi dalla Visita;
- ❖ **STADIO 4 - t_3 :** Terzo Controllo (Controllo 3) è stato eseguito dopo 4 mesi dalla Visita;
- ❖ **STADIO 5 - t_4 :** Quarto Controllo (Controllo 4) è stato eseguito dopo 6 mesi dalla Visita;

Alla “Visita” sono stati reclutati dagli operatori sanitari (OS) degli AN i pazienti eleggibili, nell'arco di 6 mesi sono seguiti i successivi controlli. Gli operatori sanitari dei SIAN delle ASL del “Gruppo sperimentale” sono stati formati sul CM e sull'utilizzo e sull'interpretazione di alcuni strumenti per valutare nei pazienti reclutati la motivazione al cambiamento verso corrette abitudini alimentari e regolare attività fisica (Test EMME 3 AI: MAC2-AL e EMME 3 AF: MAC2-AF); pertanto hanno espletato la consulenza

nutrizionale tradizionale avvalendosi delle tecniche di CM (Trattamento sperimentale - *Intervento* - **CM**). Mentre gli operatori sanitari dei SIAN della ASL del “Gruppo di controllo” hanno espletato soltanto la consulenza nutrizionale tradizionale (Trattamento standard - **CN**).

Lo studio condotto è stato di tipo quasi - sperimentale (senza attribuzione casuale dei pazienti nei 2 Gruppi):

Pre Intervento Post

Gruppo sperimentale

(ASL TO5, ASL AL, ASL TO4

O X O

Gruppo di controllo

(ASL NO)

O O

dove:

O= *Rilevamento di peso, altezza, calcolo del BMI, abitudini alimentari, attività fisica, motivazione al cambiamento.*

X= *Counseling motivazionale (CM)*

Nello **STADIO 1 - Visita**: gli operatori sanitari degli AN dei SIAN delle 4 ASL hanno somministrato prima della Visita il test EMME3 AL (VMC-AL) ed EMME3 AL (VMC-AF), durante la Visita la Cartella individuale del paziente, dopo la Visita test EMME3 AL (MAC 2R-AL) ed EMME3 AL (MAC 2R-AF).

Nello **STADIO 2 - Primo Controllo (Controllo 1)**: gli operatori sanitari degli AN dei SIAN delle 4 ASL hanno somministrato durante il Controllo 1 la Cartella individuale del paziente, dopo il Controllo 1 il Questionario CLICO.paziente.

Nello **STADIO 3 - Secondo Controllo (Controllo 2)**: gli operatori sanitari degli AN dei SIAN delle 4 ASL hanno somministrato durante il Controllo 2 la Cartella individuale del paziente, dopo il Controllo 2 il test EMME3 AL (MAC 2R-AL), EMME3 AL (MAC 2R-AF) ed infine il Questionario CLICO.paziente.

Nello **STADIO 4 - Terzo Controllo (Controllo 3)**: gli operatori sanitari degli AN dei SIAN delle 4 ASL hanno somministrato durante il Controllo 3 la Cartella individuale del paziente, dopo il Controllo 3 il Questionario CLICO.paziente.

Nello **STADIO 5 - Quarto Controllo (Controllo 4)**: gli operatori sanitari degli AN dei SIAN delle 4 ASL hanno somministrato durante il Controllo 4 la Cartella individuale del paziente, dopo il Controllo 4 il test EMME3 AL (MAC 2R-AL), EMME3 AL (MAC 2R-AF) ed infine il Questionario CLICO.paziente.

Il disegno di studio è stato strutturato anche seguendo i suggerimenti indicati nel documento CONSORT (AIRAS, 2013) (Figura 3).

I pazienti degli AN, per poter partecipare alla ricerca, hanno dovuto soddisfare i seguenti requisiti di inclusione:

- ✓ *maggiore età;*
- ✓ *manca di Disturbi del Comportamento Alimentare e patologie psichiatriche gravi che alterino il rapporto con la realtà;*
- ✓ *capacità cognitive conservate per comprendere e rispondere al Test EMME3;*
- ✓ *possibilità di continuare il percorso in ambulatorio per almeno 6 mesi.*

L'attività degli AN è stata considerata efficace se ha ottenuto i seguenti risultati: per i normopeso non aumentare di peso, per sovrappeso e obesi riduzione di almeno il 5% nel periodo che è andato dalla prima visita al quarto controllo (6 mesi, con un minimo di 5 e un massimo di 8). Questa definizione ha permesso di distinguere gli esiti dei trattamenti in “Successi” e “Insuccessi”. Sono state realizzate distribuzioni di frequenza sulle principali variabili socio-demografiche e sugli stili di vita dei soggetti arruolati e analisi della varianza per valutare le differenze nei punteggi del BMI tra GS e GC nei diversi tempi dello studio.

I pazienti sono stati reclutati presso gli AN dei SIAN delle 4 ASL tra i soggetti che hanno prenotato la consulenza nutrizionale per la prima volta e che hanno risposto ai requisiti di inclusione. Sono stati esclusi quei soggetti che hanno chiesto un unico appuntamento per avere uno schema dietetico o dei consigli alimentari. I pazienti eleggibili sono stati reclutati dagli operatori sanitari degli AN nei seguenti periodi:

- AN della ASL NO nel periodo compreso tra il 22 marzo 2010 a fine marzo 2011;
- AN della ASL TO5, ASL AL, ASL TO4 nel periodo compreso tra maggio 2010 a fine marzo 2011.

Strumenti di rilevazione

Ad ogni incontro sono state rilevate informazioni attraverso diversi strumenti.

Gli aspetti indagati sono stati: 1) *Disponibilità al cambiamento*, 2) *Fattori motivazionali*, 3) *BMI* e 4) *Stili di vita alimentari e fisici*.

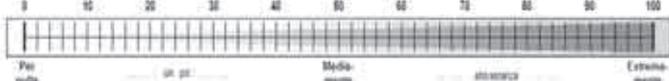
È stato costruito “ad hoc” un modello di **cartella individuale informatizzato** (CI) suddiviso in 7 sezioni per raccogliere le informazioni sui pazienti e valutare l'efficacia degli interventi di CN.

L'**EMME3 AL/AF** è un set di strumenti per la valutazione della motivazione al cambiamento verso abitudini alimentari corrette ed una regolare attività fisica.

È stato suddiviso in due insiemi di strumenti, EMME3 AL (alimentazione) e EMME3 AF (attività fisica). Per la ricerca è stato utilizzato:

- **Il set di Scale centesimali VMC** (che può essere

“AL” o “AF”). Esso è stato articolato in 6 domande a cui si può rispondere su scala analogica centesimale e ha valutato i fattori di: *Frattura Interiore*, *Auto Efficacia*, *Disponibilità al cambiamento*, *Stabilizzazione del cambiamento*, *Tentazione*, *Importanza*.



- **Il questionario MAC2R** (che può essere “AL” o “AF”). Esso è stato articolato in 18 frasi a cui si risponde su scala Likert a 7 livelli (da 0 a 6) finalizzato alla valutazione di 9 fattori (2 item per fattore): *Precontemplazione*, *Contemplazione*, *Determinazione*, *Azione*, *Mantenimento*, *Auto Efficacia*, *Tentazione*, *Frattura Interiore*, *Importanza*.



Gli strumenti hanno fornito una valutazione della presenza nel paziente dei seguenti aspetti:

- **Precontemplazione (P)**. Le persone con aspetti prevalenti di Precontemplazione non sono disposte o non ritengono opportuno attuare cambiamenti significativi nel loro stile di vita (abitudini alimentari/attività fisica): non prestano attenzione al comportamento in questione e per loro non è un problema. Non si presentano di solito spontaneamente per richiedere un intervento terapeutico ed eventuali contatti sono dovuti ad invii da parte del medico di base o di specialisti.
- **Contemplazione (C)**. Le persone con aspetti prevalenti di Contemplazione sono fondamentalmente indecise; possono richiedere una consultazione e provare ad attuare qualche cambiamento, ma non hanno ancora “maturato” una reale decisione a modificare il comportamento non salutare.
- **Determinazione (D)**. Le persone con aspetti prevalenti di Determinazione sono in prossimità della “soglia decisionale”, sono “pronte” ad attuare il cambiamento; ricercano e si aspettano di ricevere indicazioni concrete e consigli per attuare il passo voluto.
- **Azione (A)**. Le persone con aspetti prevalenti di Azione hanno modificato da poco (non più di sei mesi) il comportamento non salutare e si ritengono ancora impegnate a consolidare i cambiamenti introdotti (abitudini alimentari corrette/stile di vita attivo).
- **Mantenimento (M)**. Le persone con aspetti prevalenti di Mantenimento hanno introdotto da tempo (almeno sei mesi) il comportamento salutare e si stanno impegnando nel consolidare questa scelta.
- **Auto Efficacia (AE)**. Le persone che hanno elevati

punteggi nella scala di Autoefficacia hanno fiducia nella propria capacità di raggiungere o mantenere il comportamento salutare introdotto. Pensano cioè che questo obiettivo sia alla loro portata e che sia possibile raggiungerlo con le risorse personali e ambientali a disposizione.

- **Tentazione (TE)**. Le persone che hanno elevati punteggi in questa scala provano una forte attrazione o piacere verso il comportamento non salutare (vita sedentaria, piaceri del cibo). La tentazione misura l’attrazione che l’oggetto esercita e non invece la debolezza di fronte all’oggetto.
- **Frattura Interiore (FI)**. Le persone che hanno elevati punteggi in questa scala si dichiarano insoddisfatte nei riguardi del comportamento considerato. Sono preoccupate dello stato delle cose e ne temono possibili ripercussioni sulla propria qualità di vita.
- **Importanza (I)**. Chi ha elevati punteggi in questa scala dà molto valore al comportamento corretto considerato e pensa che questo sia fondamentale per il suo benessere. L’importanza attribuita al risultato desiderato è considerata un fattore determinante sia nelle fasi che precedono, sia nelle fasi che seguono il cambiamento.
- **Disponibilità al cambiamento (DC)**. È un costrutto significativo nelle fasi che precedono il cambiamento e indica l’atteggiamento favorevole al cambiamento e la probabilità di attivarsi in quella direzione.
- **Stabilizzazione (ST)**. È un costrutto significativo nelle fasi che seguono il cambiamento. Indica il grado di acquisizione e radicamento della nuova condizione.

Come tutti i questionari di valutazione anche l’EMME3 AL/AF ha necessitato di alcune accortezze nella somministrazione per garantire l’attendibilità dei risultati. Si è dovuto garantire una sufficiente privacy alle persone a cui si è chiesto la compilazione del questionario, offrendo un ambiente comodo e silenzioso e privo di elementi di distrazione.

L’EMME3 AL/AF è stato studiato per poter essere compilato autonomamente dal soggetto dopo una breve illustrazione delle sue caratteristiche. Nel caso in cui un paziente ha avuto bisogno di aiuto, è stato fornito supporto attraverso la lettura insieme alla persona delle frasi ed è stato accertato la loro corretta interpretazione, fornendo eventualmente semplici spiegazioni. Sono state fornite dagli operatori sanitari degli AN dei SIAN, in questi casi, delle indicazioni il più possibile neutre ed essenziali, per evitare di alterare significativamente il senso letterale delle frasi. Alla fine della somministrazione è stato controllato, che non vi siano state delle omissioni. Questo con-

trollo finale è stato effettuato in presenza del soggetto, allo scopo di poter inserire eventuali dati mancanti altrimenti non più recuperabili.

Con questi strumenti si è voluto valutare in termini di efficacia in che misura sono variati alcuni parametri dopo l'intervento di CM rispetto alla CN.

Analisi statistiche

Sono state realizzate distribuzioni di frequenza relativa e indicatori di tendenza centrale sulle principali variabili socio-demografiche e sugli stili di vita dei soggetti arruolati. Per valutare le differenze nei punteggi del BMI nel GS e nel GC nei diversi tempi dello studio è stata utilizzata l'analisi della varianza. Con il test post hoc di Bonferroni è stato valutato sia per il GS che per il GC tra quali tempi dello studio le differenze nella riduzione del BMI sono risultate statisticamente significative.

I diversi items che compongono le scale motivazionali sono stati ricondotti a punteggi sintetici e sono state calcolate le differenze nei punteggi tra t_0 e t_4 nei due gruppi. Le differenze così ottenute sono state sottoposte al t-test per valutare se ci fosse una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

Sempre con il t-test sono stati valutati alcuni cambiamenti del profilo motivazionale in funzione del "Successo" o "Insuccessi" nella perdita del peso sia nel GS che nel GC.

Le analisi statistiche sono state condotte con il software Sas System 9.2, moduli Base e Stat.

Risultati

Sono stati reclutati 712 pazienti distribuiti negli AN delle 4 ASL partecipanti (452 nel GS e 260 nel GC). Il tasso di abbandono è stato del 64,2% senza apprezzabili differenze tra i 4 AN. Soltanto 255 (154 "Casi" e 101 "Controlli") soggetti hanno concluso il percorso al 31 dicembre 2011 (Tabella I). Per tutte le variabili raccolte alla prima visita non si rilevano differenze apprezzabili tra i 2 gruppi. L'età media dei partecipanti è stata di 47,5 (ds 12,6), l'81% erano donne. Alla prima visita le donne pesavano in media 80 kg (ds 14) con BMI 31,6 (ds 5,4), gli uomini 92 kg (ds 15) con BMI 30,9 (ds 4,3) (Tabella II). L'87,4% ha consumato la prima colazione (tra questi, il 38,1% in modo inadeguato da un punto di vista calorico). Il 45% e il 54,5% hanno consumato due o più porzioni al giorno rispettivamente di verdura e frutta. Lo stile alimentare più frequente è stato "spiluccare" (41,2%), seguito da "scelta non equilibrata degli alimenti" (38,4%). Il 43,8% non ha svolto alcun tipo di attività fisica e il 29,5% ne ha svolto per meno di 30 minuti al giorno.

Il confronto della variazione del BMI tra soggetti trattati con CM e soggetti trattati con CN ha rappresentato un risultato importante nella valutazione dell'efficacia del CM: nei 154 soggetti esposti al trattamento con il CM il BMI è passato da un valore medio di 31,5 alla visita (t_0) ad un valore medio di 29,7 al quarto controllo (t_4), la diminuzione di 1,8 punti di BMI è statisticamente significativa già al t_3 rispetto al t_0 . Nei 101 soggetti esposti al trattamento con la CN il BMI è passato da un valore medio di 31,4 alla visita (t_0) a un valore medio di 29,9 al quarto controllo (t_4), la diminuzione di 1,5 punti di BMI non è statisticamente significativa (Tabella III).

Nell'analisi rispetto alla Disponibilità al cambiamento sia per Alimentazione che per Attività fisica non sono risultate differenze statisticamente significative tra GS e GC: sia per alimentazione che per attività fisica i punteggi medi di Disponibilità al cambiamento sono stati superiori nei "Successi" (48,9 per alimentazione, 39,6 per attività fisica) rispetto agli "Insuccessi" (26,4 per alimentazione, 21,9 per attività fisica), tali differenze sono risultate statisticamente significative ($p < 0,05$). All'interno dei singoli gruppi, invece, non sono risultate differenze statisticamente significative tra soggetti esposti al trattamento con il CM e soggetti esposti al trattamento con la CN (Tabella IV).

Dei quattro Fattori motivazionali (Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia) analizzati nei "Casi" e nei "Controlli", sia per l'Alimentazione che per l'Attività fisica, è risultato che la Frattura Interiore e la Tentazione sono diminuite mentre l'Autoefficacia e l'Importanza sono aumentate (con la sola eccezione dell'Importanza per l'Alimentazione nei "Controlli" che è invece diminuita). Le differenze di tali punteggi non differiscono in modo statisticamente significativo tra "Casi" e "Controlli", pertanto non si è potuto affermare che il CM sia stato più efficace del CN nel modificare il prospetto dei 4 Fattori motivazionali.

Discussione

Dall'analisi dei risultati ottenuti dalla elaborazione dei diversi items contenuti negli strumenti di rilevazione (Cartella individuale del paziente e TEST EMME3 AF e AF), è emerso che del totale dei soggetti reclutati (712 soggetti reclutati) presso gli Ambulatori dei SIAN partecipanti alla ricerca soltanto il 36% (255 soggetti reclutati) ha concluso lo studio, di questi 154 sono stati sottoposti a consulenza nutrizionale tradizionale avvalendosi delle tecniche di Counseling motivazionale (Trattamento sperimentale - Intervento - CM) rappresentando il "Gruppo speri-

mentale” (GS - Casi) e 101 pazienti sono stati sottoposti soltanto alla Consulenza nutrizionale tradizionale (Trattamento standard - CN) rappresentando il “Gruppo di controllo” (GC - Controlli). Il Tasso di abbandono (Drop-out rate) è stato del 64%, superiore a quello riportato in letteratura scientifica¹⁶.

La bassa numerosità dei soggetti reclutati e, quindi, di quelli che hanno concluso lo studio ha fatto diminuire la potenza statistica dei risultati ottenuti.

Nella ricerca sono stati calcolati i valori medi di BMI separatamente per “Casi” e “Controlli” in tutti gli stadi dello studio in cui tale parametro è stato misurato (t_0, t_1, t_2, t_3, t_4). Nei 154 “Casi” il BMI è passato da un valore medio di 31,5 alla visita (t_0) ad un valore medio di 29,7 al quarto controllo (t_4). La diminuzione di 1,8 punti di BMI registrata nei “Casi” è risultata statisticamente significativa già al t_3 rispetto al t_0 . Nei 101 “Controlli” il BMI è passato da un valore medio di 31,4 alla visita (t_0) a un valore medio di 29,9 al quarto controllo (t_4). La diminuzione di 1,5 punti di BMI registrata nei “Controlli” non è risultata statisticamente significativa.

