

ADI MAGAZINE

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

ADI MAGAZINE
Vol. XVII n° 1 - Nuova Serie
Marzo 2013

Direttore Responsabile
Eugenio Del Toma

Direttore Scientifico
Mario Parillo

Redazione
Mario Parillo
Responsabile UO
Geriatria, 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 dietetico, nutrizionistico
e di educazione alimentare

Composizione e stampa
Tipolito Ceccarelli Grotte di Castro VT

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

Sommario

INDICE GLICEMICO DEGLI ALIMENTI: EFFETTI METABOLICI SUL SENSO DI FAME/SAZIETÀ I. CIOFFI, F. CONTALDO, F. PASANISI	3
20° CONGRESSO NAZIONALE ADI - Firenze 8-10 Novembre 2012	13
WORKSHOP da 1 a 17	14 / 41
TAKE HOME MESSAGE	42 / 54
LA PASTIERA. IL DOLCE DELLA RELIGIONE, LA RELIGIONE DOLCE P. ZULIANI	55
XV CORSO NAZIONALE ADI - LECCE 17-19 OTTOBRE 2013	58
CALENDARIO	60

ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ONLUS

Presidente:	Lucio Lucchin (Bolzano)	Responsabili Regionali
Past President:	Giuseppe Fatati (Terni)	Bagnato Carmela (Basilicata)
Segretario Generale:	Antonio Caretto (Brindisi)	Bertoli Enrico (Marche)
Tesoriere:	Maria Rita Spreghini (Roma)	Cecchi Nicola (Campania)
Consiglieri:	Lorenza Caregaro Negrin (Padova)	Pedrolli Carlo (Trentino)
	Mario Di Sapio (Napoli)	Malfi Giuseppe (Piemonte-Valle d'Aosta)
	Lina Oteri (Messina)	Gennaro Marco (Liguria)
	Fulvio Sileo (Bergamo)	Giarretta Renato (Veneto)
	Massimo Vincenzi (Faenza - RA)	Situlin Roberta (Friuli)
Coordinatore Consulta PR:	Barbara Paolini (Siena)	Macca Claudio (Lombardia-Svizzera)
Coordinatore Area informatica ADI:	Marco Bucciatti (Follonica - GR)	Monacelli Guido (Umbria)
Segreteria Delegata:	PROMEEETING	Paolini Barbara (Toscana)
	Via Angelo da Orvieto, 36	Pesce Sabino (Puglia)
	05018 Orvieto (TR)	Pintus Stefano (Sardegna)
	Tel. 0763.393621 Fax 0763.344880	Pupillo Mario (Abruzzo)
	info@adiitalia.net	Tagliaferri Marco (Molise)
	segreteria@adiitalia.net	Tramontano Luciano (Calabria)
	www.adiitalia.net	Tubili Claudio (Lazio)
		Vinci Giuseppe (Sicilia)
		Maghetti Annalisa (Emilia Romagna)

I grassi MCT e il loro impiego in una terapia nutrizionale

GRASSI MCT ED LCT: DIFFERENZE NELLA DIGESTIONE

I trigliceridi a catena media (MCT) sono costituiti da acidi grassi a catena media. Appartengono a questa classe l'acido caproico (C6), l'acido caprilico (C8), l'acido caprinico (C10) e l'acido laurico (C12).

La digestione dei grassi MCT si svolge in modo molto più semplice rispetto ai grassi LCT. Per via della minore lunghezza della catena, gli MCT hanno una maggiore solubilità in acqua. Possono diffondersi nel lume intestinale indipendentemente dagli acidi biliari o dall'influsso della lipasi pancreatica nelle cellule della mucosa. Da qui vengono ceduti al flusso sanguigno della vena porta senza ulteriori lavorazioni e trasportati direttamente al fegato (senza necessitare quindi del sistema linfatico).

Anche la metabolizzazione dei grassi LCT e MCT presenta alcune differenze. Per via della loro solubilità, gli MCT arrivano senza problemi nei mitocondri; gli acidi grassi a catena lunga invece possono oltrepassare la membrana mitocondriale solo legati a carnitina. La fornitura di carnitina libera nel citosol e il trasporto mediato dalla carnitina degli acidi grassi a catena lunga, deve venire catalizzato nuovamente da diversi enzimi.

VANTAGGI NELL'IMPIEGO TERAPEUTICO DEI GRASSI MCT

Studi recenti prospettano per gli MCT impieghi in ambiti fino a poco tempo fa insospettati.

A causa della loro digestione e metabolizzazione relativamente meno complicata, i grassi MCT possono offrire un vantaggio notevole dal punto di vista fisiologico-nutrizionale rispetto ai normali grassi LCT in caso di diverse patologie. In primo luogo occorre menzionare malattie che, con i loro meccanismi patogeni, determinano disturbi della digestione e riassorbimento dei grassi. Dal punto di vista clinico questo si esprime per lo più tramite disturbi gastrointestinali e steatorrea. I disturbi possono verificarsi a tutti i livelli del processo digestivo. In rare malattie metaboliche congenite come il deficit di LCHAD e VLCAD e nei disturbi del metabolismo della carnitina, i grassi tradizionali devono essere eliminati quasi completamente e sostituiti con grassi a media catena. Con l'impiego di grassi MCT si può garantire l'apporto di energia ottenendo allo stesso tempo un miglioramento del quadro clinico.

INDICAZIONI PER I GRASSI MCT – MALDIGESTIONE E MALASSORBIMENTO DEI GRASSI LCT

Disturbi del Pancreas (pancreatite cronica, pancreatocistite, fibrosi cistica)

Disturbi del metabolismo dell'acido biliare o del circolo enteroepatico

Alterazioni strutturali e funzionali delle cellule epiteliali nelle malattie dell'intestino tenue

Malattie del sistema linfatico / cattiva circolazione linfatica

Disturbi congeniti del metabolismo dei lipidi (LCHAD e VLCAD, disturbi del metabolismo di carnitina)

Oltre ai casi di maldigestione e malassorbimento dei grassi LCT, i grassi MCT trovano applicazione anche nell'ambito della dieta chetogenica, una dieta molto povera di carboidrati, ricca di grassi, isocalorica, applicabile in caso di epilessia farmaco-resistente e del deficit di GLUT1. Grossolanamente si distinguono la dieta chetogenica a base di grassi tradizionali (dieta classica) da quella a base di grassi a media catena. La dieta classica è costituita da quattro o tre parti di grasso (90% dell'apporto energetico) e una parte di carboidrati e proteine. La dieta chetogenica a base di grassi MCT è composta per il 60% da grassi MCT, per il 10% da grassi tradizionali, per il 10% da proteine e per il 20% da carboidrati. Poiché i grassi MCT hanno una cheto-

genicità maggiore, è possibile ridurre il contenuto complessivo di grassi (rispetto ad una dieta chetogenica classica), aumentando il contenuto di carboidrati. Una dieta con il 60% di MCT viene considerata efficace quanto le diete classiche.

I PRODOTTI CERES-MCT DI DR. SCHÄR

Dr. Schär, leader nel mercato degli alimenti senza glutine, ha di recente lanciato la linea di olii Ceres-MCT. L'olio Ceres-MCT 100% (contenuto di MCT pari al 100% dei grassi totali) si distingue per la sua massima digeribilità; particolarmente adatto in disturbi genetici del metabolismo dei lipidi o nelle fasi post-operatorie. Gli oli MCT di norma non apportano vitamine liposolubili, né acidi grassi essenziali (acido linoleico e acido alfa-linolenico). L'olio Ceres-MCT 77% (contenuto di MCT pari al 77% dei grassi totali) si distingue per il suo contenuto di vitamine liposolubili (A, D, E) e Omega 3. A causa della loro struttura chimica i grassi MCT non sono adatti per arrostitire, stufare, riscaldare o grigliare. L'olio Ceres-MCT 100% può essere aggiunto ai cibi caldi oppure usato per condire. Grazie al contenuto di una parte di grassi tradizionali, l'olio Ceres-MCT 77% può invece essere usato anche per cucinare. La dose iniziale consigliata per adulti è di 20 ml di olio Ceres-MCT 100% o di 30 ml di olio Ceres-MCT 77%. Nei giorni successivi la quantità assunta può essere aumentata gradualmente fino alla tolleranza individuale (ca. 60-100 ml al giorno). In casi particolari, e dopo un adeguato adattamento della dieta, le quantità giornaliere possono arrivare a 100-120 ml e fino al 40% dell'apporto energetico giornaliero. La quantità complessiva dell'olio Ceres-MCT deve essere ripartita nell'arco della giornata. Se il passaggio ai grassi MCT avviene in maniera troppo rapida, si potrebbero determinare reazioni di intolleranza quali nausea, diarrea, dolori addominali o mal di testa.