Sia nei “Casi” che nei “Controlli” è stata osservata una diminuzione media del BMI tra t_0 e t_4 , la diminuzione media nei “Casi” (1,8 punti di BMI) è stata superiore rispetto a quella nei “Controlli” (1,5 punti di BMI); quindi sembrerebbe che il CM sia stato più efficace del CN. Però i dati in nostro possesso non hanno consentito di affermare che la differenza della diminuzione media del BMI tra “Casi” e “Controlli” sia stata statisticamente significativa, quindi non si è potuto affermare che il CM sia stato più efficace del CN nel ridurre il BMI.

Anche una recente revisione sistematica e meta-analisi di studi randomizzati e controllati¹⁷, che ha valutato negli adulti in sovrappeso o obesi quanto hanno potuto incidere gli interventi di Counseling motivazionale sul cambiamento del proprio comportamento riguardo al controllo del peso; ha suggerito che il Counseling motivazionale sembra aumentare la perdita di peso nei pazienti in sovrappeso ed obesi. In tale revisione sistematica il Counseling motivazionale è stato associato ad una maggiore riduzione del BMI rispetto ai controlli, c'è stata una significativa riduzione del peso corporeo nei soggetti appartenenti al gruppo sottoposto ad intervento di Counseling motivazionale rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Nella nostra ricerca sono stati analizzati anche la Disponibilità al cambiamento ed i quattro Fattori motivazionali: Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia, che influenzano in modo rilevante il movimento lungo le varie fasi del cambiamento (precontemplazione, contemplazione, prepara-

zione, azione e mantenimento), e fra questi in particolare sono stati identificati da Miller e Rollnick³ due fattori, la Frattura interiore e l'Autoefficacia, che modificandosi nel tempo influenzano la Disponibilità al cambiamento, costituendo elementi dinamici molto rilevanti nella clinica.

Dall'analisi complessiva dei risultati riguardanti la Disponibilità al cambiamento ed i quattro Fattori motivazionali (Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia), si è potuto osservare che all'aumentare dei punteggi medi registrati nella valutazione della Disponibilità al cambiamento, ci è sembrato aumentare parallelamente l'efficacia del trattamento. Quindi si può concludere che chi ha perso peso, all'interno di un trattamento, ha visto modificare alcuni parametri motivazionali:

- sono aumentati la Disponibilità al cambiamento (e quindi al trattamento), l'Autoefficacia (intesa come la fiducia di una persona nelle proprie capacità di conseguire e mantenere uno specifico obiettivo, è considerato un fattore predittivo molto importante anche nel campo dei problemi legati all'uso di sostanze^{8,9}, e l'Importanza (intesa come il grado di investimento di valori e obiettivi);
- mentre sono diminuite la Frattura interiore (intesa come la dolorosa percezione di una contraddizione tra ciò che una persona è e ciò che vorrebbe) e la suscettibilità alle Tentazioni.

Inoltre nella nostra ricerca è stata analizzata la Disponibilità al cambiamento in funzione dell'Esito del trattamento, il campione dei pazienti reclutati che hanno concluso lo studio è stato suddiviso in 2 gruppi: “Successi” e “Insuccessi”; un soggetto è rientrato nel gruppo dei “Successi” se nel periodo che è andato dalla prima Visita al quarto Controllo (6 mesi: minimo 5 e massimo 8 mesi) ha visto:

- il suo peso ridursi di almeno il 5% (per sovrappeso e obesi);
- il suo peso non è aumentato (per i normopeso).

I “Successi” si sono ottenuti nel 45,5% del campione dei pazienti reclutati che hanno concluso lo studio, in particolare sono risultati maggiori nei “Casi” (46,7%) rispetto ai “Controlli” (43,6%).

Sia per l'Alimentazione che per l'Attività fisica i punteggi medi di Disponibilità al cambiamento sono risultati superiori nei “Successi” rispetto agli “Insuccessi”. Tali differenze sono risultate statisticamente significative. Quindi si può affermare che all'aumentare dei punteggi registrati nella valutazione della Disponibilità al cambiamento è aumentata l'efficacia del trattamento. In altre parole maggiore è stata la motivazione al cambiamento, migliori sono stati i risultati ottenuti in termini di riduzione del peso.

Non si sono registrate differenze statisticamente significative tra “Casi” e “Controlli”, pertanto non si è potuto affermare che il CM sia stato più efficace del trattamento tradizionale nell’aumentare i punteggi medi di Disponibilità al cambiamento tra t_0 e t_4 sia per i “Successi” che per gli “Insuccessi”.

Infine nella nostra ricerca è stata analizzata la variazione dei quattro Fattori motivazionali (Importanza, Frattura Interiore, Tentazione e Autoefficacia) in funzione dell’Esito del trattamento (“Successi” e “Insuccessi”). La maggior parte dei Fattori motivazionali sia per l’Alimentazione che per l’Attività fisica sono variati in modo considerevole tra “Successi” e “Insuccessi”; però le differenze tra i due gruppi (“Successi” e “Insuccessi”) sono risultate statisticamente significative soltanto nell’ambito dell’Alimentazione, in particolare:

- È aumentata l’Importanza per l’Alimentazione nei “Successi”;
- È diminuita la Frattura Interiore per l’Alimentazione nei “Successi”;
- È diminuita la Tentazione per l’Alimentazione nei “Successi”;
- È aumentata l’Autoefficacia per l’Alimentazione nei “Successi”.

Tra “Casi” e “Controlli” non sono emerse mai differenze statisticamente significative dei valori medi dei 4 fattori motivazionali sia per Alimentazione che per Attività fisica.

Quindi si può affermare alla luce di tali risultati che, quando si attiva un trattamento volto al controllo e alla perdita del peso, è necessario applicare strategie specifiche che coinvolgano questi elementi, in quanto essi giocano un ruolo essenziale nel produrre il cambiamento verso corretti stili di vita.

Le considerazioni che sono emerse dall’analisi dei risultati riguardanti la Disponibilità al cambiamento e fattori motivazionali con i relativi effetti sugli stili di vita dei soggetti reclutati che hanno concluso lo studio, sono suggerite anche da una recente ricerca scientifica¹⁸, che evidenzia come il Counseling motivazionale fornito come componente indipendente in aggiunta ad un programma comportamentale di perdita di peso può aumentare la perdita di peso e probabilmente esercita i suoi effetti benefici attraverso la valorizzazione dell’impegno del soggetto al trattamento e ad adottare le raccomandazioni comportamentali.

La nostra ricerca è stata l’espressione delle esigenze condivise dai professionisti dei SIAN piemontesi di lavorare insieme per migliorare la qualità, l’appropriatezza e l’efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale oltre che favorire un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto

costi/benefici; queste esigenze hanno portato ad un cammino comune fatto insieme e che si è concluso con i risultati della stessa ricerca.

1. REGIONE PIEMONTE. Sanità. Pubblicazioni. L’attività ambulatoriale di nutrizione e le abilità di counselling. Linee di indirizzo, 2010.
2. Prochaska J.O.; DiClemente C.C. Transtheoretical Therapy: Toward a more Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288.
3. Miller W.R. and Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Centro Studi Erickson, Trento, 2004.
4. Miller W.R. Motivational Interviewing with Problem Drinkers *Behav Psychoth*, 1983; 11: 147-172.
5. Kanfer F.H. Self regulation and behavior. In: Hechhausen H, Gollwitzer P.M., Weinert F.E. (eds) *Jenseits des Rubikon*, Heidelberg, Springer-Verlag. 1987; 286-299.
6. Steele C.M. The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In: Berkowitz L (ed) *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press, New York, 1988: 261-302
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*, 1977; 84: 191-215.
8. Rollnick S., Heather N. The Application of Bandura’s Self Efficacy Theory to Abstinence Oriented Alcoholism Treatment. *Addict Behav*, 1982; 7: 243-250.
9. DiClemente C.C. Carbonari J.P., Montgomery R.P.G., Hughes S.O. The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *J Stud Alcohol*, 1994; 55: 141-148.
10. Annis H.M., Sklar S.M., Turner N.E. The Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ): User’s Guide Addiction Research Foundation, Toronto, 1997.
11. Miller K.J. McCrady B.S., Abrams D.B., Labouvie E.W. Taking an Individualized Approach to the Assessment of Self Efficacy and the Prediction of Alcoholic Relapse. *J Psychopathol Behav*, 1994; 16: 11-20.
12. Spiller V., Guelfi G.P. La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E (Assessing Motivation for Change in Heroin Addicts: the MAC/E Questionnaire)”. *Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo (Italian Journal on Drug Addiction and Alcoholism)*, 1988; 21: 7-16.
13. Guelfi G.P., Spiller V., Scaglia M. La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: il questionario MAC/T. *Atti del Convegno: “A fuoco il fumo”, 1° Congresso Nazionale sul Tabagismo, Padova, 30 Sept - 2 Oct 1999.*
14. Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. Assessing Motivation for Change in Subjects with Alcohol Problems: The MAC2-A Questionnaire. *Alcohol Alcoholism*, 2006; 41: 616-623.
15. Spiller V., Scaglia M., Meneghini S., Vanzo A. Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two set of instruments *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, 2009; 2: 41-47.
16. Melin I., Reynisdottir S., Berglund L., Zamfir M., Karlström B. Conservative treatment of obesity in an academic obesity unit. Long-term outcome and drop-out. *Eating and Weight Disorders*. 2006; 11 (1): 22-30.
17. Armstrong M.J., Mottershead T.A., Ronksley P.E., Sigal R.J., Campbell T.S., Hemmelgarn B.R. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*. 2011; 2 (9): 709-23.
18. DiLillo V., West D. S. Motivational interviewing for weight loss. *The Psychiatric Clinics North America*, 2011; 34 (4): 861-9.

Figura 1. Modelli degli stadi del cambiamento di Prochaska (REGIONE PIEMONTE. Sanità. Pubblicazioni. L'attività ambulatoriale di nutrizione e le abilità di counselling. Linee di indirizzo, 2013)



Figura 2. Disegno dello studio

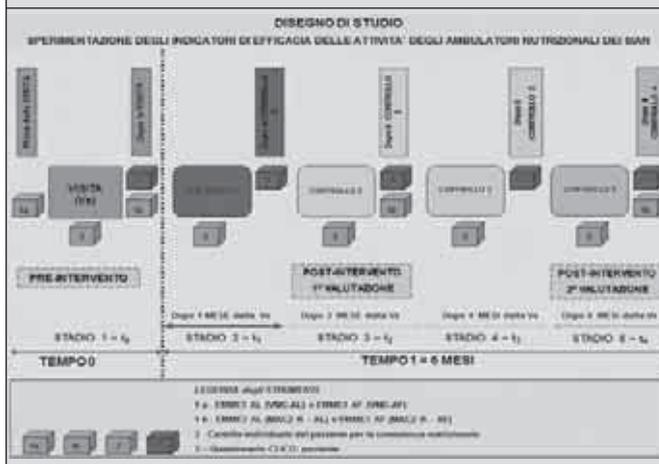


Tabella 1. Numerosità campionaria

	ASL TO5	ASL AL	ASL TO4	ASL NO	TOTALE
	Gruppo Sperimentale (GS - Casi)			Gruppo di Controllo (GC - Controlli)	
Pazienti reclutati	225	88	139	260	712
Pazienti che hanno concluso lo studio al 31/12/2011	68	31	55	101	255
Tasso di abbandono (%)	69,8	64,8	60,4	61,2	64,2

Tabella 2. Dati antropometrici alla Visita dei pazienti che hanno concluso lo studio, divisi per sesso

sesto	n ° oss.	variabile	media
F	206	peso Kg	79,8
		altezza m	1,59
		BMI	31,6
M	49	peso Kg	92
		altezza m	1,72
		BMI	30,9

Figura 3. Diagramma di flusso relativo alla successione delle fasi di uno studio randomizzato (reclutamento, assegnazione dell'intervento, follow-up ed analisi dei dati) secondo il documento CONSORT (Consolidated Standards or Reporting Trials) utilizzato per strutturare il disegno di studio del progetto di ricerca (AIRAS, 2013)

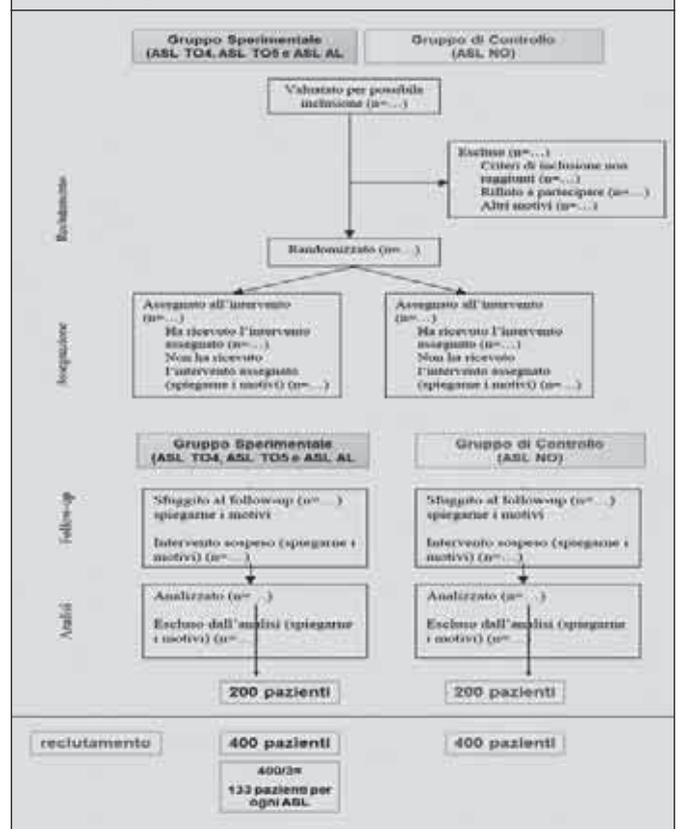


Tabella 3. Variazioni del BMI tra pazienti rappresentanti i "Casi" ed i "Controlli"

	BMI Visita (t ₀)	BMI 4° Controllo (t ₄)	Diminuzione media del BMI
GS - Casi	31,5	29,7	- 1,8*
GC - Controlli	31,4	29,9	- 1,5

Tabella 4. Disponibilità al cambiamento nei "Successi" e negli "Insuccessi"

	Punteggi medi della disponibilità al cambiamento	
	variazione dalla Visita (t ₀) al 4° Controllo (t ₄)	
	Alimentazione	Attività fisica
Successi	+ 48,9*	+ 39,6*
Insuccessi	+ 26,4*	+ 21,9*

PROPRIETÀ NUTRIZIONALI DEGLI AGRUMI

G. Pipicelli, A. L. Badolato

Gli agrumi sono molto importanti nella nostra alimentazione ed, infatti, entrano a pieno diritto nella Dieta Mediterranea.

Ricchi di antiossidanti sono un efficace presidio di protezione nelle malattie cardiovascolari e metaboliche.

Nelle diete ipocaloriche sono molto indicati in quanto contengono poche calorie e hanno un alto potere saziante.

Si consiglia di assumerli senza levare la cuticola esterna che si vede levando la buccia in quanto contiene fibre che hanno un effetto molto positivo nella regolazione intestinale.

Recenti studi internazionali stanno valutando le proprietà terapeutiche sostanze contenute negli agrumi nel trattamento delle neoplasie, delle infezioni batteriche e virali con risultati molto incoraggianti.

All'aumentare del livello degli ossidanti nelle arance, per esempio, aumentano i benefici sullo stato di salute dell'individuo.

Tra queste sostanze particolare valenza ha il β -carotene contenuto nella polpa delle arance come potente antiossidante nei processi in cui lo stress ossidativo è particolarmente presente.

Negli agrumi, in misura diversa a secondo del tipo di agrume stesso sono presenti molte sostanze antiossidanti tra cui flavonoidi, acidi fenolici. Tra i flavonoidi, nel corso di sperimentazioni scientifiche, l'Apigenina si è dimostrata la più efficace inducendo, nella patogenesi delle neoplasie pancreatiche, una morte delle cellule tumorali e una significativa riduzione della replicazione di queste cellule.

La polpa dell'arancia, fonte importante di vitamina C e flavonoidi, è inoltre un fattore cardiovascolare protettivo come dimostrato in uno studio condotto su 80 soggetti adulti affetti da osteoartrite.

Siccome tutti gli agrumi sono fonte importante di vitamina C e Flavonoidi va da sé che tale proprietà, seppur con le dovute differenze, può essere applicata a tutti gli agrumi.

Gli agrumi I.G.P. Calabresi sono le clementine e il limone di Rocca Imperiale.

Pur avendo in generale le caratteristiche e le proprietà nutrizionali proprie degli agrumi presentano alcune differenze che li caratterizzano.

Limone di Rocca Imperiale

Il limone è, tra gli agrumi, quello a più basso contenuto calorico. Ideale nelle diete ipocaloriche ma poco sfruttato come frutto per il suo gusto fortemente acido mentre viene molto consumato come bevanda molto dissetante (contiene meno di 20 calorie ogni 100 gr.). Ha il vantaggio di essere disponibile tutto l'anno per i molteplici usi che se ne fanno in cucina. Il limone di Rocca Imperiale si contraddistingue per essere molto succoso e la totale assenza di semi. È molto facile da sbucciare e la buccia viene utilizzata per produrre essenze per uso alimentare (limoncello) e nella preparazione di svariati tipi di dolci.