BIBLIOGRAFIA

- Botella Romero F und Alfaro Martínez JJ. Nutritional repercussions and management of chronic pancreatitis. *Suppl*, 2008, 2:59-93.
- Escott Stump S. Fat Malabsorption Syndrome. In: *Nutrition and Diagnosis Related Care*. Lippincott William & Wilkins, 2008, 398.
- Gillingham MB et al. Optimal dietary therapy of long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency. *Mol Genet Metab*, 2003, 79(2): 114-23.
- Iovinelli G et al. Parenteral nutrition in ventilated patients with chronic obstructive pulmonary disease: longchain vs medium chain triglycerides. *Minerva Anesthesiol*, 2007, 73(1-2): 65-76.
- Jeppesen PB, Mortensen PB. Colonic digestion and absorption of energy from carbohydrates and medium-chain fat in small bowel failure. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 1999, 23(5): 101-5.
- Kossoff EH, Hartman AL. Ketogenic diets: new advances for metabolism-based therapies. *Curr Opin Neurol*, 2012, 25: 173-178.
- Miranda MJ et al. Alternative diets to the classical ketogenic diet - can we be more liberal? *Epilepsia*, 2012, 100(3): 278-85.
- Nancy D Leslie et al. Very Long-Chain Acyl-Coenzyme A Dehydrogenase Deficiency. *Gene Reviews*, 2011, NCBI Bookshelf ID: NBK6816 PMID: 20301763.
- NG VL, Balistreri WF. Treatment options for chronic cholestasis in infancy and childhood. *Curr Treat Options Gastroenterol*, 2005, 8 (5): 419-30.
- Vignes S, Bellanger J. Primary intestinal lymphangiectasia (Waldmann's disease). *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 2008, 3: 5. doi: 10.1186/1750-1172-3-5.
- Widhalm K und Götz M. Long-term use of medium chain triglycerides in cystic fibrosis. *Wien Klin Wochenschr*, 1976, 88(17). 557-61.
- Yeou-mei C.L. Medium-chain triglyceride (MCT) ketogenic therapy. *Epilepsia*, 2008; 49 (8): 33-36.
- Per ulteriori informazioni:
professional@drschaer.com www.drschaer-institute.com



INDICE GLICEMICO DEGLI ALIMENTI: EFFETTI METABOLICI SUL SENSO DI FAME/SAZIETÀ

I. Cioffi, F. Contaldo, F. Pisanisi

Centro Interuniversitario di Studi e Ricerche sull'Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare.
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale. Dottorato di Ricerca in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione.
Università Federico II, Napoli.

Abstract

The main source of energy in the human diet is represented by foods rich in carbohydrates, both simple sugars and starch. In the last decade, there has been an increase in simple sugars consumption, such as sugar-sweetened beverages and soft drinks, and a reduction of starch foods, such as bread and pasta, probably because considered high-calorie foods. Food choice depends on several factors including chemical composition. However, simple knowledge of the chemical nature of carbohydrates in foods, does not reliably indicate actual physiologic effects. Two indices of carbohydrate foods, based on their physiologic functions, have been proposed: the Glycemic Index (GI), currently the most widely used, and the Satiety Index (SI) still requiring more research to be routinely applied. Several studies have shown that low-GI foods provide many health benefits, first of all by eliciting a lower postprandial glucose response; it has also been considered the effects of low-GI foods on satiety, body weight, energy expenditure, lipid and hormonal responses. Clearly the Glycemic Index (GI) is not the only factor to focus on food choice and dietary prescriptions; nevertheless current literature suggests the potential health benefits associated with the consumption of low-GI foods to prevent the development of chronic diseases.

Abstract

La principale fonte di energia della dieta dell'uomo è tuttora costituita dagli alimenti ricchi in carboidrati sia sottoforma di zuccheri semplici che amido. Negli ultimi decenni, si è registrato un aumento del consumo di alimenti ricchi in zuccheri semplici, come bevande zuccherate e soft drinks, ed una riduzione di alimenti ricchi in amido, come pane e pasta, probabilmente perché considerati alimenti altamente calorici. La scelta di un alimento dipende da numerosi fattori tra cui la composizione chimica che da sola però non sempre ne giustifica gli effetti fisiologici. Due indici stati proposti come indicato-

ri nutrizionali degli alimenti ricchi in carboidrati: l'Indice Glicemico, attualmente il più utilizzato, e l'Indice di Sazieta che necessita ancora di ulteriori ricerche per poter essere applicato. Numerosi studi hanno dimostrato che gli alimenti classificati come a basso Indice Glicemico (IG) apportano una serie di benefici sulla salute, primo fra tutti ridurre il picco della glicemia nella fase post-prandiale; sono stati considerati anche gli effetti dell'Indice Glicemico degli alimenti in relazione alla sazietà, al peso corporeo, alla spesa energetica, al quadro lipidico ed ormonale. L'Indice Glicemico (IG) non è certamente l'unico indicatore sul quale fondare la scelta dei cibi e quindi una prescrizione dietetica; tuttavia i dati presenti in letteratura sono concordi nell'indicare i potenziali benefici associati al consumo di alimenti a basso Indice Glicemico (IG) al fine di garantire lo stato di salute e contribuire a prevenire lo sviluppo di patologie croniche.