Clementine di Calabria

Prive di semi e facili da sbucciare contengono una quantità elevata di succo e polpa. La buccia, abbastanza spessa, è utilizzata per la produzione di oli essenziali.

Bibliografia

1. Crit Rev Food Sci Nutr. 2014; 54 (2): 225-50. doi: 10.1080/10408398.2011.581400. 1-An overview on chemical aspects and potential health benefits of limonoids and their derivatives. Tundis R, Loizzo MR, Menichini F. a Department of Pharmacy, Health and Nutritional Sciences, University of Calabria, I-87036 Rende (CS), Italy.
2. Plant Biotechnol J. 2014 Jan; 12 (1): 17-27. doi: 10.1111/pbi.12112. Epub 2013 Au Metabolic engineering of β -carotene in orange fruit increases its in vivo antioxidant properties. Pons E, Alquézar B, Rodríguez A, Martorell P, Genovés S, Ramón D, Rodrigo MJ, Zacarías L, Peña L. Centro de Protección Vegetal y Biotecnología, Instituto Valenciano de Investigaciones Agrarias (IVIA), Moncada, Spain.
3. Mol Nutr Food Res. 2013 Dec; 57 (12): 2112-27. doi: 10.1002/mnfr.201300307. Epub 2013 Aug 14. Flavonoid apigenin modified gene expression associated with inflammation and cancer and induced apoptosis in human pancreatic cancer cells through inhibition of GSK-3 β /NF- κ B signaling cascade. Johnson JL, de Mejia EG. Division of Nutritional Sciences, University of Illinois at Urbana-Champaign, IL, USA.
4. J Sci Food Agric. 2011 Sep; 91 (12): 2132-9. doi: 10.1002/jsfa.4428. Epub 2011 May Iron deficiency enhances bioactive phenolics in lemon juice. Mellisho CD, González-Barrio R, Ferreres F, Ortuño MF, Conejero W, Torrecillas A,

García-Mina JM, Medina S, Gil-Izquierdo A. Department of Irrigation, CEBAS-CSIC, PO Box 164, E-30100 Espinardo (Murcia), Spain.

5. Nutr J. 2008 May 20;7:16. doi: 10.1186/1475-2891-7-16. Phellodendron and Citrus extracts benefit cardiovascular

health in osteoarthritis patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. Oben J, Enonchong E, Kothari S, Chambliss W, Garrison R, Dolnick D. Laboratory of Nutrition & Nutritional Biochemistry, Department of Biochemistry, University of Yaounde I, Cameroon. juliusoben@hotmail.com

COMPOSIZIONE CHIMICA DEL LIMONE (per 100 gr.)	
Fonte I.N.R.A.N.	
Parte edibile (%):	54
Acqua (g):	89.5
Proteine (g):	0.6
Lipidi(g):	0
Colesterolo (mg):	0
Carboidrati disponibili (g):	2.3
Amido (g):	0
Zuccheri solubili (g):	2.3
Fibra totale (g):	1.9
Fibra solubile (g):	
Fibra insolubile (g):	
Alcol (g):	0
Energia (kcal):	11
Energia (kJ):	46
Sodio (mg):	2
Potassio (mg):	140
Ferro (mg):	0.1
Calcio (mg):	14
Fosforo (mg):	11
Magnesio (mg):	
Zinco (mg):	
Rame (mg):	
Selenio (µg):	
Tiamina (mg):	0.04
Riboflavina (mg):	0.01
Niacina (mg):	0.3
Vitamina A retinolo eq. (µg):	0
Vitamina C (mg):	50
Vitamina E (mg):	

COMPOSIZIONE CHIMICA DELLE CLEMENTINE (per 100 gr.)	
Fonte I.N.R.A.N.	
Parte edibile (%):	75
Acqua (g):	87.5
Proteine (g):	0.9
Lipidi(g):	0.1
Colesterolo (mg):	0
Carboidrati disponibili (g):	8.7
Amido (g):	0
Zuccheri solubili (g):	8.7
Fibra totale (g):	1.2
Fibra solubile (g):	
Fibra insolubile (g):	
Alcol (g):	0
Energia (kcal):	37
Energia (kJ):	155
Sodio (mg):	4
Potassio (mg):	130
Ferro (mg):	0.1
Calcio (mg):	31
Fosforo (mg):	18
Magnesio (mg):	
Zinco (mg):	
Rame (mg):	
Selenio (µg):	
Tiamina (mg):	0.09
Riboflavina (mg):	0.04
Niacina (mg):	0.3
Vitamina A retinolo eq. (µg):	12
Vitamina C (mg):	54
Vitamina E (mg):	

MARCIANISE E LA RANA

M. G. Delli Curti

Biologa nutrizionista

Cenni storici

Marcianise sorge nell'Acer Campanus, al centro di quella fertile pianura, già definita dagli antichi romani Leboriae Terrae, cioè Terra di Lavoro (Caserta). In tempi remoti questa pianura era attraversata dal fiume CLANIO che con il suo lento decorso, dovuto alla scarsa pendenza del territorio, in periodo di piena, spesso straripava e inondava tutto il circondario creando un immenso acquitrino, paludi, fossati di acqua stagnante e rivoli maleodoranti dove proliferavano rane, zanzare e malaria. Nella seconda metà del Settecento il Re di Napoli, Carlo III di Borbone, si preoccupò di bonificare questa zona, canalizzando le acque stagnanti verso il mare; questi canali furono chiamati Regi lagni. In questi luoghi acquitrinosi non poteva non vivere la rana. Anzi si pensa che qui la rana abbia preceduto l'uomo trovandovi un loro Habitat di lusso: vasche, rivoli, stagni, canali. Insomma questa parte dell'Ager Campanus rappresentava il posto ideale per la vita della rana stessa e per la sua riproduzione.

Successivamente un contributo alla vita delle rane è stato apportato anche dalle vasche usate per la maceratura della canapa, essendo questa coltivazione assai diffusa nel territorio fino agli anni 70. Le vasche diventavano veri e propri stagni favorendo il ciclo vitale delle rane.

Oggi si racconta che quando i nostri progenitori vennero a contatto con questi anfibi ne provavano un senso di disgusto. Poi, col passare degli anni e dei secoli, le frequenti calamità naturali, come le carestie e le prepotenze sempre più forti dei proprietari terrieri, portarono i poveri contadini a guardare le rane, molto abbondanti, con uno sguardo diverso. Durante una delle più gravi carestie, al tempo della dominazione spagnola, i nostri antenati, spinti dalla fame e dalla disperazione, avvicinarono i loro denti anche alla tenera carne delle rane trovandola buona e ottima tanto da farne un pranzo quasi quotidiano.

Da allora, col tempo, questi nostri antenati, riuscirono a scoprire le più valide e gustose ricette per cucinare le rane e le tramandarono di generazione in generazione. E oggi non è difficile trovare qualche anziana massaia, che si ricordi come si preparavano le rane indorate e fritte, in umido, col pomodoro fresco ed in brodo, e che costituivano un miracoloso alimento per i piccoli e gli ammalati.

Dall'8 maggio (S. Michele, patrono di Marcianise) al 29 settembre era d'uso una scampagnata a Santa Venere sui Regi Lagni, dove si potevano gustare alla taverna di Saracone pietanze di anguille e rane contornate da una ricca insalata *dischiavoni* (sedanina selvatica) e inaffiata da un prelibato ma economico vino fragola. I marcianisani, col tempo, ebbero l'appellativo di mangiaranogne, per il largo consumo di questa specialità. Tutte le locande fecero delle rane una pietanza unica, particolare e caratteristica. Da tutta la provincia e oltre si veniva a Marcianise per gustare questa pietanza particolare a base di rane. La rana aveva contribuito a far diventare Marcianise un viatico economico molto vantaggioso per i suoi cittadini.

La sagra della rana: un ricordo delle tradizioni

Negli ultimi 30 anni l'inquinamento e l'industrializzazione selvaggia hanno distrutto l'habitat di questi anfibi, che sono quasi del tutto spariti dalle campagne. Oggigiorno è tradizione presentare nel mese di settembre "La Sagra della Rana". Essa vuole rappresentare un ricordo delle tradizioni e della vita semplice di un tempo della nostra comunità, e del tempo in cui era dedita esclusivamente all'agricoltura ed in particolare alla coltura della canapa. Le rane da sempre hanno arricchito le tavole dei contadini locali, sopperendo, spesso, alla scarsa presenza di carni sulle loro tavole, divenendo di fatto un importante apporto proteico nella dieta povera di carni. La Sagra, ha contribuito a divulgare l'uso alimentare di quest'anfibio, tanto che molte persone fin'ora ne ignoravano la commestibilità. Con questo evento si vuole cercare di far luce su di un piccolo spaccato delle pregresse abitudini locali, cercando di sensibilizzare i cittadini su tematiche biologiche e ambientali.

Origine del prodotto

La rana commestibile più comune nel nostro paese è la "rana esculenta", volgarmente detta rana verde; è proprio questa che si trova frequentemente negli stagni, nelle paludi e sulle rive dei ruscelli. Si distingue per il colore verde più o meno intenso della pelle, maculato di grigio, e per il ventre biancastro. Più rara e di minor valore commerciale è la "rana agilis", detta

rana rossa. È reperibile in commercio anche una varietà gigante, originaria dei paesi Balcanici, la “rana goliath” che raggiunge il peso di 0,5 kg e presenta cosce molto sviluppate e carnose. Questa varietà si è acclimatata nel Veneto e, in misura minore, nelle zone meridionali della pianura padana, ma purtroppo non riscuote un gran successo commerciale; le massaie sono infatti piuttosto restie all’acquisto di un esemplare di tali dimensioni, troppo simile a un rospo. Tale diffidenza non ha tuttavia alcuna giustificazione: si tratta di una rana dalle carni ottime, anche se meno delicate di quelle delle rane di dimensioni più ridotte. La rana meriterebbe una maggior diffusione per le sue carni tenere, magre e ricche di ferro. Esso infatti è un alimento delicatissimo, è molto apprezzato dai palati più raffinati per le carni bianche e tenerissime paragonabili, come caratteristiche organolettiche e valore nutrizionale, a quelle di pollo.

Caratteristiche nutrizionali del prodotto

Di seguito è riportata la tabella dove sono elencati i principali nutrienti contenuti nella carne di rana:

Valori nutrizionali medi per	100g
Valore energetico	64 Kcal
	267 KJ
Proteine	15,5 g
Carboidrati	0 g
Lipidi	0,2 g
Fibre	0
Ferro	6 mg
Calcio	20 mg
Fosforo	430 mg
Sodio	0

Dalla tabella si evince che la carne di rana è molto nutriente. Infatti 100 grammi di polpa contengono circa 15,5 grammi di proteine e una scarsa quantità di grassi (0,2 g); è quindi indicata anche a chi deve seguire una dieta con limitato apporto lipidico. Si tratta inoltre di una carne particolarmente ricca di ferro ed è consigliabile per gli anemici. Inoltre la digeribilità è ottima; nel passato le si attribuivano addirittura proprietà terapeutiche proprio perché è tollerata anche da chi soffre di disturbi all’apparato digerente

Processo produttivo

Reperibili in pescheria, le rane vengono generalmente commercializzate già spellate e sventrate, pronte per essere cucinate. Può capitare tuttavia di acquistare rane intere (specialmente in campagna); in questo caso si deve procedere alla spellatura: dopo aver reciso la testa e le estremità delle zampe, si “sfila” la pelle tirandola dall’alto verso il basso in modo tale da rove-

sciarla. La rana va poi sventrata e privata degli intestini, dopodiché può essere cucinata secondo le varie ricette. Le rane si prestano a svariate preparazioni, tra queste il risotto con le rane, ma non meno gustose sono le rane fritte o in umido. La parte più prelibata della rana è la coscia, comunque anche le altre parti possono essere utilizzate (opportunamente pestate in un mortaio) per preparare un intingolo, nel caso in cui le rane vengano cucinate in umido.

Ma la ricetta marcianisana più tipica è “La rana fritta” che tutto fa pensare tranne a qualcosa di sano e genuino, colpa della parola frittura. Ma se ciò in parte è pur vero, con questa ricetta si può invece peccare mangiando un piatto più che palatabile, dovuto al fatto che gli ingredienti tendono a bilanciarsi tra loro rendendo il piatto comunque sano. Basta prendere nota della ricetta per capire che è effettivamente così. Infatti per preparare un gustoso piatto di rane fritte serve avere a disposizione: - rane - farina 00 - olio extra vergine d’oliva. Questi vanno a costituire gli ingredienti base. Per rendere il sapore più buono possono essere servite anche con sale, prezzemolo e limone.

Procedimento

Il procedimento è molto semplice. Prese le rane, si spellano, si eviscerano e si puliscono. Dopo averle lavate e fatte scolare ben bene, si passano dapprima nella farina e poi nell’olio bollente. Raggiunta la giusta cottura, evidente dal colore dorato, servirle ben calde con sale, prezzemolo o limone.

Valori nutrizionali della “rana fritta”

Per 100 grammi di rana servono 20 grammi di farina 00 e 10 grammi di olio e.v.o.

	Proteine (gr)	Carboidrati (gr)	Lipidi (gr)	Fibre (gr)	Ferro (mg)	Calcio (mg)	Fosforo (mg)	Sodio (mg)	Kcal/KJ
100 gr rana	15,5	0	0,2	0	6	20	430	0	64/267
20 gr farina 00	2,2	15,46	0,14	0,44	0,14	3,4	15,2	0,6	68/284,6
10 gr olio e.v.o.	0	0	9,99	0	0,02	0	0	0	89,9/376,2
Totale	17,7	15,46	10,33	0,44	0,16	23,4	445,2	0,6	221,9/927,8

Come si può notare dalla suddetta tabella l’apporto di calorie per 100 gr di rane fritte non è poi così elevato rispetto a tante altre pietanze che entrano in un piano dietetico che delinea una corretta alimentazione. Ciò non vuol dire che possiamo mangiarne in quantità enormi, son pur sempre 221,9 Kcal/100gr, ma di certo usando un buon olio come quello extra vergine d’oliva a temperatura ideale (170°/180°C) e la quantità giusta (gli alimenti devono essere immersi completamente nell’olio), ogni tanto goderci la tanto temuta frittura è un peccato pressochè “perdonabile”.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del

XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

CRITICITÀ NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Take home message

A cura di: Fulvio Sileo, Nicola Cecchi

PREVENIRE E TRATTARE LA REFEEDING SYNDROME

Lorenza Caregaro Negrin

- ❖ Fondamentale una valutazione pre-trattamento e durante il trattamento. Controllo degli elettroliti e soprattutto della fosfatemia: un basso valore aumenta il rischio. L'apporto calorico iniziale non deve superare 10 kcal/kg/dl.
- ❖ Supplementare di tiamina 200/300 mg/dl.
- ❖ Ripristinare la volemia.
- ❖ Qualunque integrazione deve essere fatta lentamente. Monitorare più volte al di la frequenza cardiaca.

CRITICITÀ E STRATEGIE NUTRIZIONALI NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Claudio Macca

- ❖ Il paziente presenta spesso Ipermetabolismo. È difficile calcolare il dispendio energetico che dovrebbe essere valutato con la calorimetria indiretta.
- ❖ Fondamentale la nutrizione precoce, se possibile enterale
- ❖ Valutare la necessità di una parenterale totale di supporto. In ogni caso non iniziare con un eccessivo carico calorico. Dieta equilibrata fino a stabilizzazione successivamente dieta iperproteica 1,2-2,5 gr proteine per kg glutamina eventualmente solo in caso di stabilizzazione

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

SESSIONE COMUNICAZIONI II

Take home message

A cura di: Alessandro Saibene

ATLETI OVER 60 (MASTER ATHLETS) E APPORTO PROTEICO

- ❖ Apporto moderatamente incrementati di proteine in atleti OVER 60 non modifica la funzione renale e migliora l'assetto metabolico.

LA GESTIONE DELLA NAD DELL'ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

- ❖ Una migliore organizzazione tra ospedali ASL e territorio è indispensabile per il buon funzionamento dei centri di Nutrizione Artificiale Domiliare.

COW, DONKEY AND HUMAN MILK AFFECTS METABOLIC HOMEOSTASIS AND INFLAMMATORY STATE BY MODULATING HEPATIC MITOCHONDRIAL FUNCTION AND GUT MICROBIOTA COMPOSITION IN RATS

- ❖ Confronto tra latte materno, di vacca e di asina. Quest'ultima potrebbe costituire la base per la preparazione di formule artificiali più favorevoli metabolicamente.

VITAMIN D SUPPLEMENTATION PROMOTES WEIGHT AND WAIST CIRCUMFERENCE REDUCTION IN OVERWEIGHT OR OBESE ADULTS WITH HYPOVITAMINOSIS D

- ❖ Il lavoro conferma l'efficacia nel favorire il calo ponderale della supplementazione con Vitamina D in paziente obesi a dieta. La carenza di vitamina D è molto frequente in questi soggetti.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del

XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

CRITICITÀ E STRATEGIE PER LA MODIFICA DEGLI STILI DI VITA

Take home message

A cura di: Enrico Bertoli, Maurizio Battino

ETÀ SCOLARE E NUTRIZIONE: DUBBI, CERTEZZE, INTERROGATIVI

Carlo Pedrolli

❖ Le attuali generazioni sono composte in larga maggioranza da giovani “seduti” (troppe ore di accesso a TV e PC) e “addormentati” (troppe poche le ore di riposo). Bisogna ripensare le dinamiche relazionali in famiglia e in società.

RUOLO DELL'EPIGENETICA NELLA NUTRIZIONE NEI PRIMI ANNI DI VITA

Patrizia Ballista

❖ I geni sono importanti ma ancor più determinante è il controllo dell'espressione genica e di tutti quei fattori che possono attivare/disattivare e a loro volta controllare lo stesso controllo. L'alimentazione gioca un ruolo fondamentale sin dalle primissime ore di vita e l'allattamento al seno è un determinante fondamentale in questo contesto.

STILI DI VITA E ADERENZA TERAPEUTICA NEL PAZIENTE CRONICO

Maria Letizia Petroni

❖ Per il successo terapeutico la criticità è rappresentata dall'aderenza alla terapia stessa che viene influenzata pesantemente dagli stili di vita. In questo senso la motivazione è fondamentale anche perché il problema maggiore è rappresentato da un ambiente che spesso non supporta gli sforzi di paziente e medico. Fondamentali sarebbero percorsi di educazione terapeutica e di politica sanitaria innovativa.

CONTROVERSIE IN TEMA DI ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Donatella Noè

❖ Sono molte e variate le criticità nei test diagnostici per allergie e intolleranze alimentari: molti, anche i più recenti ed apparentemente raffinati, sono spesso inattendibili. È necessaria molta attenzione ed un uso solo da parte di personale estremamente qualificato.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

CRITICITÀ NEL TRATTAMENTO DELLE DISLIPIDEMIE

Take home message

A cura di: Carmela Bagnato, Stefano Pintus

- ❖ La componente genetica è importante nel determinare il metabolismo lipidico. Le microvariabilità genetiche sono responsabili di circa il 30 % delle dislipidemie. Le nuove tecniche di indagine genetica sono in grado di identificarne la maggior parte aprendo a nuovi sviluppi in termini di comprensione e terapia.
- ❖ Il rischio cardiovascolare legato ai lipidi è fondamentalmente correlato ai livelli di LDL, come ulteriormente dimostrato anche dai recentissimi studi come l'IMPROVE-IT. Al contrario il valore di HDL anche se importante sembra più che un fattore predittivo un semplice marker di dislipidemia.
- ❖ L'utilizzo di prodotti naturali quali i fitosteroli vegetali possono essere un buon aiuto nella riduzione non farmacologica delle LDL. I nutraceutici non sono alternativi ai farmaci, ma possono essere un valido aiuto nelle situazioni borderline o nei casi in cui il paziente rifiuta o è intollerante alla terapia con statine. Esistono inoltre attualmente farmaci ipolipemizzanti innovativi non in commercio in Italia, gravati però da un costo elevato e da notevoli effetti collaterali.
- ❖ La carenza di Vit D correla con un aumento del rischio di sviluppo di obesità, diabete e malattie cardiovascolari. Tutto il territorio italiano nel periodo invernale presenta una insolazione inferiore al necessario per il mantenimento di corretti livelli di Vit. D. Sarebbe quindi opportuna una supplementazione di Vit. D non solo in età pediatrica e post-menopausale, ma nella generalità della popolazione.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del

XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

DIETETICA E GASTRONOMIA: UNA SINERGIA DA RECUPERARE

Take home message

A cura di: Claudio Macca, Barbara Paolini

I RISTORANTI DELLA SALUTE IN LOMBARDIA E RISTORAZIONE COLLETTIVA

Maria Antonietta Bianchi

- ❖ Investire nella salute riducendo i fattori di rischio
- ❖ Fare informazione coinvolgendo i ristoranti e i ristoratori
- ❖ Fare informazione alla popolazione attraverso incontri, coinvolgendo anche le amministrazioni

DATI DI COMPOSIZIONE DEGLI ALIMENTI: USI E LIMITI

Luisa Marletta

Criticità delle banche dati di composizione degli alimenti:

- ❖ È impossibile analizzare la composizione di tutti gli alimenti disponibili in commercio sia perché le produzioni agricole e zootecniche si modificano nel tempo, sia per l'immissione continua di nuovi prodotti sul mercato, sia per l'enorme variabilità delle preparazioni alimentari.

- ❖ Negli alimenti sia di origine animale che vegetale dobbiamo tenere conto dei numerosi fattori di variabilità come: razza, sesso, età, alimentazione e tipo di allevamento, periodo dell'anno in cui vengono macellati o pescati, conservazione, trattamenti tecnologici, metodi di cottura; cultivar, stagionalità, composizione del suolo, illuminazione/irraggiamento, tipo di coltivazione conservazione, trattamenti tecnologici, metodi di cottura;

Nuove banche dati on-line:

- ❖ Maggior numero degli alimenti (circa 1000)
- ❖ I nutrienti già presenti nell'attuale edizione saranno arricchiti di altre vitamine, della caratterizzazione in zuccheri semplici e di composti ritenuti importanti per la salute.
- ❖ I dati nutrizionali saranno presentati sia per 100g di parte edibile che per porzione
- ❖ Per le preparazioni alimentari sarà riportata la foto e la specifica ricetta di riferimento.

Pubbllichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

MODIFICHE DEGLI ALIMENTI E MALATTIE

Take home message

A cura di: Mario Di Sapia, Giuseppe Pipicelli

FUNCTIONAL FOOD E INGEGNERIZZAZIONE DEGLI ALIMENTI

Giuseppe Maria Rovera

- ❖ Gli alimenti sono in grado di interagire con i processi biologici dell'organismo umano, determinando effetti positivi ma anche negativi e potenzialmente dannosi
- ❖ Il loro effetto è strettamente legato alla biodisponibilità, a sua volta condizionata dalla preparazione e dalla modalità di assunzione
- ❖ Numerosi studi osservazionali, retrospettivi, hanno evidenziato come il consumo abituale di alcuni alimenti può esercitare un effetto preventivo e terapeutico nei confronti di alcune condizioni patologiche;
- ❖ Pochi sono gli studi sperimentali prospettici; al momento non sono disponibili metanalisi di trial controllati che permettano di formulare raccomandazioni di forza significativa, nella logica della Evidence Based Nutrition.

LINEE GUIDA PER LA SCELTA DI ALIMENTI SENZA GLUTINE

Nicoletta Pellegrini

- ❖ I pazienti che seguono dieta senza glutine per molti anni assumono meno carboidrati complessi, fibre, folati, Ca, Fe e Mg; viceversa assumono più proteine e grassi, sia totali che saturi;
- ❖ Una più oculata scelta degli alimenti senza glutine può, almeno in parte, rendere più equilibrato questo regime alimentare;

- ❖ Il valore nutrizionale degli alimenti senza glutine migliora se si utilizzano:
 - modalità di lievitazione tipo impasto acido o sourdough che aumentano la biodisponibilità di minerali, riducono l'indice glicemico, e producono un maggior effetto saziante;
 - oltre alle tradizionali farine gluten-free (riso e mais) anche farine di altri cereali (teff, miglio, quinoa, grano saraceno)

LA DIETA A BASSO CONTENUTO IN FODMaPS

Massimo Vincenzi

- ❖ I pazienti affetti da Sindrome dell'Intestino Irritabile costituiscono un insieme di pazienti accomunato da una sintomatologia simile ma evocata da meccanismi fisiopatologici non univoci;
- ❖ Diversi studi dimostrano che una parte di questi pazienti si può giovare della eliminazione dalla dieta di Oligo-Di-Monosaccaridi e Polioli, in quanto la loro Fermentazione da parte della flora batterica intestinale rappresenta il meccanismo fisiopatologico alla base della sintomatologia;
- ❖ Recentemente è stato evidenziato che l'efficacia della dieta a basso contenuto di FODMaP è indipendente dalla presenza o assenza di glutine negli alimenti;
- ❖ Al momento non esistono indicazioni precise su:
 - durata della dieta,
 - modalità di reintroduzione degli alimenti inizialmente esclusi.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

INTERVENTI PREORDINATI

Take home message

A cura di: Roberto Di Battista, Fabrizio Malvaldi

NOVITÀ IN AMBITO NUTRACEUTICO PER IL CONTROLLO DELL'INSULINO-RESISTENZA

Francesco Di Pierro

❖ La relazione, sicuramente interessante, ha esposto l'efficacia di alcuni nutraceutici nel controllo della sindrome metabolica. In particolare l'efficacia della berberina che ha dimostrato di **essere efficace nel trattamento del diabete**, nel quale diminuisce significativamente l'emoglobina glicosilata (HbA_{1c}), la glicemia a digiuno e la glicemia postprandiale. A tale riguardo la berberina possiede un effetto simile a quello della metformina, anche se agisce attraverso un meccanismo diverso rispetto a quello della metformina stessa. Altra sostanza di sicuro interesse sono è mio-inositolo che ha dimostrato efficacia anche nelle donne affette da PCOS

UTILIZZO DELLE PROTEINE DA SIERO DI LATTE NEL TRATTAMENTO DELLA SARCOPENIA

Antonella Franceschelli

❖ È stato esposto l'utilizzo delle WPHCC, concentrato di proteine di siero del latte ad alto contenuto di cisteina, nei pazienti sarcopenici in nutrizione enterale che hanno dimostrato essere in grado aumentare la BMC (massa cellulare corporea).

PROSPETTIVE FUTURE DELLA TERAPIA INSULINICA

Agostino Consoli

❖ In questa relazione sono state esposte le ultime novità attuali e future nella terapia insulinica. Interessante è il calo ponderale delle ultime insuliniche rispetto alla glargina. Tale effetto, a seconda del relatore, è imputabile ai minori episodi di ipoglicemia rispetto alla glargina. Tale fenomeno riduce l'introito di cibo conseguente all'ipoglicemia con riduzione ponderale rispetto all'insulina di confronto.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

LETTURA

Take home message

A cura di: Mario Di Sapio

CRITICITÀ NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E NUTRACEUTICA DELL'OBESITÀ TRA PASSATO E FUTURO

Fabrizio Muratori

- ❖ Nessun farmaco si è dimostrato efficace nel trattamento dell'obesità se non associato a dieta ipocalorica ed esercizio fisico
- ❖ Attualmente in Italia l'unico farmaco utilizzabile è Orlistat; la possibilità di poter disporre di un repertorio farmacologico più ampio è legata alla speranza che prevalga una visione meno restrittiva analogamente a quanto succede negli USA
- ❖ Il primo farmaco che dovrebbe diventare disponibile è la Liraglutide (2015-2016), il cui utilizzo elettivo potrebbe essere nei pazienti obesi affetti da diabete tipo2
- ❖ Il farmaco che potrebbe dare i migliori risultati è l'associazione Fentermina-Topimarato a rilascio prolungato; non utilizzabile però in pazienti con patologia cardiovascolare per l'effetto dopaminergico
- ❖ La Locarserina, agonista dei recettori per la serotonina a livello centrale, agisce riducendo il senso di fame; non indicata nei pazienti affetti da sindrome depressiva.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

EDUCAZIONE TERAPEUTICA E COUNSELING

Take home message

A cura di: **Roberta Situlin**

DALLA PRESCRIZIONE DIETETICA ALLA REALE ASSUNZIONE: QUALI CRITICITÀ

Annalisa Maghetti

- ❖ L'applicazione di tecniche di motivazione al cambiamento di comportamenti disfunzionali sono alla base dell'alleanza terapeutica e dell'efficacia delle terapie
- ❖ Va tenuto presente che le strategie di marketing e di merchandising utilizzano modalità di spinte motivazionali vincenti che possono influenzare fortemente i comportamenti dell'utenza.

STRATEGIE DI APPROCCIO ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE GRANDE OBESO

Maria Grazia Carbonelli

- ❖ La tipologia e l'intensità del trattamento nel paziente grande obeso vanno tarate sui livelli di disabilità e sulla gravità delle comorbidità associate
- ❖ L'approccio deve essere multidimensionale
- ❖ Il percorso riabilitativo include dieta e supporto nutrizionale, supporto psicologico, fisioterapia ed attività fisica
- ❖ La chirurgia bariatrica richiede un'attenta valutazione del rapporto costi/benefici

CRITICITÀ NEL CONTATTO PROFESSIONALE CONTINUO AL PAZIENTE CRONICO: LA GESTIONE LONG-TERM

Valeria Lagattolla

- ❖ Nel paziente cronico l'empowerment nell'auto-gestione a lungo termine della patologia e la condivisione nella scelta delle opzioni terapeutiche con il terapeuta sono fondamentali
- ❖ L'aderenza alla terapia richiede non solo compliance (adesione) ma anche persistenza a lungo termine a fronte di oscillazioni motivazionali
- ❖ Il supporto motivazionale e l'empatia vanno mantenuti nel tempo

L'ABC DELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE

Patrizia Zuliani

- ❖ La relazione tra curante e paziente è un aspetto fondamentale della terapia
- ❖ L'attenzione alle componenti non verbali della comunicazione da parte dei curanti favorisce nel paziente la percezione delle informazioni, la fiducia, la soddisfazione e la compliance alla terapia
- ❖ Nel medico migliora la comprensione dei problemi del paziente e l'empatia

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del

XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

I FORUM DIETISTI - L'IDENTITÀ ED IL RUOLO DEL DIETISTA NELLA PRATICA PROFESSIONALE

Take home message

A cura di: Cinzia Baldo, Annarita Sabbatini

- ❖ La professione del Dietista richiede un aggiornamento continuo post base sia sotto l'aspetto scientifico, sia legale, sia amministrativo, in tutti gli ambiti, pubblico e privato.
- ❖ La creazione di gruppi di lavoro all'interno di ADI, di linee guida e standard condivisi può essere d'aiuto e di garanzia nei confronti del cittadino per garantire qualità e competenza della prestazione offerta.
- ❖ La definizione chiara ed univoca delle competenze dei professionisti della nutrizione è un obiettivo da raggiungere attraverso la collaborazione con le istituzioni e le associazioni di categoria.
- ❖ Le attività scientifiche che possono implementare la conoscenza nell'utenza generale e specifica della figura del Dietista devono essere implementate su tutto il territorio, creando una rete di informazioni completa e adeguata.

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

SICUREZZA ALIMENTARE, SOLO NEL BREVE TERMINE?

Take home message

A cura di: Giuseppe Morino, Giuseppe Vinci

STILI DI VITA E OSSIDAZIONE: RUOLO DEGLI ANTIOSSIDANTI

Hellas Cena

- ❖ Implementare una dieta corretta per aumentare gli antiossidanti esogeni
- ❖ Supplementazioni solo in casi carenziali

DALL'ETICHETTATURA NUTRIZIONALE ALLA PORZIONE CONSIGLIATA

Marco Buccianti

- ❖ La nuova normativa europea ha compiuto notevoli passi avanti
- ❖ È indispensabile una implementazione della normativa nazionale soprattutto per il concetto di porzione consigliata

CRITICITÀ NELL'ACQUISTO DEI GENERI ALIMENTARI

Cinzia Baldo

- ❖ Strategie volte al risparmio dei consumatori
- ❖ Impronta ecologica maggiore della mediterranea rispetto alla dieta anglosassone

NUOVE ESPERIENZE DI PREVENZIONE EFFICACE IN CAMPO NUTRIZIONALE

Guido Monacelli

- ❖ Inclusione nella piramide della dieta mediterranea dei seguenti consigli: Solubrita' degli spazi urbani ed exaurbani
- ❖ Fortificazione degli alimenti
- ❖ Supplementazione mirata pericarenziale
- ❖ Alfabetizzazione mediatica
- ❖ Idratazione
- ❖ Attività motoria

Pubblichiamo i take home message, inviati in redazione, del
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI

MILANO • 19-22 NOVEMBRE 2014

SESSIONE COMUNICAZIONI IV

Take home message

A cura di: Roberto Di Battista, Fabrizio Malvaldi

A TAVOLA CON EXPO

❖ La sensibilizzazione dell'opinione pubblica riguardo l'adozione e/o il mantenimento di un corretto stile di vita (che prevede adeguate abitudini alimentari e l'incentivo alla pratica di attività fisica) può essere più efficace se realizzata con strumenti e modalità che si adattano al contesto territoriale in cui le persone vivono. Per tale motivo, non può prescindere dalla valorizzazione dei prodotti alimentari tipici locali e degli spazi verdi disponibili, siano essi parchi cittadini o vere e proprie oasi naturalistiche.

INCREMENTO DEL NUMERO DELLE DIETE SPECIALI COME RISULTATO DELL'APPLICAZIONE DEI CORSI DI FORMAZIONE AL PERSONALE SUL RISCHIO NUTRIZIONALE: ESPERIENZA SENESE

❖ In un periodo storico in cui l'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche appare strategica, la terapia nutrizionale rappresenta la base di partenza concettuale e pratica per garantire adeguati standards di cura ai pazienti degenti in strutture ospedaliere. Per questo motivo, è indispensabile non solo prevedere una buona qualità del vitto di base ma anche disporre di un personale sanitario motivato sulle tematiche nutrizionali, di un completo dietetico ospedaliero e di uno staff medico ed infermieristico formato e dedicato, in grado di soddisfare anche la richiesta di esigenze nutrizionali particolari. L'esperienza sul campo dimostra che lavorare su questi fronti consente di combattere più efficacemente la malnutrizione ospedaliera con prevedibili benefici non solo sul malato ma anche sull'organizzazione dei vari reparti di degenza.