Introduzione

Il consumo di alimenti ricchi in carboidrati costituisce ancora oggi la principale fonte di energia della dieta dell'uomo (50-60% dell'energia totale), praticamente in ogni paese del mondo. L'importanza dei carboidrati deriva dal fatto che vengono assorbiti ed utilizzati dall'organismo facilmente, assicurando alle cellule un rifornimento di energia di pronta disponibilità. Le principali fonti di carboidrati sono l'amido e gli zuccheri semplici. Mentre l'amido richiede un certo lavoro digestivo per essere trasformato in glucosio, e per questo motivo viene assorbito più lentamente, i carboidrati semplici vengono digeriti ed assorbiti velocemente⁽¹⁾. Negli ultimi decenni, si è registrato un aumento del consumo di alimenti ricchi in zuccheri semplici, come bevande zuccherate e soft drink, ed una riduzione di alimenti ricchi in amido, come pane e pasta, probabilmente perché considerati da molti come alimenti altamente calorici. Questa modifica nella scelta del tipo di carboidrato della dieta rappresenta una peculiarità della cosiddetta "transition diet" cioè la dieta modificata e condizionata dalla globalizzazione. La scelta di un alimento dipende sia da fattori di tipo

nutrizionale o salutistici che da altri, come: la disponibilità, l'accettabilità culturale, il gusto, i fabbisogni individuali etc. Tra questi fattori, la conoscenza della composizione chimica, particolarmente dei prodotti alimentari di produzione industriale, dovrebbe avere un ruolo più rilevante nell'influenzare la scelta dei cibi che mangiamo, anche se la valutazione della natura chimica di un alimento non sempre ne giustifica da sola gli effetti fisiologici. Come indicatori nutrizionali per gli alimenti ricchi in carboidrati sono stati proposti, negli anni, soprattutto 2 indici: l'Indice Glicemico e l'Indice di Sazietà⁽¹⁾. L'Indice Glicemico (IG): è stato definito per la prima volta da Jenkins et al⁽²⁾ nel 1981 come indicatore per valutare il potenziale dei carboidrati, contenuti nei diversi alimenti, nell'aumentare i livelli di glucosio nel sangue, entro 2 h dalla loro ingestione. Recentemente è stato suggerito un nuovo indice, l'Indice di Sazietà (SI): misura il valore della sazietà indotta da uguali porzioni di cibo confrontate con una standard, rappresentato dal pane bianco. Tuttavia, i fattori che controllano l'assunzione degli alimenti sono complessi e sono necessari ulteriori chiarimenti riguardo all'effetto "satiating" e "satiety"⁽¹⁾. La "satiating" corrisponde al processo che porta alla terminazione dell'assunzione di cibo, mentre la "satiety" può essere considerata come quell'insieme di eventi che derivano dal consumo del cibo e che servono per sopprimere la fame e mantenere un'inibizione per un particolare periodo di tempo. La fine del periodo di "satiety" coincide con il ritorno della sensazione di fame che porta al consumo del pasto successivo⁽³⁾. Attualmente per definire la qualità dei carboidrati viene largamente utilizzato l'Indice Glicemico (IG), ma anche il Carico Glicemico (CG), concetto derivato dal precedente e subentrato successivamente (vedi poi)⁽⁴⁾. Si tratta di indicatori molto importanti perché come vedremo hanno capacità funzionali, in quanto permettono di predire l'effetto sulla glicemia - quindi metabolico nutrizionale - del pasto. Nel corso degli anni vari studi hanno dimostrato che gli alimenti classificati come a basso indice glicemico (IG) apportano una serie di benefici sulla salute, primo fra tutti ridurre il picco della glicemia nella fase post-prandiale. Con l'introduzione e l'utilizzo dell'Indice Glicemico è stato possibile valutare qualitativamente gli alimenti, per quanto riguarda i carboidrati, e sceglierli nel contesto di una dieta con il fine di garantire lo stato di salute e quindi contribuire a prevenire lo sviluppo di patologie croniche.

Carboidrati: un gruppo complesso

Il termine "Carboidrati dietetici" abbraccia una vasta gamma di molecole che va dagli zuccheri semplici come il glucosio a quelli complessi come l'amilopectina e le cellulose⁽⁵⁾.

La classificazione dei carboidrati della dieta è basata principalmente sul grado di polimerizzazione (DP) delle molecole e sul tipo di legame (α oppure β). I carboidrati sono suddivisi inizialmente in 3 gruppi principali: zuccheri (DP 1-2), oligosaccaridi (DP 3-9) e polisaccaridi (DP \geq 10). I polisaccaridi sono suddivisi poi in amidacei e non, e di questi ultimi fanno parte le fibre alimentari⁽⁴⁾.

Le proprietà nutrizionali dei carboidrati dipendono dalla velocità e dal grado di digestione ed assorbimento nel piccolo intestino⁽⁶⁾. Il tipo di monosaccaride assorbito, e la presenza di altre componenti nutrizionali quali grassi, fibre dietetiche e proteine possono influenzare la risposta fisiologica. I monosaccaridi come glucosio, fruttosio e galattosio possono essere direttamente assorbiti attraverso un sistema di trasportatori di membrana, mentre disaccaridi, oligosaccaridi e polisaccaridi necessitano di essere prima digeriti in molecole più semplici per poi essere assorbiti⁽⁴⁾.

La digeribilità dell'amido, ovvero il meccanismo attraverso il quale l'amido viene trasformato in molecole più semplici, varia ampiamente tra i vari cibi. Tale digeribilità è influenzata da diversi fattori quali: la trasformazione dell'amido, come viene cotto e poi conservato, le proprietà chimico-fisiche, ad esempio le variazioni nella struttura del granulo e nel rapporto dei tipi di amido presenti (percentuali di amilosio e di amilopectina). Gli amidi non cotti ricchi di amilosio sono più resistenti all'idrolisi enzimatica rispetto a quelli ricchi in amilopectina; tuttavia, la cottura può incrementare la digeribilità dell'amilosio⁽⁷⁾.

Alla luce di queste considerazioni l'amido può essere classificato in: amido rapidamente digeribile **RDS** (Rapidly Digestible Starch), amido lentamente digeribile **SDS** (Slowly Digestible Starch) ed infine amido resistente **RS** (Resistant Starch)⁽⁶⁾. L'amido resistente **RS** viene poi suddiviso in: 1) amido fisicamente indigeribile, 2) granuli di amido resistente e 3) amido retrogradato. [Tabella 1]

L'amido RDS viene rapidamente digerito ed assorbito nel duodeno e nella regione prossimale del piccolo intestino portando ad un rapido incremento della glicemia; mentre l'amido SDS è lentamente digerito lungo tutto il tratto intestinale fornendo un prolungato rilascio di glucosio e portando quindi ad una protratta disponibilità energetica⁽⁴⁾.

Infine l'amido resistente (RS) è definito come la frazione di amido resistente all'azione dell'idrolisi pancreatico nel piccolo intestino, così da raggiungere intatto il colon, dove funge da substrato per la fermentazione da parte della microflora batterica producendo metaboliti, tra cui acidi grassi a corta catena (SCFAs): butirrato, propionato ed acetato e gas. Le principali fonti di amido resistente (RS) nella dieta includono il pane, i cereali, la pasta ed alcuni vegetali, inclusi i tuberi⁽⁸⁾.

Da queste considerazioni si può concludere che la modalità di cottura degli alimenti ricchi in carboidrati, così come le stesse ricette elaborate, condizionano l'indice glicemico e quindi le caratteristiche metaboliche nutrizionali della dieta. Deriva da qui il grande interesse della dietetica nel favorire e ricercare i consumi ottimali di alimenti ricchi di carboidrati.

Le informazioni riguardo la digeribilità dell'amido possono essere ottenute da saggi in vitro⁽⁹⁾, anche se non sempre predicono la digestione in vivo dell'amido⁽¹⁰⁾. Inoltre, i cibi ricchi in carboidrati sono spesso classificati utilizzando l'IG, che riflette l'effetto dei carboidrati sulla concentrazione glicemica post-prandiale⁽²⁾. Tuttavia, l'Indice Glicemico non è in grado di fornire informazioni circa il tipo di amido presente nell'alimento e la relativa velocità di digestione. Pertanto anche se due alimenti hanno lo stesso Indice Glicemico e determinano la stessa risposta glicemica post-prandiale, a causa di una differente cinetica del glucosio, possono determinare effetti metabolici diversi⁽⁷⁾.