APPORTI NUTRIZIONALI IN BAMBINI ITALIANI 1-3 ANNI

❖ L'opinione pubblica è sommersa di informazioni nutrizionali di ogni tipo. Tuttavia, l'analisi dei dati riferiti alla presenza di sovrappeso, obesità e patologie metaboliche in età adulta, porta a concludere che si debbano fare ancora più sforzi nell'educazione alimentare. In questo senso, appare fondamentale intervenire fin dalle prime fasi della vita, quando non solo occorre garantire un sano sviluppo all'organismo ma diventa strategico attuare un corretto "programming" nutrizionale per prevenire disordini metabolici e problemi di sovrappeso/obesità in età adulta. Infine, bisognerebbe valutare con maggiore attenzione l'introito alimentare di alcuni micronutrienti per correggere eventuali importanti carenze nutrizionali (in particolare, ferro e vitamina D).

EFFETTI DELLA LIRAGLUTIDE SU MARKERS CARDIOVASCOLARI E SULLA COMPOSIZIONE CORPOREA IN PAZIENTI SOVRAPPESO ED OBESI CON DIABETE DI TIPO 2: UN PRE-POST TRIAL CLINICO DELLA DURATA DI 24 SETTIMANE

❖ L'obiettivo terapeutico nella gestione farmacologica del paziente diabetico mira all'ottimizzazione del compenso glicemico in quanto in grado di modificare favorevolmente la storia naturale di tale patologia. Per questo motivo, la ricerca clinica deve impegnarsi sempre di più nell'indagare gli effetti di alcuni farmaci che si sono rivelati utili non solo per migliorare i profili glicemici dei pazienti ma anche per contrastare le comorbidità che spesso si associano alla patologia diabetica (ipertensione, dislipidemia, etc.). Pertanto, gli effetti di una molecola (liraglutide) che sembra agire positivamente sui parametri pressori e metabolici e sulla composizione corporea riducendo la massa grassa, devono essere investigati in ampi trials clinici per potere disporre di un'ulteriore opzione terapeutica in grado di potenziare e personalizzare maggiormente la gestione farmacologica del diabete mellito.

ERRATA CORRIGE

Ripubblichiamo questo abstract apparso su ADI MAGAZINE N. 3 2014

CONVEGNO REGIONALE ADI TOSCANA 2014 **NEWS in Nutrizione e Dietetica** LIVORNO 26 - 27 SETTEMBRE 2014

INTOLLERANZE ALIMENTARI, IBS E FODMAPs

B. Paolini

UOSA Dietetica Medica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese,
Policlinico Santa Maria alle Scotte - Siena

Le intolleranze alimentari possono essere definite come tutte quelle reazioni avverse al cibo non mediate dai meccanismi di ipersensibilità immediata tipici delle allergie alimentari. Le reazioni non sono immediate ma croniche, i disturbi accusati possono manifestarsi anche dopo 48-72 ore dall'ingestione dell'alimento in causa.

Le principali intolleranze: lattosio, fruttosio, sorbitolo, glutine sono spesso responsabili di disturbi sintomi gastrointestinali.

Le cause di intolleranza per questi zuccheri sono dovute rispettivamente:

- **lattosio (disaccaride) al difetto enzimatico della beta galattosidasi, che non lo scinde nei costituenti monosaccaridici, impedendone l'assorbimento;**
- **fruttosio (monosaccaride) al deficit enzimatico della aldolasi B, che ne impedisce la metabolizzazione e l'assorbimento;**
- **sorbitolo che è un polialcole (alditolo del glucosio), una molecola parzialmente assorbibile, osmotica, il cui accumulo a livello intestinale, ne favorisce la fermentazione.**

Nella sindrome da intestino irritabile (IBS) il peggioramento dei sintomi postprandiali, come anche reazioni avverse a uno o più cibi sono un aspetto comune e una intolleranza ai cibi self-reported è associata con molti sintomi e con una ridotta qualità di vita. In linea con ciò, circa due terzi dei pazienti con IBS escludono alimenti dalla propria dieta nell'intento di migliorare i sintomi. Infatti numerosi pazienti con IBS riferiscono una esacerbazione dei sintomi correlata all'introduzione di cibo che può essere in parte dovuta ad una vera e propria intolleranza ad alcuni alimenti, ma che d'altra parte può essere legata ad una ipersensibilità viscerale o a modificazioni del microbiota intestinale. A dispetto di tutto questo, non vi è alcuna evidenza che supporti una inadeguata assunzione di nutrienti nella maggioranza dei pazienti con IBS.

Il microbiota intestinale può essere significativamente modificato dall'introduzione di fibre e di oligosaccaridi fermentabili nonché disaccaridi, monosaccaridi e polioli definiti dall'acronimo FODMAPs. Cibi ad alto contenuto di FODMAP includono quelli con eccesso di fruttosio (miele, pesche, frutta essiccata), fruttani (grano, segale, cipolle), sorbitolo (albicocche, prugne, dolcificanti) e raffinoso (lenticchie, cavoli, legumi).

Una dieta ad alto contenuto di FODMAP determina una aumentata produzione di gas e una distensione colica da fermentazione batterica e incrementa la quantità di acqua nel piccolo intestino dovuta ad un alto carico idrico. In uno studio di Murray e Coll (Am. J.Gastroenterol. 2014; 109:110-9) è stata determinata la quantità di idrogeno nell'espriato e il contenuto di acqua, di gas colici e la distensione intestinale utilizzando immagini ottenute dalla RM dell'addome in volontari sani. L'intake di fruttosio, che ha un alto carico osmotico, è associato con un aumentato contenuto di acqua del piccolo intestino se comparato con il glu-

cosio e l'inulina (fruttano osmoticamente inattivo). Tuttavia, l'inulina aumenta la quantità di idrogeno nell'espriato e la quantità di gas colici, in quantità maggiore rispetto al fruttosio e al glucosio.

L'ipotesi che una ridotta introduzione di FODMAP possa migliorare i sintomi gastrointestinali deriva dall'osservazione clinica che una proporzione non trascurabile di pazienti con IBS tollera scarsamente l'intake di carboidrati a catena corta.

Alcuni studi hanno dimostrato un effetto benefico della dieta a basso contenuto di FODMAP in pazienti con IBS. In uno studio di Staudacher, pazienti con IBS che hanno seguito una dieta a basso contenuto di FODMAP hanno presentato una migliore risposta dei sintomi intestinali sia nel complesso che individualmente (ad esempio bloating, dolore addominale, flatulenza) raffrontati a pazienti che hanno seguito una dieta standard. (J.Hum.Nutr.Diet. 2011; 5: 487-95).

In un recente studio di Piacentino presentato al Digestive Disease Week di Chicago (Gastroenterology suppl 2014; 146:S-82) sono stati comparati sintomi gastrointestinali come il bloating, la distensione addominale e il dolore addominale in pazienti con IBS suddivisi in tre gruppi di 20 persone ciascuno: 1) dieta low-FODMAP e gluten-free; 2) dieta low-FODMAP e normale contenuto di glutine; 3) dieta con normal-FODMAP e gluten-free. La dieta a basso contenuto di FODMAP con o senza glutine è associata con un significativo miglioramento dei sintomi intestinali presi in considerazione (bloating, distensione addominale e dolore addominale) in rapporto alla dieta con FODMAP normali e alla dieta glutinata. Gli Autori concludevano che l'esclusione del glutine dalla dieta non aggiunge un significativo beneficio rispetto alla dieta con solo un basso livello di FODMAP.

In conclusione questi primi dati limitati che sono stati ottenuti da studi con campionature relativamente esigue supportano il principio che i sintomi della IBS possano migliorare, almeno nel breve termine, con una dieta a basso contenuto di FODMAP. Il fruttosio e i fruttani possono avere diversi meccanismi con cui possono causare i sintomi nella IBS. L'effetto benefico della dieta low-FODMAP non appare essere collegato all'esclusione del glutine dalla dieta. Infine, al momento, non esistono biomarkers definiti che possano essere associati alla risposta sintomatologica.

Sono pertanto necessari studi long-term che aiutino a individuare indicatori clinici utili nel predire e di conseguenza nel selezionare pazienti che verosimilmente sono in grado di rispondere a questo tipo di terapia relativamente impegnativa che richiede comunque l'intervento di esperti nel campo della nutrizione. Inoltre, il confronto con altre strategie dietetiche utilizzate nel trattamento dei pazienti con IBS, come incoraggiare pasti regolari, "healthy eating", evitando pasti abbondanti, riducendo l'introduzione di grassi, scoraggiando l'eccessiva introduzione di fibre (in particolare solubili), diminuendo l'apporto di caffeina, evitando cibi che causano produzione di gas come i legumi, il cavolo, può rappresentare una via di valutazione molto interessante per conseguire informazioni circa le modalità alimentari da applicare nell'ambito della IBS.

novità

Per un'azione drenante evoluta

Fitomagra Lynfase

Più di un semplice drenante



Complesso molecolare a base
di estratti liofilizzati per:

- **il benessere vascolare
(linfatico e venoso)**
da Grano Saraceno e Rusco
- **il drenaggio dei liquidi
corporei** da Tarassaco,
Verga d'oro e Orthosiphon

12 flaconcini monodose



DISPONIBILE ANCHE IN TISANA

Fitomagra

Cambiare si può

Aboca S.p.A. Società Agricola
Sansepolcro (AR) - www.aboca.com

I prodotti non sostituiscono una dieta variata. Seguire un regime alimentare ipocalorico adeguato, uno stile di vita sano e una regolare attività fisica. In caso di dieta seguita per periodi prolungati, oltre le tre settimane, si consiglia di sentire il parere del medico.



INNOVAZIONE PER LA SALUTE

A CURA DEL CENTRO STUDI ABOCA

RUOLO DELLA CORRELAZIONE ANATOMICO-FUNZIONALE TRA SISTEMA LINFATICO E TESSUTO ADIPOSO NELLA FISIOPATOLOGIA DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITÀ

L'obesità è associata a uno stato infiammatorio cronico di basso grado, che interessa l'organo adiposo e l'intero organismo e che è determinante nello sviluppo di complicanze metaboliche e cardiovascolari¹.

L'organo adiposo, in condizioni di eccessivo accumulo di grasso, secerne macromolecole pro-infiammatorie, citochine e chemiochine che reclutano nuovi macrofagi instaurando un circolo vizioso che peggiora il quadro infiammatorio². La situazione sembra essere ulteriormente aggravata dalla riduzione della capacità di allontanare efficacemente le macromolecole infiammatorie dall'interstizio. Recenti evidenze dimostrano infatti che nei soggetti obesi il drenaggio linfatico è drasticamente ridotto: nello studio di Arngirim et al³, la capacità di rimuovere dal tessuto adiposo l'albumina radio-marcata prima e dopo un carico di glucosio è risultata significativamente inferiore nelle persone obese rispetto ai soggetti magri. L'allontanamento delle macromolecole dallo spazio interstiziale è il risultato di un processo che inizia con il loro spostamento tra le strutture della matrice extracellulare, l'ingresso nei terminali dei vasi linfatici e l'avanzamento nei collettori linfatici³. Tali meccanismi risultano alterati in caso di obesità a seguito delle condizioni di ipertrofia, iperplasia e infiammazione che si instaurano nel tessuto adiposo. A sua volta l'alterazione del processo di drenaggio linfatico causa la persistenza di citochine e chemiochine, amplificando i segnali infiammatori e peggiorando la funzionalità dell'organo adiposo. Il malfunzionamento del sistema linfatico sembra quindi contribuire considerevolmente all'instaurarsi dell'obesità e delle sue complicanze³.

Il ruolo del sistema linfatico nell'assorbimento e nel trasporto dei lipidi è noto da tempo, ma solo recentemente è stato riconosciuta l'importanza della correlazione anatomico-funzionale tra sistema linfatico e tessuto adiposo. Dal punto di vista anatomico il tessuto adiposo si trova a stretto contatto con il tessuto linfatico: il tessuto adiposo sottocutaneo giace immediatamente sotto i vasi linfatici presenti nel derma, mentre il tessuto adiposo viscerale si sviluppa attorno ai vasi mesenterici, alla cisterna del chilo e al dotto toracico. I linfonodi sono sempre circondati da tessuto adiposo che serve come riserva di energia per il funzionamento delle cellule immunitarie^{5,6}.

La correlazione funzionale tra tessuto adiposo e sistema linfatico è riscontrabile sia nella clinica che in specifici modelli di studio. L'insufficienza della circolazione linfatica dovuta a anomalie dello sviluppo dei vasi, lesioni, ostruzioni e infezioni risulta nell'accumulo di fluido interstiziale e proteine nei tessuti interessati (linfedema): indipendentemente dalla causa, se il linfedema non si risolve, nel tessuto si verificano cambiamenti che includono oltre all'infiammazione cronica e alla la fibrosi, anche l'accumulo di tessuto adiposo^{8,9}.

L'accumulo di tessuto adiposo è stato riscontrato anche in modelli animali di disfunzione linfatica. In topi con aploinsufficienza per il gene Prox1, che codifica per un fattore cruciale nello sviluppo del sistema linfatico, è stata osservata una consistente correlazione tra il grado di disfunzione linfatica e l'entità dell'accumulo di tessuto adiposo¹⁰. Già in passato studi in vivo hanno evidenziato la capacità della linfa e, in particolare di frazioni di linfa cariche di lipidi, di promuovere il differenziamento dei precursori degli adipociti¹¹.

Un'altra circostanza clinica che conferma la correlazione tra tessuto adiposo e tessuto linfatico è il lipedema, una sindrome che si riscontra prevalentemente nelle donne in età post-puberale e caratterizzata dal rigonfiamento localizzato degli arti inferiori, bilaterale e simmetrico. Malgrado la parola lipedema alluda all'esistenza di tessuto edematoso a seguito

di insufficienza vascolare, la malattia viene considerata primariamente una sindrome lipodistrofica. Si considera che la ridotta funzionalità linfatica riscontrata nei pazienti con lipedema¹² sia secondaria all'accumulo di tessuto adiposo, come conseguenza dell'effetto ostruttivo sul flusso linfatico. Non si può tuttavia escludere un ruolo dei vasi linfatici nell'eziologia della malattia. Non è pertanto chiaro se l'alterazione linfatica sia causa o conseguenza dell'accumulo adiposo.

Il tessuto adiposo, in quanto organo secretorio, produce molecole in grado di agire sull'endotelio linfatico, modificando la permeabilità dei capillari e il tono dei vasi collettori. L'inefficiente drenaggio linfatico che ne consegue porta a ulteriore adiposità, peggiorando quindi le condizioni del tessuto. Ma non solo. L'allontanamento delle macromolecole infiammatorie secrete dagli adipociti, il trasporto inverso dei lipidi e delle molecole lipofile dall'interstizio è di estrema importanza non solo per l'omeostasi interstiziale ma potenzialmente anche per il metabolismo sistemico¹³.

Data la crescente diffusione dell'obesità nei Paesi occidentali, la comprensione dei meccanismi di alterazione della funzionalità linfatica coinvolti nei processi di accumulo adiposo assume notevole importanza anche ai fini dell'identificazione di strategie terapeutiche in grado di agire sulla complessità del problema. Oltremodo interessante è capire come estratti liofilizzati di piante note per l'azione di sostegno sulla funzionalità vascolare possono modulare le funzioni alterate. I primi studi evidenziano interessanti proprietà di uno specifico complesso molecolare, frutto della ricerca Aboca denominato Adipodren[®]. Test in vitro hanno infatti dimostrato la capacità di Adipodren[®] di favorire l'espressione di uno specifico fattore di maturazione dei vasi linfatici e di proteine del complesso cellulare giunzionale.

¹ Ouchi N, Parker JL, Lugus JJ, Walsh K. Adipokines in inflammation and metabolic disease. *Nat Rev Immunol* 2011; 11: 85-97.

² Dalmas E, Clément K, Guerre-Millo M. Defining macrophage phenotype and function in adipose tissue. *Trends Immunol* 2011; 32: 307-314

³ Arngirim et al. Reduced adipose tissue lymphatic drainage of macromolecules in obese subjects: a possible link between obesity and local tissue inflammation. *International Journal of Obesity* 2013 37, 748-750

⁴ Jensen MR, Simonsen L, Karlsmark T, Bu'low J. Lymphoedema of the lower extremities -background, pathophysiology and diagnostic considerations. *Clin Physiol Funct Imaging* 2010; 30: 389-398.

⁵ Pond C.M, Mattacks C.A., 2003, The source of fatty acids incorporated into proliferating lymphoid cells in immune-stimulated lymph nodes. *Br. J. Nutr.* 89: 375-383

⁶ Mattacks C.A., Sadler D., Pond C.M., 2004, Site-specific differences in fatty acid composition of dendritic cells and associated adipose tissue in popliteal depot, mesentery and omentum and their modulation by chronic inflammation and dietary lipids. *Lymphat. Res. Biol.* 2: 107-129

⁷ Harvey N. The link between Lymphatic function and Adipose Biology *Ann N.Y.Acad.Sci.* 1131:82-88(2008)

⁸ Rockson, S.G. 2000 Lymphedema. *Curr Treat.OptionsCardiovasc.Med.* 2:237-242

⁹ Witte M. H. et al. 2001 Lymphangiogenesis and lymphangiodysplasia: from molecular to clinical lymphology. *Microsc.Res.Tech.* 55:122-145

¹⁰ Harvey N.L. et al. Lymphatic vascular defects promoted by Prox1 haploinsufficiency cause adult-onset obesity. *Nat.Genet.* 37:1072-1081

¹¹ Nougues J. et al. 1988 Differentiation of rabbit adipocyte precursors in primary culture. *Int.J.Obes.* 12:321-333

¹² Harwood C.A. et al. 1996 Lymphatic and venous function in lipedema. *Br.J.Dermatol.* 134:1-6

¹³ Rutkowski Joseph M., Davis Kathryn E., Scherer P.E., 2009, Mechanisms of Obesity and Related Pathologies: The Macro and Microcirculation of Adipose Tissue, *FEBS J.*, 276 (20): 5738-5746.