Indice Glicemico e Carico Glicemico

Il concetto di Indice Glicemico (IG) esprime il rapporto percentuale tra l'area incrementale della risposta glicemica post-prandiale (AUC) ad un determinato alimento e quella di un alimento standard, misurata per 2 h dall'assunzione, consumato nelle stesse quantità (50g di carboidrati disponibili). L'alimento standard è a scelta: glucosio o pane bianco⁽²⁾. Generalmente i cibi con un $IG \leq 55$ sono classificati come a basso IG, mentre quelli con un $IG \geq 70$ sono classificati come ad alto IG⁽⁴⁾. Ad esempio gli alimenti a basso indice glicemico sono le lenticchie ($IG=28$), la soia ($IG=18$), gli spaghetti ($IG=38$), il latte scremato ($IG=32$) oppure alcuni tipi di frutta, come la mela ($IG=38$), mentre tra quelli ad alto IG ci sono il pane bianco ($IG=70$), i cornflakes ($IG=84$), l'anguria ($IG=72$), la banana ($IG=70$), calcolati in riferimento al glucosio considerato pari a 100⁽¹¹⁾.

Accanto al concetto di IG, è stato introdotto anche quello di Carico Glicemico (CG), principalmente usato per valutare il pasto.

Il CG di un alimento è calcolato come il contenuto dei carboidrati espresso in grammi moltiplicato per il valore dell'IG dell'alimento, diviso 100:

$$CG = [IG \times CHO (g)] / 100$$

Invece, il carico glicemico (CG) di un pasto è dato dalla sommatoria di tutti i carichi glicemici dei singoli alimenti che ne fanno parte⁽¹²⁾. Poiché gli alimenti non vanno considerati singolarmente, ma nel contesto di un intero pasto, l'IG deve tener conto di una serie di componenti che possono influenzarlo, tra cui la presenza di fibre dietetiche solubili che incrementano la viscosità e ritardano lo svuotamento gastrico⁽¹¹⁾, delle proteine che influiscono sulla secrezione insulinica^(13,14,15), dei grassi⁽¹⁶⁾, di alcuni antinutrienti⁽¹⁷⁾ e della presenza di composti acidi^(18,19).

Perché è importante l'Indice Glicemico degli alimenti?

Sulla base del calcolo dell'IG e del CG degli alimenti sono state formulate e pubblicate tabelle *ad hoc*, che vengono di volta in volta aggiornate. In queste tabelle ritroviamo una serie di alimenti con il relativo IG e CG, calcolati in riferimento sia al glucosio che al pane bianco.^[Tabelle 2 e 3]

Gli alimenti ad alto Indice Glicemico, ($IG \geq 70$) determinano un rapido aumento della glicemia post-prandiale, con conseguente aumento in circolo dell'insulina e potrebbero rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di Insulino-Resistenza, Diabete Mellito di Tipo 2, Iperlipidemie post-prandiali e patologie Cardiovascolari⁽⁷⁾.

Invece gli alimenti a basso Indice Glicemico, ($IG \leq 55$) determinano una più bassa risposta glicemica post-prandiale, inducono un minore incremento dell'insulinemia e dei relativi ormoni gastrointestinali come incretine, gastric inhibitory polypeptide (GIP), e glucagon-like peptide-1 (GLP-1)⁽⁴⁾. Inoltre una più bassa ma prolungata secrezione di insulina riduce la presenza in circolo di acidi grassi liberi (FFA) migliorando l'uptake cellulare del glucosio⁽²⁰⁾.

In letteratura sono presenti numerosi studi che confrontano diete ad alto IG vs diete a basso IG, oppure gli effetti dei differenti IG dei cibi in relazione alla sazietà, al peso corporeo, alla spesa energetica, alla risposta glicemica, al rischio cardiovascolare etc.

L'interesse è giustificato dal fatto che se IG o CG della dieta o degli alimenti possono influenzare la

sensibilità insulinica, ridurre il peso corporeo, o comunque migliorare i dati in relazione all'obesità ed al sovrappeso (includendo anche il diabete mellito di tipo 2 e le complicazioni ad esso associate), l'uso di diete o meglio di alimenti a basso IG potrebbe avere un effetto benefico in termini di salute pubblica e quindi anche economici per la comunità⁽¹²⁾.

Effetti dell'Indice Glicemico sulla Sazietà

Due recenti rassegne^(3,5) hanno valutato in acuto se singoli alimenti oppure pasti a basso indice glicemico (Low Glycemic Index, LGI) hanno maggiore effetto saziante di quelli ad alto indice glicemico (High Glycemic Index, HGI).