CALENDARIO 2015

Congressi Nazionali

MARZO

**NU. ME. NUTRITION AND METABOLISM
7TH INTERNATIONAL MEDITERRANEAN MEETING
UPDATE DIABETE, OBESITÀ E NUTRIZIONE CLINICA**
Riccione, 26-28 marzo 2015
Informazioni www.fondazioneadi.com

MAGGIO

XX CONGRESSO NAZIONALE AMD
Genova, 13-16 maggio 2015
Informazioni www.aemmedi.it

**38° CONGRESSO NAZIONALE SIE
SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOCRINOLOGIA**
Taormina 27-30 maggio 2015
Informazioni www.sie2015.it

GIUGNO

**OBESITY DAY 2015
WORK IN PROGRESS CORSO PER EQUIPE NUTRIZIONALE**
Matera, 19-20 giugno 2015
Informazioni www.obesityday.org

Congressi Internazionali

GIUGNO

**6th INTERNATIONAL DIETARY FIBRE CONFERENCE 2015
DF15 FROM FIBRE FUNCTIONALITY TO HEALTH**
Paris France, 1-3 June 2015
Informazioni <https://df2015.icc.or.at/home>

**INTERNATIONAL SOCIETY OF BEHAVIORAL NUTRITION
AND PHYSICAL ACTIVITY ISBNPA ANNUAL MEETING**
Edinburgh scotland, 3-6 June 2015
Informazioni <http://www.isbnpa2015.org/>

**IPC 2015
INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE ON
PROBIOTICS AND PREBIOTICS**
Budapest Ungheria 23-25 June 2015
Informazioni <http://www.probiotic-conference.net/>

**ICFSN 2015
INTERNATIONAL CONFERENCE ON FOOD SCIENCE AND
NUTRITION**
London UK 28-29 June 2015
Informazioni
<http://waset.org/conference/2015/06/london/ICFSN>

SETTEMBRE

51ST EASD ANNUAL MEETING
Stoccolma, 14-18 settembre 2015
Informazioni www.easd2015.com

OTTOBRE

**116° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA INTERNA**
Roma, 10-12 ottobre 2015
Informazioni www.simi.it

SID PANORAMA DIABETE
Riccione, 18-21 ottobre 2015
Informazioni www.siditalia.it

NOVEMBRE

**14° CONGRESSO NAZIONALE AME
ASSOCIAZIONE MEDICI ENDOCRINOLOGI**
Rimini, 5-8 novembre 2015
Informazioni www.associazionemediciendocrinologi.it

XX CONGRESSO NAZIONALE SIEDP
Roma, 25-27 novembre 2015
Informazioni www.siedp.it

DICEMBRE

**XXXVI CONGRESSO NAZIONALE SINU
ALIMENTI E DIETA: INNOVARE LA TRADIZIONE**
FIRENZE, 2-4 dicembre 2015

XVI CORSO NAZIONALE ADI
Roma, 10-12 dicembre 2015
Informazioni www.adiitalia.net

Incontri Sezioni Regionali ADI

**NUOVE FRONTIERE DELL'ALIMENTAZIONE:
DIFFERENZE NELL'ETÀ, NEI SESSI E NELL'ATTIVITÀ
SPORTIVA**
L'ADOLESCENTE, Piacenza, 7 febbraio 2015
L'ADULTO, Piacenza, 14 marzo 2015
LA DONNA, Piacenza, 11 aprile 2015
*L'ALIMENTAZIONE NELLO SPORT,
Piacenza, 21 Novembre 2015*
Informazioni www.adiitalia.net



Nu.Me. - Nutrition and Metabolism
7th International Mediterranean Meeting
UPDATE DIABETE, OBESITÀ e NUTRIZIONE CLINICA
RICCIONE • 26-28 marzo 2015

promosso da



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



www.fondazioneadi.com

RAZIONALE

Dieta Mediterranea è oggi sinonimo universale di alimentazione ideale. Per questi motivi la Fondazione A.D.I. (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica) ha ritenuto opportuno promuovere meeting che hanno nel titolo l'aggettivo mediterraneo e trattano di Nutrizione e Metabolismo.

Ma il Mediterraneo può essere definito un mare di montagne che ostacolavano i movimenti, limitavano le pianure e i campi, tracciavano sentieri impervi per gli uomini e le bestie. Il vero paradosso mediterraneo è che la storia degli uomini, in questa area, è stata consolidata proprio dalle montagne dove la vita contadina era dura e senza dubbio precaria ma al riparo dalla malaria e dai pericoli frequenti delle guerre che funestavano le coste. È importante ricordare che l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) ha iscritto nel 2010 la Dieta Mediterranea nella Intangible Heritage Lists (IHL) e dopo circa un anno si è avuta la pubblicazione della nuova piramide alimentare che in qualche modo ne è una conseguenza. Infatti alla base della piramide ci sono i comportamenti caratterizzanti l'area mediterranea e non più gli alimenti, in particolare l'attività fisica, il giusto riposo, la convivialità e tutto quanto è inerente la cucina e la gastronomia. Molti oggi parlano di Mediterraneità o di via mediterranea all'alimentazione; la risoluzione dell'UNESCO che ha riconosciuto il valore immateriale della dieta mediterranea ha contribuito, senza alcun dubbio, a spostare l'attenzione dai singoli alimenti ai comportamenti.

La Fondazione ADI ha voluto promuovere, anche in questa edizione, un incontro tra specialisti su tematiche di scottante attualità: l'obesità, il diabete, le patologie metaboliche, la malnutrizione e i risultati dei diversi tipi di diete. Sono tematiche solo in apparenza distanti (il diabete si accompagna spesso all'obesità cioè alla malnutrizione per eccesso) non solo perché unite da un marker metabolico comune, che è l'insulinoresistenza, ma per la condivisione della necessità di razionalizzare ed ottimizzare il trattamento e la prevenzione che non può prescindere dal cambiamento dello stile di vita. Modificare i comportamenti da sedentari ad attivi è una sfida che la Fondazione ADI ha raccolto e spera di portare a buon fine. Per questo motivo un particolare risalto viene dato alle pratiche virtuose e alle iniziative volte a implementare l'attività fisica.

Le patologie croniche non comunicabili (PCNC) rappresentano una delle sfide più difficili per tutti i sistemi sanitari, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, a causa

della loro continua e inesorabile crescita. L'esempio più paradigmatico è rappresentato dal diabete mellito e dall'obesità: il numero delle persone che ne sono affette e il costo sociale di queste patologie richiedono un'attenzione particolare.

Il diabete mellito (DM) rappresenta l'esempio più eclatante. Le stime più recenti indicano che l'8,3% di adulti - 382 milioni di persone - hanno il diabete, e il loro numero è destinato a salire ad oltre 592 milioni in meno di 25 anni. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2 ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia". Riduzioni anche minime dell'HbA1c permettono di ottenere una riduzione notevole delle complicanze. L'intervento deve essere il più precoce possibile (*the earlier, the better*) per evitare che la cattiva memoria metabolica aumenti il rischio di complicanze cardiovascolari.

La maggior parte dei report nazionali e internazionali evidenzia che la terapia del diabete tipo 2 non è né precoce né intensiva, denotando una inerzia terapeutica inaccettabile. Negli ultimi anni la disponibilità di nuovi farmaci quali gli inibitori del DPP IV e gli analoghi del GLP-1 hanno rappresentato nuove risorse terapeutiche.

Altro problema di grande attualità è la malnutrizione presente nel 20-40% dei pazienti alla loro ammissione in ospedale. Purtroppo è stato dimostrato che il 70% dei degenti peggiora il proprio stato nutrizionale durante i primi 10 giorni di ricovero e addirittura che vi è un mancato riconoscimento della patologia nel 62-70% dei casi. Per quanto riguarda l'Italia, lo studio nazionale PIMAI (Project Iatrogenic Malnutrition in Italy) ha evidenziato che all'ingresso in ospedale la percentuale di soggetti malnutriti è pari al 31.6% e l'indice di trascuratezza nutrizionale elevato. La Nutrizione Artificiale - nelle persone in cui l'alimentazione orale non è praticabile e/o non è sufficiente a soddisfare i fabbisogni calorico-proteici o è controindicata - influenza positivamente la prognosi, con riduzione di morbilità e mortalità, miglioramento del decorso clinico e della qualità di vita.

Al pari di quanto accade per il soggetto diabetico, anche per il malnutrito l'intervento non è né precoce né ottimizzato. Speriamo che questo incontro, che si apre ai giovani con il Premio Flaminio Fianza, possa contribuire a ridurre il fenomeno inaccettabile dell'inerzia terapeutica.

Dr. Giuseppe Fatati

PRESIDENTE FONDAZIONE ADI



RELATORI E MODERATORI

Maria Luisa Amerio, Asti
Luigi Angelini, Cesena
Jedrzej Antosiewicz, Gdnask (Polonia)
Tiziana Bacchetti, Ancona
Carmela Bagnato, Matera
Murat Baş, Instabul (Turchia)
Maurizio Battino, Ancona
Enrico Bertoli, Ancona
Jean-Michel Borys, Parigi (Francia)

Joao Breda, Lisbona (Portogallo)
Marco Buccianti, Follonica
Lorenza Caregaro Negrin, Padova
Antonio Caretto, Brindisi
Giuseppe Carruba, Palermo
Nicola Cecchi, Napoli
Saverio Cinti, Ancona
Stefano Coaccioli, Terni
Agostino Consoli, Chieti

Pierpaolo De Feo, Perugia
Cherubino Di Lorenzo, Roma
Giuseppe Fatati, Terni
Gianna Ferretti, Ancona
Maria Antonia Fusco, Roma
Paola Genovese, Alessandria
Anna Herman-Antosiewicz, Gdnask (Polonia)
Karsten Kristiansen, Copenhagen (Danimarca)
Annunziata Lapolla, Padova

Davide Lauro, Roma
 David Lazzari, Terni
 Sergio Leotta, Roma
 Lucio Lucchin, Bolzano
 Claudio Macca, Brescia
 Annalisa Maghetti, Bologna
 Giuseppe Malfi, Torino
 Edoardo Mannucci, Firenze
 Attilio Martorano, Potenza
 Mariangela Mininni, Potenza
 Santo Morabito, Messina

Antonio Nicolucci, Chieti
 Fabio Pagliara, Roma
 Barbara Paolini, Siena
 Mario Parillo, Caserta (NA)
 Amilcare Parisi, Terni
 Giuseppe Pipicelli, Soverato (CZ)
 Giannermete Romani, Perugia
 Mariangela Rondanelli, Pavia
 Anna Rita Sabbatini, Milano
 Federico Serra, Roma
 Marco Songini, Cagliari

Marco Tagliaferri, Termoli (CB)
 Eleonora Teodori, Terni
 Estefania Toledo, Pamplona (Spagna)
 Franco Tomasi, Ferrara
 Claudio Tubili, Roma
 Giustino Varrassi, Teramo
 Luisella Vigna, Milano
 Massimo Vincenzi, Faenza
 Natalia Visalli, Roma
 Michal Wozniak, Gdnask (Polonia)

PROGRAMMA

GIOVEDÌ 26 MARZO 2015

- Ore 13.30 Apertura della segreteria ed accreditamento dei partecipanti
 Ore 14.00 **Apertura dei lavori**
Giuseppe Fatati - Presidente Fondazione ADI
Indirizzi di salute
Antonio Caretto - Presidente ADI

PLENARY LECTURE

Introduction of speaker
Antonio Caretto, Maria Antonia Fusco

- Ore 14.30 **L'organo adiposo: update 2015**
Saverio Cinti

I SESSIONE

DM2 2015

Moderatori: *Antonio Caretto, Maria Antonia Fusco*

- Ore 15.00 **Epidemiologia del DM**
Antonio Nicolucci
 Ore 15.20 **Stress ossidativo ed evoluzione della Patologia Diabetica**
Davide Lauro
 Ore 15.40 **DM e malaria**
Eleonora Teodori
 Ore 16.00 **Target glicemici e nuove tecnologie**
Claudio Tubili
 Ore 16.20 **Nuove frontiere della chirurgia metabolica**
Amilcare Parisi
 Ore 16.40 **DISCUSSIONE**
 Ore 17.10 **Coffee and Wellness Break**

PLENARY LECTURE

Introduction of speaker
Maria Luisa Amerio, Luisella Vigna

- Ore 17.40 **Comparison of Protein Diet with the Mediterranean diet: short-term results**
Murat Baş

II SESSIONE

NEW DIETS

Moderatori: *Maria Luisa Amerio, Luisella Vigna*

- Ore 18.00 **Dieta proteica nel paziente cefalalgico**
Cherubino Di Lorenzo
 Ore 18.20 **Protocollo pre-bariatrico Vlcd**
Paola Genovese
 Ore 18.40 **Sarcopenia: nuovi approcci terapeutici**
Mariangela Rondanelli
 Ore 19.00 **DISCUSSIONE**
 Ore 19.30 **CONCLUSIONI**

VENERDÌ 27 MARZO 2015

PLENARY LECTURE

Introduction of speaker
Anna Rita Sabbatini

- Ore 8.30 **DCA e DM**
Mariangela Mininni

III SESSIONE

MEDITERRANEAN STREET FOOD

Moderatori: *Maurizio Battino, Massimo Vincenzi*

- Ore 9.00 **Componenti naturali: realtà e falsi miti**
Maurizio Battino
 Ore 9.20 **The PREDIMED trial: presentation and recent developments**
Estefania Toledo
 Ore 9.40 **Dieta mediterranea e neoplasie**
Giuseppe Carruba
 Ore 10.00 **DISCUSSIONE**
 Ore 10.30 **Coffee and Wellness Break**

PLENARY LECTURE

Introduction of speaker
Nicola Cecchi

- Ore 11.00 **Nuove terapie nel DM2**
Edoardo Mannucci

IV SESSIONE

OBESITY AND PAIN THERAPY

TAVOLA ROTONDA

Moderatori: *Stefano Coaccioli, Claudio Macca*

- Ore 11.30 **Impatto sociale del dolore cronico ed iniziative europee per contrastarlo**
Giustino Varrassi
- Ore 11.50 **Obesità e dolore**
Stefano Coaccioli
- Ore 12.10 **Obesità: il dolore delle rinunce**
David Lazzari
- Ore 12.30 **DISCUSSIONE**
- PLENARY LECTURE**
Introduction of speaker
Nicola Cecchi
- Ore 13.00 **SGLT2 inhibitors**
Agostino Consoli
- Ore 13.30 **Buffet Lunch**
- Ore 13.30 **SESSIONE POSTER**
- Sessione Poster 1 - Obesity Day**
Moderatori: *Carmela Bagnato, Anna Lisa Maghetti*
- Sessione Poster 2 - Premio Fianza**
Moderatori: *Marco Buccianti, Santo Morabito, Anna Rita Sabbatini*
- PLENARY LECTURE**
Introduction of speaker
Saverio Cinti
- Ore 14.30 **The Adipocyte: molecular transdifferentiation pathway**
Karsten Kristiansen

V SESSIONE

CHILDHOOD OBESITY PREVENTION: METHODS, PROGRESS AND INTERNATIONAL DEVELOPMENTS

Moderatori: *Pierpaolo De Feo, Giuseppe Fatati*

- PLENARY LECTURE**
- Ore 15.00 **The approach of WHO EUROPE to prevent childhood obesity**
Joao Breda
- Ore 15.30 **The EPODE strategy to prevent childhood obesity**
Jean-Michel Borys
- Ore 15.50 **E.U.R.O.B.I.S. (Epoche Umbria Region Obesity Intervention Study)**
Pierpaolo De Feo
- Ore 16.10 **Beat the Street in Italy**
Giannermete Romani
- Ore 16.30 **DISCUSSIONE**
- Ore 16.50 **Ricordo Prof. Aldo Svegliati Baroni**
Paola Nanni

VI SESSIONE

IMMUNOLOGY AND NEW FRONTIERS IN NUTRITION

Moderatori: *Enrico Bertoli, Barbara Paolini*

- Ore 17.00 **Molecular sociopathic axis culminating in immune dysfunction in diabetic subjects**
Michal Wozniak
- Ore 17.20 **Pro-inflammatory effects of iron: role of diet and exercise**
Jedrzej Antosiewicz, Anna Herman-Antosiewicz

- Ore 17.40 **High density lipoproteins: friend or foe?**
Tiziana Bacchetti
- Ore 18.00 **An apple a day takes the doctor away. Bioactive role of apple polyphenols**
Gianna Ferretti
- Ore 18.20 **DISCUSSIONE**
- Ore 18.50 **CONCLUSIONI**

SABATO 28 MARZO 2015

VII SESSIONE

NEW MEDICINE

Moderatori: *Marco Tagliaferri, Lorenza Caregaro Negrin*

- PLENARY LECTURE**
- Ore 8.15 **Il perché di un manifesto delle criticità in nutrizione**
Lucio Lucchin
- Ore 8.45 **Slow medicine: le pratiche ADI da abbandonare**
Maria Luisa Amerio
- Ore 9.05 **Etica e nutrizione artificiale**
Giuseppe Malfi
- Ore 9.25 **DISCUSSIONE**
- Ore 10.00 **Coffee and Wellness Break**