Tali rassegne hanno selezionato circa 25 studi d'intervento sull'uomo; la "satiety" è stata valutata sia con un metodo soggettivo basato sulle scale visive (Visual Analogue Scale) che con un metodo oggettivo utilizzando un pre-load test⁽³⁾. La metodologia del pre-load test consiste sia nella misurazione spontanea dell'intake energetico quando un pasto è servito *ad libitum* ad un orario prestabilito dopo il consumo dei cibi test che nella misurazione del tempo trascorso per la richiesta spontanea di cibo ed il corrispondente intake energetico quando gli spuntini sono forniti *ad libitum* su richiesta⁽⁵⁾.

In questi studi i carboidrati sono stati considerati sotto tre forme: nutrienti, alimenti oppure pasti⁽³⁾.

Gli studi che hanno valutato i carboidrati come nutrienti hanno mostrato entro un'ora dal pasto-test, un maggiore effetto saziante per i carboidrati HGI (glucosio, saccarosio e polycose), e non per i carboidrati LGI (amilosio, amilopectina ed una miscela tra fruttosio e glucosio)⁽²¹⁾. Questo precoce effetto saziante è stato confermato dai risultati di numerosi studi che mostrano la soppressione del food intake dopo 60-90 minuti dal pre-load test. Un tardivo effetto saziante dei carboidrati LGI è stato osservato per il fruttosio, dopo 135 minuti dalla somministrazione. Inoltre, numerosi studi mostrano un incremento della sazietà dopo il consumo dei carboidrati LGI, ma non dopo quelli HGI, a 2-6 h dall'ingestione del pasto-test⁽²¹⁾.

Per quanto riguarda gli studi che considerano gli alimenti oppure i pasti, è necessario fare alcune considerazioni relativamente alla densità energetica ed alla distribuzione dei macro-nutrienti. Infatti la presenza di grassi e di proteine influisce sull'IG mentre la densità energetica di un pasto è tra i principali determinanti della sazietà. In aggiunta le proteine, i carboidrati ed i grassi hanno un diverso

potere saziante. Le fibre solubili possono modulare l'indice glicemico degli alimenti attraverso il rallentamento dello svuotamento gastrico, ma hanno anche una specifica influenza sulla sazietà, in quanto incrementano la viscosità, mentre quelle insolubili aumentano la massa con maggiore sensazione di pienezza e sazietà⁽³⁾.

Sono stati selezionati diciannove studi che includono un totale di 148 soggetti (110 normopeso e 38 in sovrappeso oppure obesi), alcuni di questi studi utilizzano metodi soggettivi ed altri metodi oggettivi per valutare la "satiety". Tredici studi sono a favore di un incremento della sazietà a breve termine con un pasto/alimento a basso IG quando confrontato con uno ad alto IG, anche se il quantitativo di fibre non sempre è stato valutato.

In conclusione, qualunque sia il metodo utilizzato per valutare la "satiety" e nonostante il possibile contributo di alcuni fattori confondenti, come le fibre, l'energia del pasto oppure la palatabilità, più della metà degli studi osservati sono a favore dell'incremento della sazietà a breve termine con gli alimenti/pasti a basso indice glicemico (LGI) confrontati con quelli ad alto indice glicemico (HGI)⁽³⁾. La "satiety" è un parametro che viene considerato nel contesto di un pasto, per cui generalmente non viene valutato nel lungo termine. Solo pochi studi hanno tentato di valutare l'effetto sulla "satiety" in seguito ad una più bassa risposta glicemica. In effetti gli studi riportati nella rassegna⁽³⁾ suggeriscono che l'aumento della sazietà con gli alimenti a basso IG osservata in alcuni studi a breve termine non determina una riduzione dell'assunzione spontanea di cibo e/o una migliore regolazione del peso corporeo nel lungo termine⁽³⁾. Quindi possiamo affermare che gli alimenti a basso IG aumentano la sensazione di pienezza rispetto a quelli ad alto IG, per cui l'assunzione abituale di questi alimenti può favorire un maggiore senso di sazietà, ma nel lungo termine sono necessari ulteriori studi.

Effetti sul controllo del peso corporeo e sulla spesa energetica

Un forte interesse è stato indirizzato sulla possibile relazione tra indice glicemico (IG) e regolazione del peso corporeo, anche se gli studi a lungo termine non riportano ancora risultati molto chiari⁽⁴⁾.

Recenti conclusioni provenienti da differenti rassegne⁽²²⁾ suggeriscono che non ci sono evidenze significative riguardo ad una maggiore perdita di peso con le diete *ad libitum* a basso indice glicemico rispetto a quelle ad alto IG, in particolare quando

l'intake totale dei carboidrati resta invariato(22). Allo stesso modo non ci sono dati sufficienti sulla perdita di peso quando gli zuccheri semplici vengono sostituiti con quelli complessi all'interno di una dieta *ad libitum* ipolipidica oppure tradizionale ipocalorica(23).