VIII SESSIONE

GOOD PRACTICES FOR HEALTH MANAGEMENT

- TAVOLA ROTONDA**
Moderatore: *Attilio Martorano*
- Ore 10.30 **Urbanizzazione, obesità e patologie metaboliche**
Federico Serra
- Ore 10.45 **Progetto "Atletica e Salute"**
Fabio Pagliara
- Ore 11.00 **Progetto "Wellness Valley"**
Luigi Angelini
- Ore 11.15 **Iniziative Lions per il diabete**
Marco Songini
- Ore 11.30 **DISCUSSIONE**

IX SESSIONE

ADI-AMD-SID STUDY GROUP

Moderatori: *Sergio Leotta, Franco Tomasi*

- Ore 12.00 **Raccomandazioni nutrizione, diabete e gravidanza**
Annunziata Lapolla
- Ore 12.20 **Raccomandazioni su trattamento insulinico in NA: rationale per una revisione**
Mario Parillo
- Ore 12.40 **Diabete e emigrazione**
Natalia Visalli
- Ore 13.00 **DISCUSSIONE**
Discussant: *Giuseppe Pipicelli*
- Ore 13.30 **Premiazione Sessioni Premio Fianza e Obesity Day**
Santo Morabito, Massimo Vincenzi
Questionario ECM
Chiusura dei lavori

INFORMAZIONI

SEDE CONGRESSUALE

I lavori congressuali si svolgeranno presso
Palazzo dei Congressi di Riccione
 Viale Virgilio, 17 int. 1 - 47838 Riccione
 Tel. 0541 474200 Fax 0541 607482 www.palariccione.com

CREDITI FORMATIVI ECM

Numero di accreditamento ECM: 3599-117758

Ore Formative: N. 19

Crediti ECM Assegnati: N. 14,5

L'evento è stato accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua per le seguenti figure professionali:

- MEDICO CHIRURGO* • DIETISTA • INFERMIERE • PSICOLOGO
- BIOLOGO • FARMACISTA

* DISCIPLINE DI RIFERIMENTO PER LA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO: Endocrinologia, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Medicina Interna, Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, Gastroenterologia, Medici di Medicina Generale, Geriatria, Medicina dello Sport, Oncologia e Psichiatria

METODO DI VERIFICA

Per conseguire i crediti ECM è necessario:

- Garantire la propria presenza in sala per il 100% della durata dei lavori
- Aver risposto correttamente al 75% dei quesiti del questionario di apprendimento
- Aver consegnato il dossier ECM compilato in ogni sua parte

Alla fine del Congresso e dopo la valutazione dei documenti ECM da parte del provider, a tutti gli aventi diritto, sarà inviato all'indirizzo di posta elettronica indicato sul modulo, l'attestato ECM con la certificazione dei crediti ottenuti.

4° PREMIO FLAMINIO FIDANZA (SPAZIO ALLE IDEE)

Nel mese di Marzo 2012 all'età di 93 anni, si è spento a Perugia, dove viveva assieme alla moglie, Prof.ssa Adalberto Alberti, il Prof. Flaminio Fidanza, uno dei massimi esperti mondiali della dieta mediterranea. Fidanza aveva fatto parte dal 1957 in poi dell'equipe di studiosi, guidata da Ancel Keys, che sul territorio nazionale aveva condotto il cosiddetto Studio dei Sette Paesi ed era stato soprattutto lui, negli anni successivi, a curare il monitoraggio e la raccolta dei dati. La Fondazione ADI lo vuole ricordare come scienziato e come uomo che in tutta la sua vita ha dato spazio alle idee.

Regolamento

Art 1. Il Premio è riservato agli iscritti al 7° International Mediterranean Meeting Nu.Me Nutrition and Metabolism che si terrà a Riccione nei giorni 26-28 marzo 2015, di età inferiore ai 35 anni, appartenenti alle diverse categorie per cui è stato chiesto l'accreditamento (medico, biologo, dietista, farmacista, infermiere, psicologo).

Art 2. La finalità del Premio è quella di incoraggiare le idee e la ricerca. Sono previsti 3 premi che consistono nella quota di iscrizione e soggiorno in occasione del XVI Corso Nazionale ADI edizione 2015. Ulteriori riconoscimenti potranno essere assegnati a discrezione degli organizzatori.

Art 3. Gli aspiranti dovranno presentare l'idea di un progetto di ricerca originale (non svolto) sotto forma di poster, ed esporlo nel corso del meeting nell'area appositamente riservata. Il progetto di ricerca dovrà essere inerente alle tematiche trattate durante il Congresso.

Art 4. L'elaborato dovrà essere sinteticamente suddiviso in:

- Razionale • Materiali e metodi • Risultati attesi • Ipotesi conclusive e commenti • Bibliografia (non più di 5 voci bibliografiche)

Art 5. Gli elaborati saranno discussi e giudicati da una commissione di almeno tre esperti nominata dal CdA della Fondazione. I premi saranno assegnati secondo giudizio insindacabile della stessa Commissione.

PRESENTAZIONE POSTER

SESSIONE OBESITY DAY SESSIONE PREMIO FIDANZA

DEADLINE: 27 febbraio 2015

Nell'ambito del programma scientifico del Congresso sono previste Sessioni di Comunicazioni Poster. Una Sessione sarà riservata ai Centri Obesity Day, che sono invitati a presentare un elaborato riassuntivo delle iniziative locali relative alla campagna Obesity Day 2014. I migliori tre elaborati saranno premiati nella giornata conclusiva del Congresso.

Gli abstract dovranno essere inviati al Chairman Scientifico: Dr. Giuseppe Fatafi - g.fatafi@aospertini.it e p.c. alla Segreteria Organizzativa VIVAVOCE - info@viva-voce.it

NORME PER LA COMPILAZIONE

TITOLO (deve essere scritto in caratteri minuscoli)

AUTORI (il nome degli autori va posto in grassetto, senza titoli, con il nome puntato seguito dal cognome) IL TESTO DEVE ESSERE REDATTO SECON-

DO IL SEGUENTE SCHEMA: • Razionale • Materiali e metodi • Risultati • Conclusioni.

VOCI BIBLIOGRAFICHE (limitate all'essenziale, dovranno essere riportate alla fine del lavoro).

TESTO (dovrà essere scritto in caratteri minuscoli, in formato Word, font Times New Roman, corpo 12, massimo 5.000 caratteri, spazi inclusi. Non si accettano lavori in formato Jpeg o PDF. Non inviare il testo tramite fax ma solo via e-mail).

ABBREVIAZIONI (vanno citate per esteso la prima volta che compaiono).

Non verranno accettati poster inviati via fax. Si ricorda che la presentazione di una comunicazione poster è subordinata all'iscrizione al Congresso di almeno un autore, che non potrà presentare più di n. 2 lavori. A tutti gli autori sarà inviata comunicazione dalla Segreteria Organizzativa dell'avvenuta accettazione all'indirizzo del primo autore indicato.

QUOTA DI ISCRIZIONE RESIDENZIALE (IVA 22% esclusa)

PER TUTTE LE CATEGORIE	Entro il 23 febbraio 2015	Dopo il 23 febbraio 2015
HOTEL FASCIA A	€ 500,00	€ 600,00
HOTEL FASCIA B	€ 450,00	€ 550,00

La quota di iscrizione residenziale comprende:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche • Kit congressuale e materiale didattico • Attestato di partecipazione • Dossier ECM • Coffee Break • Welcome Cocktail di giovedì 26 marzo • Buffet lunch di venerdì 27 marzo • Social Dinner di venerdì 27 marzo • N. 2 pernottamenti in camera due per la notte del 26 e 27 marzo (Hotel 4 stelle superior per la fascia A e Hotel 4 stelle standard per la fascia B - incluse tasse di soggiorno)

QUOTA DI ISCRIZIONE NON RESIDENZIALE (IVA 22% esclusa)

PER TUTTE LE CATEGORIE	Entro il 23 febbraio 2015	Dopo il 23 febbraio 2015
	€ 300,00	€ 400,00

La quota di iscrizione non residenziale comprende:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche • Kit congressuale e materiale didattico • Attestato di partecipazione • Dossier ECM • Coffee Break • Welcome Cocktail di giovedì 26 marzo • Buffet lunch di venerdì 27 marzo • Social Dinner di venerdì 27 marzo
- Per l'iscrizione si prega di inviare alla Segreteria Organizzativa la scheda compilata possibilmente entro il **23 febbraio 2015** unitamente al saldo. **Non saranno ritenute valide le iscrizioni pervenute senza il relativo pagamento.** La Segreteria Organizzativa provvederà alla riconferma dell'iscrizione inviando il relativo voucher via e-mail.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota di iscrizione potrà essere effettuato tramite:

BONIFICO BANCARIO

intestato a Vivavoce Srl - c/o Crediumbra - Agenzia di Orvieto
 IBAN IT 55 V 07075 25701 000000 900 082 (rif. NUME 2015)

CARTA DI CREDITO

(Visa - Eurocard - Mastercard)

CANCELLAZIONI E RIMBORSI

La cancellazione dell'iscrizione pervenuta per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il **27 febbraio 2015** darà diritto ad un rimborso totale dell'importo versato, previa detrazione di € 60,00 per spese amministrative. Dopo tale data non sarà riconosciuto nessun rimborso. I rimborsi saranno effettuati solo al termine del Corso.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

In aereo

A 10 minuti da Riccione: Aeroporto Internazionale "Federico Fellini"
www.riminiairport.com

A 45 minuti da Riccione: Aeroporto di Ancona-Falconara "R. Sanzio"
www.ancona-airport.com

A 60 minuti da Riccione: Aeroporto Internazionale "G. Marconi"
www.bologna-airport.it

In auto

Riccione è collocata lungo l'Autostrada A14 con cui si raggiunge comodamente la A4 per Venezia, la A22 per il passo del Brennero e la A1 per Firenze, Roma e Napoli.

Autostrada A14 Bologna - Taranto uscita Riccione

Per informazioni: www.autostrade.it
 oppure www.traffico.rai.it

In treno

La stazione ferroviaria di Riccione è ben servita da comodi treni a tutte le ore ed è situata a due passi dal centro. Per informazioni: www.trenitalia.it



Nu.Me. - Nutrition and Metabolism 7th International Mediterranean Meeting UPDATE DIABETE, OBESITÀ e NUTRIZIONE CLINICA R I C C I O N E ♦ 2 6 - 2 8 m a r z o 2 0 1 5

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Si prega di compilare in stampatello, barrare le opzioni indicate ed inviare a:

VIVA VOCE
Via Angelo da Orvieto, 36 | 05018 Orvieto (TR)
Tel 0763 39 17 51/52 | Fax 0763 34 48 80 | e-mail: info@viva-voce.it

DEADLINE: 23 febbraio 2015

1. DATI PERSONALI

Nome e Cognome

Qualifica

Codice Fiscale

INDIRIZZO PRIVATO

Via CAP Città (.....)

Tel Fax

E-mail Cell

INDIRIZZO OSPEDALE/UNIVERSITÀ

Via CAP Città (.....)

Tel Fax

E-mail

Inviare corrispondenza a: UNIVERSITÀ/OSPEDALE INDIRIZZO PRIVATO

2. QUOTA DI ISCRIZIONE RESIDENZIALE

(IVA 22% esclusa)

PER TUTTE LE CATEGORIE	Entro il 23 febbraio 2015	Dopo il 23 febbraio 2015
HOTEL FASCIA A	€ 500,00	€ 600,00
HOTEL FASCIA B	€ 450,00	€ 550,00

La quota di iscrizione residenziale comprende:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche
- Kit congressuale e materiale didattico
- Attestato di partecipazione
- Dossier ECM
- Coffee Break
- Welcome Cocktail di giovedì 26 marzo
- Buffet lunch di venerdì 27 marzo
- Social Dinner di venerdì 27 marzo
- N. 2 pernottamenti in camera due per le notti del 26 e 27 marzo (Hotel 4 stelle superior per la fascia A e Hotel 4 stelle standard per la fascia B - incluse tasse di soggiorno)

3. QUOTA DI ISCRIZIONE NON RESIDENZIALE

(IVA 22% esclusa)

	Entro il 23 febbraio 2015	Dopo il 23 febbraio 2015
PER TUTTE LE CATEGORIE	€ 300,00	€ 400,00

La quota di iscrizione non residenziale comprende:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche
- Kit congressuale e materiale didattico
- Attestato di partecipazione
- Dossier ECM
- Coffee Break
- Welcome Cocktail di giovedì 26 marzo
- Buffet lunch di venerdì 27 marzo
- Social Dinner di venerdì 27 marzo

Per l'iscrizione si prega di inviare alla Segreteria Organizzativa la scheda compilata possibilmente **entro il 23 febbraio 2015** unitamente al saldo. **Non saranno ritenute valide le iscrizioni pervenute senza il relativo pagamento.** La Segreteria Organizzativa provvederà alla riconferma dell'iscrizione inviando il relativo voucher via e-mail.

4. RIEPILOGO DI PAGAMENTO

Quota di iscrizione residenziale Hotel fascia A	€
Quota di iscrizione residenziale Hotel fascia B	€
Quota di iscrizione non residenziale	€
	IVA 22% €
TOTALE PAGAMENTO	€

5. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota di iscrizione potrà essere effettuato tramite:

▶ BONIFICO BANCARIO

Intestato a Vivavoce Srl

c/o Crediumbria - Agenzia di Orvieto - IBAN IT 55 V 07075 25701 000000 900 082 (Rif. NUME 2015)

▶ CARTA DI CREDITO

VISA

EUROCARD

MASTERCARD

N. Carta / / / / SCADENZA /

Nome dell'intestatario

Qualora l'Ente Pubblico (ASL, Azienda Ospedaliera), che intenda effettuare iscrizioni, non fosse in grado di effettuare il pagamento secondo le modalità previste, la quota dovrà essere anticipata dal partecipante al quale verrà inviata fattura quietanzata intestata all'Ente di riferimento.

6. DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome/Ente

Via CAP Città (.....)

Codice fiscale / P.IVA

Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA

Richiesta di esenzione IVA (art. 10 DPR n. 633/72 - art. 14-comma 10; legge n. 537 del 24.12.1993)

Gli Enti Pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio sopra riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

7. CANCELLAZIONI E RIMBORSI

La cancellazione dell'iscrizione pervenuta per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il **27 febbraio 2015** darà diritto ad un rimborso totale dell'importo versato, previa detrazione di € 60,00 per spese amministrative. Dopo tale data non sarà riconosciuto nessun rimborso. I rimborsi saranno effettuati solo al termine del Meeting.

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n. 675/1996 e del DL n. 196/2003.

DATA FIRMA

**Obesity
Day** IO • net
italian obesity network



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



**WORK
IN PROGRESS
CORSO PER EQUIPE
NUTRIZIONALE**

M A T E R A
19 • 20 GIUGNO
2 0 1 5

Project Management

VIVA VOCE
Provider Ecm ID 3599
Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763 391751
Fax 0763 344880
www.viva-voce.it

Direttore Scientifico

Carmela Bagnato
Responsabile U.O.
Nutrizione Clinica e Dietetica
Ospedale
Madonna delle Grazie
Matera

**SAVE
THE DATE**

XVI CORSO NAZIONALE ADI

ROMA
10-12 DICEMBRE 2015

**INTEGRAZIONE PROFESSIONALE
IN NUTRIZIONE DALLA PREVENZIONE
AI PERCORSI TERAPEUTICI**

SAVE THE DATE



PRESIDENTE

Antonio CARETTO - Brindisi

PAST-PRESIDENT

Lucio LUCCHIN - Bolzano

SEGRETARIO GENERALE

Lorenza CAREGARO NEGRIN - Padova

VICE-SEGRETARIO

Barbara PAQLINI - Siena

TESORIERE

Anna Rita SABBATINI - Milano

CONSIGLIERI

Marco BUCCIANTI - Follonica

Claudio MACCA - Brescia

Giuseppe MALFI - Cuneo

Mariangela MININNI - Potenza

Claudio TUBILI - Roma

SEDE CONGRESSUALE

Centro Congressi Ergife Palace Hotel

Via Aurelia, 619 - 00165 Roma

www.ergifepalacehotel.com

WWW.ADIITALIA.NET

QUOTE DI ISCRIZIONE

	ENTRO IL 03.10.2015	DOPO IL 03.10.2015
SOCI ADI		
MEDICO - BIOLOGO - FARMACISTA	€ 400,00	€ 450,00
DIETISTA- INFERMIERE	€ 350,00	€ 400,00
La quota ridotta è riservata ai Soci in regola con il pagamento della quota sociale 2015.		
NON SOCI ADI * *		
MEDICO - BIOLOGO - FARMACISTA	€ 500,00	€ 550,00
DIETISTA-INFERMIERE	€ 450,00	€ 500,00
* * La quota di iscrizione NON SOCIO ADI include la quota sociale ADI per il 2015.		
ISCRITTI SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE	€ 250,00	€ 300,00
SOCI ADI UNDER 30		
TUTTE LE CATEGORIE	€ 200,00	€ 250,00
NON SOCI ADI UNDER 30		
TUTTE LE CATEGORIE	€ 250,00	€ 300,00

Per usufruire della quota UNDER 30 è necessario allegare copia del documento di identità unitamente alle schede di iscrizione. La quota ridotta è riservata ai Soci in regola con il pagamento della quota sociale 2015.

LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE:

- partecipazione alle sessioni scientifiche
- kit congressuale
- volume degli atti (numero speciale di ADI Magazine) e penna usb
- materiale e dossier ecm
- attestato di partecipazione
- open coffee e colazione di lavoro
- cocktail di benvenuto

CENA SOCIALE

TUTTE LE CATEGORIE	€ 100,00	€ 120,00
--------------------	----------	----------

Tutte le quote sopra indicate sono IVA 22% esclusa

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

PROMEEETING®
convegni & relazioni pubbliche

Via Angelo da Orvieto, 36 | 05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763 344890 | Fax 0763 344880
info@promeeeting.it | www.promeeeting.it

La celiachia: il camaleonte clinico

Professor Carlo Catassi

Associato di Pediatria presso l'Università Politecnica delle Marche e coordinatore del Comitato Scientifico del Dr. Schär Institute

Il camaleonte è notoriamente un “simpatico” rettile africano in grado di cambiare aspetto, grazie alla sua unica capacità di mutare il colore della pelle. In medicina l’aggettivo “camaleontico” viene utilizzato per indicare quelle patologie che si possono presentare in tanti modi diversi, situazione che è ben esemplificata dalle molteplici e variabili presentazioni cliniche della celiachia. La forma tipica intestinale, caratteristica del bambino piccolo che presenta diarrea cronica, inappetenza, ritardo di crescita ed addome espanso, è quella nota da tempo immemorabile e più facile da sospettare. Da quando si sono diffusi esami di laboratorio, come gli anticorpi anti-trasglutaminasi, che permettono di ricercare la celiachia con un semplice esame di sangue, sono state messe in luce tante altre possibili presentazioni, molte delle quali insospettabili precedentemente: tra queste, cosiddette forme atipiche o non-classiche, merita ricordare ad esempio la bassa statura ed il ritardo puberale, l’epatite, l’anemia da carenza di ferro (specie nei casi che non rispondono alla cura con ferro somministrato per bocca), la stanchezza cronica, il dolore addominale ricorrente e la stomatite aftosa ricorrente. Esistono poi le forme silenziose, cioè quei casi di celiachia scoperti per caso, ad es. per un esame “a tappeto” dei familiari di un bambino celiaco, in soggetti che non presentano apparentemente alcun disturbo. Questa grande variabilità clinica della celiachia indica forse l’esistenza di forme diverse dal punto di vista della gravità e del rischio di complicanze? La risposta è sostanzialmente negativa, poiché in tutti i casi di celiachia, siano essi tipici, atipici o silenziosi, si riscontrano le stesse alterazioni autoimmuni a livello del sangue (autoanticorpi) e la stessa tipologia di lesione della mucosa intestinale alla biopsia. Anche il rischio di complicanze rimane lo stesso, poiché è ben noto che, ad esempio, una forma di celiachia silente si può complicare, se non curata, con osteoporosi, manifestazioni neurologiche o refrattarietà al trattamento dietetico (di cui si parla in altro articolo del presente fascicolo). Quindi, a fronte della variabilità di aspetto del camaleonte celiaco, il trattamento dietetico deve essere sempre lo stesso, cioè la dieta rigorosamente priva di glutine. Resta da chiarire quale sia la strategia più indicata per riconoscere tutti i casi di celiachia, compresi quelli clinicamente più sfumati. Fino ad ora si era sempre sostenuto che la politica migliore fosse quella del “case-finding” cioè la ricerca della celiachia nei soggetti che appartengono a categorie a rischio per sintomi o condizioni associate. I dati più recenti indicano tuttavia che in tal modo si riesce a riconoscere non più del 30% della casistica complessiva di celiachia, mentre gli altri 70% sfuggono alla diagnosi e rimangono esposti al rischio di complicanze. Pertanto, prende sempre più campo l’ipotesi, tra gli esperti, di riconsiderare la possibilità di uno screening generale della popolazione in età pediatrica. Questo approccio oggi non solo è realizzabile, ma può essere anche semplificato attraverso una sorta di “filtro pre-screening”, basato sulla ricerca dei geni di predisposizione alla celiachia. In tal modo è possibile limitare i prelievi di sangue venoso ai bambini geneticamente predisposti. Questa innovativa strategia diagnostica permetterebbe finalmente di riconoscere il camaleonte celiaco anche quando cambia aspetto.

Che Cos'è l'A.D.I.

L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica è stata costituita il 6 marzo 1950 dal Prof. Emidio Serianni allo scopo di "promuovere e sostenere tutte le iniziative scientifico-culturali e didattiche che possono interessare, sotto ogni aspetto, le scienze dell'alimentazione".

Negli oltre 50 anni di vita dell'A.D.I. si sono succeduti alla presidenza clinici e studiosi illustri: Silvestro Baglioni, Giuseppe Caronia, Pasquale Montenero, Eugenio Del Toma.

L'attuale Ufficio di Presidenza è così costituito:

Presidente: A. Caretto

Past President: L. Lucchin

Segretario Generale: L. Caregaro Negrin

Vice Segretario Generale: B. Paolini

Tesoriere: A. R. Sabbatini

Consiglieri: M. Buccianti, C. Macca, G. Malfi, M. Mininni, C. Tubili

In ottemperanza alle norme del suo statuto, rientrano in particolare nella sfera degli interessi dell'A.D.I. sia le problematiche di carattere dietologico, e nutrizionistico, che l'educazione alimentare. L'A.D.I. è un'associazione senza fini di lucro e lo statuto esclude qualsiasi finalità sindacale, politica o religiosa. L'A.D.I., per la realizzazione dei suoi fini cura:

- l'impostazione di programmi e di iniziative che favoriscano l'aggiornamento dei soci su temi dietologici e nutrizionali;
- la ricerca di collegamenti con altre associazioni,

società, enti e istituzioni scientifiche e culturali;

- i rapporti con la stampa e gli altri mezzi di comunicazione di massa, soprattutto per quanto concerne le iniziative di educazione e informazione alimentare;
- lo studio di opportune proposte concernenti la politica alimentare, collaborando alla migliore attuazione di esse;
- sostiene le iniziative volte a potenziare l'insegnamento universitario di materie che rientrano nella sfera dei suoi interessi e promuove iniziative culturali e di aggiornamento professionale per medici, paramedici, dietisti e per operatori nel campo della alimentazione e della nutrizione clinica. Inoltre sostiene le iniziative volte a dare impulso alla educazione alimentare nelle scuole.

RECAPITI ADI

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI

Segreteria Delegata

PROMEEETING

Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 Orvieto (TR)

Tel. 0763.393621 - Fax 0763.344880

segreteria@adiitalia.net - www.adiitalia.net

Quote Sociali ADI

€ 40,00 per le Lauree Triennali, € 70,00 per le Lauree Magistrali e di II livello, come segue:

- a mezzo bollettino postale c/c n° 41419003 intestato a ADI
- a mezzo bonifico bancario intestato ad ADI presso Deutsche Bank SpA - Ag. Roma 2 (Via Cola di Rienzo, 93 - 00192 Roma) IBAN: IT 22 V 03104 03201 000000821193
- a mezzo carta di credito online sul sito www.adiitalia.net.

Per accedere al servizio cliccare su Cos'è l'ADI >

Come associarsi > Pagamento quote Online

La informo che la quota di adesione è valida dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno e il rinnovo deve essere effettuato entro il 31 marzo dell'anno successivo. Qualora il pagamento fosse effettuato a mezzo bollettino postale, voglia gentilmente inviarmi la ricevuta via fax al seguente numero: 0763.344.880 oppure via e-mail.

PER GLI ASPIRANTI SOCI

Si precisa che per l'iscrizione all'ADI occorre inviare alla Segreteria Delegata ADI un sintetico curriculum e la domanda di iscrizione.

Il Consiglio, dopo aver esaminato il curriculum, comunicherà al socio l'avvenuta iscrizione in qualità di *aggregato* (neolaureati o neodiplomati senza comprovata esperienza nel settore nutrizionale) o *effettivo*. I soci aggregati possono richiedere il passaggio a socio effettivo trascorsi i due anni

SI SOLLECITANO I SOCI CHE NON HANNO ANCORA CORRISPOSTO LE QUOTE ARRETRATE A PROVVEDERE AL PAGAMENTO ENTRO IL PRIMO TRIMESTRE DI OGNI ANNO

VARIAZIONI DI INDIRIZZO

Ti ricordiamo di comunicarci tempestivamente all'indirizzo segreteria@adiitalia.net eventuali variazioni dei tuoi dati anagrafici e di contatto (residenza, domicilio, email), al fine di evitare spiacevoli inconvenienti nell'invio delle riviste e delle comunicazioni elettroniche.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13

DEL D. LEGS. 196/2003

Informiamo coloro che ricevono questa pubblicazione a mezzo posta che i dati in nostro possesso e quelli che ci saranno forniti, potranno essere trattati in versione cartacea, informatica e telematica. Le informazioni fornite e conservate presso gli uffici della Segreteria Delegata ADI non saranno cedute a terzi, ma saranno da noi custodite con assoluta riservatezza esclusivamente per la gestione dei rapporti istituzionali dell'ADI e per l'invio di pubblicazioni, informazioni, comunicazioni, programmi di convegni ed eventi congressuali, inviti.

Norme per gli Autori

La rivista ADI MAGAZINE pubblica editoriali, articoli originali, rassegne su argomenti attinenti la Dietetica, Nutrizione Clinica, l'Educazione Alimentare e quanto possa essere di interesse per gli associati.

Speciali rubriche sono inoltre dedicate alle attività svolte in campo associativo, congressuale, sociale, culturale, di informazione e di politica sanitaria inerenti l'area della Dietologia e Nutrizione Clinica. Tutti i lavori inviati, compresa l'iconografia, dovranno avere carattere di originalità e non essere stati precedentemente pubblicati. Si intende in ogni caso che gli Autori sono gli unici responsabili dell'originalità del loro articolo.

EDITORIALI

Gli editoriali verranno richiesti direttamente agli Autori dalla Redazione della rivista.

LAVORI ORIGINALI

I lavori originali devono essere inviati completi di eventuali tabelle e figure, (circa 28 righe per pagina). Il manoscritto non deve superare le 20 pagine escluse tabelle, figure e bibliografia.

In pagina separata devono essere segnalati:

- 1) titolo dell'articolo
 - 2) nome e cognome degli Autori
 - 3) Istituto o Ente di appartenenza degli Autori
 - 4) Indirizzo dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il manoscritto va suddiviso nelle seguenti parti: titolo,

introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione, bibliografia, riassunto e parole chiave (fino a 5).

RASSEGNE

La rassegna non deve superare le 30 pagine escluse tabelle, figure, bibliografia e riassunto..

CASI CLINICI

I casi clinici devono essere presentati suddivisi nelle seguenti parti: storia, clinica, esame obiettivo, esami di laboratorio e strumentali, diagnosi e diagnosi differenziale, discussione e trattamento. Devono essere inoltre corredati da bibliografia e da una flow chart diagnostico-terapeutica riassuntiva.

TABELLE E FIGURE

Le tabelle, numerate con numeri romani, devono essere corredate di didascalie. Le figure vanno numerate con numeri arabi e le loro didascalie vanno riportate su foglio separato.

BIBLIOGRAFIA

La lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba, senza parentesi; va redatta secondo le regole dell'Index Medicus. Esempi: 1. Fraser GE, Philips RL, Harris R. Physical fitness and blood pressure in school children. *New Engl J Med* 1983; 67: 405-10. 2. Astrand PO, Rodahe K. Textbook of work physiology. New York: McGraw-Hill 1986: 320. Si notino alcune particolarità grafiche: a) iniziali dei nomi e cognomi senza punto; b) abbreviazioni,

viazioni dei titoli delle riviste (secondo le liste ufficiali), senza il punto; c) assenza di carattere corsivo, il che significa nessuna sottolineatura nel dattiloscritto; d) iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo dell'articolo.

INVIO DEI LAVORI

I manoscritti devono essere inviati via mail al Direttore Scientifico:

Dott. Mario Parillo

Geriatrics, Endocrinologia, Malattie del Ricambio

AORN S. Anna e S. Sebastiano - Caserta

Tel. 0823.232175 - e-mail: mparill@tin.it

I lavori originali verranno sottoposti all'esame di uno o più revisori competenti dell'argomento trattato. Le rassegne verranno esaminate per l'accettazione dalla Redazione della Rivista.

BOZZE DI STAMPA

La Redazione provvederà alla correzione delle bozze senza assumersi alcuna responsabilità nel caso di imperfezioni; la correzione delle bozze è limitata alla semplice revisione tipografica. La pubblicazione del lavoro, comprese tabelle e figure, è gratuita.

RIVISTA

Gli Autori riceveranno 2 copie gratuite della rivista. Eventuali ulteriori copie ed estratti sono a carico degli stessi. A tale riguardo si prega di contattare

PROMEEETING.

MODULO DI ISCRIZIONE

Modulo scaricabile on line sul sito
www.adiitalia.net

Il/la sottoscritto/a data e luogo di nascita

Categoria Medico Dietista Biologo Farmacista Infermiere Altro (specificare)

residente in Via Prov. CAP

Tel. Cell. Fax E-Mail

Laureato/a in il c/o Università di

Diplomato/a in Dietetica il c/o Università di

Laureato/a in Dietetica con Master di I/II livello il c/o Università di

Dietista con Diploma di Economo Dietista (ITF)

e tirocinio praticato presso il Servizio di Dietologia di

Specializzato/a in Scienza dell'Alimentazione il

presso l'Università di Specialista in

Attività prevalente:

- Dipendente SSN Ospedaliero Medicina di Base
- Dipendente SSN Servizi Territoriali Specialista Convenzionato SSN
- Libera Professione altro (specificare)

Chiede di iscriversi in qualità di Socio

- Si allega curriculum di studio e lavoro professionale, ivi elencate le eventuali pubblicazioni a stampa. Il curriculum è richiesto obbligatoriamente.
- L'accettazione di iscrizione come socio Ordinario o Aggregato è subordinata alla decisione del Consiglio di Presidenza ADI.
- Il modulo di iscrizione e il curriculum dovranno essere inviati alla Segreteria Delegata ADI c/o **PROMETING** Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 ORVIETO (TR) - Tel. 0763.393621 - Fax 0763344880 - info@adiitalia.net

Quote sociali da versare entro il 31 marzo di ogni anno solare

- € 40,00 per le Lauree Triennali € 70,00 per le Lauree Magistrali e di II livello

Modalità di pagamento

- Bollettino postale c/c n° 41419003 intestato a ADI
- Bonifico bancario intestato ad ADI presso Deutsche Bank SpA - Ag. Roma 2 - (Via Cola di Rienzo, 93 - 00192 Roma) IBAN: IT 22 V 03104 03201 000000821193
- Carta di credito online sul sito www.adiitalia.net.

Per accedere al servizio cliccare su Cos'è l'ADI > Come associarsi > Pagamento quote Online

La quota di adesione è valida dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno e il rinnovo deve essere effettuato entro il 31 marzo di ogni anno solare. Qualora il pagamento fosse effettuato a mezzo bollettino postale, voglia gentilmente inviarci la ricevuta via fax al seguente numero: 0763.344.880 oppure via e-mail.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare

PROMETING - Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 Orvieto (TR) - Tel 0763 39 36 21 - Fax 0763 34 48 80 - info@adiitalia.net

Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196

I suoi dati personali saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua adesione all'Associazione ADI e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Potranno essere comunicati a soggetti diversi per la spedizione di inviti a congressi e convegni, riviste, materiale informativo e promozionale relativo all'attività dell'Associazione e/o di altre Società Scientifiche. Il conferimento di dati, a tali fini, è obbligatorio ed essenziale per la sua adesione all'Associazione. La firma costituisce presa d'atto della presente informativa e consente il trattamento dei dati personali e la loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Data Firma

N.B. Si prega di inviare unitamente al modulo il proprio curriculum vitae ed attendere l'esito della valutazione prima di effettuare il pagamento

Sindrome da insulino-resistenza?

{
tocotrienoli
+
acido clorogenico
+
berberina
}

=

↓ LDL
↓ TRIGLICERIDI
↓ GLICEMIA

=
TRIXY

La sinergia efficace per un metabolismo in equilibrio



TRIXY, grazie all'azione combinata di tre principi attivi naturali, è efficace sull'insulino-resistenza, il meccanismo alla base della sindrome metabolica.

Piattaforma informativa per esperti sulla celiachia e sensibilità al glutine: www.drschaer-institute.com



Registrazione
gratuita!

L'informazione su sensibilità al glutine e celiachia
su www.drschaer-institute.com

- curata da esperti internazionali
- disponibilità di linee guida per la diagnosi
- strumenti per la consulenza
- Clinical Library: gli studi più recenti a portata di click

**Dr. Schär – il vostro punto di riferimento
per la celiachia e sensibilità al glutine**

- competenze internazionali
- ricerca e sviluppo, know-how professionale
- leader europeo del senza glutine con 30 anni di esperienza
- servizi di consulenza e assistenza
- oltre 350 prodotti senza glutine



Il Dr. Schär Institute fa parte dell'offerta informativa di Dr. Schär,
leader del mercato dei prodotti senza glutine in Europa.

Dr. Schär S.r.l., Winkelau 9, 39014 Postal (BZ) Italy, Tel +39 0473 293300, professional@drschaer.com

DrSchär
Institute