Tuttavia una recente rassegna Cochrane(12) suggerisce l'effetto complessivamente positivo delle diete che hanno un basso indice o carico glicemico sulla perdita di peso(4). Questa rassegna(12) indica che la perdita di peso è risultata maggiore nei soggetti in sovrappeso ed obesi ai quali è stata prescritta una dieta a basso indice o carico glicemico rispetto alle diete di confronto che includono sia diete ad alto IG che diete convenzionali.

Nella rassegna sono inclusi sei studi randomizzati e controllati, per un totale di 202 partecipanti ed una durata che oscilla dalle cinque settimane senza follow-up fino ai 6 mesi con follow-up a 12 mesi. Dei sei studi considerati, 2 includono individui obesi, e confrontano le diete LGI con quelle convenzionali ipolipidiche, mentre gli altri 4 includono sia soggetti con BMI borderline che in sovrappeso e confrontano diete LGI con diete ad alto IG. Nei primi 2 studi(24,25), che considerano soggetti obesi, la perdita di peso è stata maggiore con le diete LGI rispetto alle diete ipolipidiche, dopo sei mesi di trattamento. Inoltre sono stati riportati anche una serie di vantaggi con le diete LGI. Tali diete risultano essere più semplici da seguire, inducono probabilmente maggior senso di sazietà, ed in aggiunta non è necessario limitare la quantità dei cibi a basso IG, a differenza delle diete molto restrittive. Questo significa, per il soggetto che deve perdere peso, condurre una migliore qualità della vita(15). Ovviamente sono necessarie ulteriori ricerche in merito che abbiano anche un più prolungato follow-up, per poter valutare se la perdita di peso viene mantenuta nel tempo, la principale difficoltà per tutti coloro che devono perdere peso.

Per quanto riguarda la spesa energetica, pochi studi in letteratura affrontano questa tematica. Uno studio crossover esamina l'effetto dei carboidrati lentamente digeribili (SDS) verso quelli rapidamente digeribili (RDS) sulla spesa energetica post-prandiale e non riporta alcuna differenza. Lo stesso risultato viene riportato anche da altri studi, per cui sembrerebbe che non vi siano differenze tra i vari tipi di carboidrati sulla spesa energetica post-prandiale(4).

Effetti sul profilo glucidico

L'Indice Glicemico (IG) è un concetto nato per classificare gli alimenti ricchi in carboidrati attraverso i loro effetti sulla risposta glicemica post-prandiale. I dati presenti in letteratura mostrano gli effetti benefici delle diete a basso IG sul metabolismo glucidico e lipidico(26,27), per cui tali diete sembrano essere incredibilmente vantaggiose. Dati epidemiologici indicano anche che le diete a basso IG hanno un ruolo preventivo nel Diabete di Tipo 2, nella Sindrome metabolica e nelle patologie Coronariche(28,29).

Il meccanismo attraverso il quale gli alimenti a basso IG esercitano benefici metabolici a lungo termine non è stato ancora pienamente indagato. Come riportato dalla letteratura, i cibi a basso IG sembrerebbero avere la capacità di migliorare la tolleranza glucidica sul "secondo pasto", ad esempio a pranzo dopo una colazione a basso IG oppure a colazione dopo una cena a basso IG, con un miglioramento della sensibilità insulinica(20,30,31). Nel caso dei benefici della colazione sul pranzo successivo, il fattore chiave coinvolto è probabilmente la presenza di carboidrati a lenta digestione ed assorbimento, capaci di mantenere una più bassa e costante concentrazione della glicemia(31,32). Viceversa negli effetti della cena sulla colazione sono coinvolte altre proprietà degli alimenti a basso IG come ad esempio la presenza di carboidrati indigeribili(20,30,31). Tali carboidrati, cioè amido resistente (RS) e fibre alimentari (DF), quando raggiungono il colon fungono da substrato per la fermentazione della flora intestinale con produzione di acidi grassi a corta catena (SCFA), principalmente acetato, butirrato e propionato. È stato suggerito che gli SCFA prodotti durante la fermentazione nel colon, possono avere implicazioni positive sul metabolismo glucidico(20). Infatti, gli SCFA possono modificare la velocità di svuotamento gastrico e tale effetto diretto sembrerebbe legato alle concentrazioni di SCFA nel lume del colon(33). In aggiunta il propionato oltre ad agire positivamente sul metabolismo epatico del glucosio, sembrerebbe ridurre anche la concentrazione in circolo degli acidi grassi liberi (FFA)(34). Come è noto elevati livelli sierici di FFA influiscono negativamente sull'utilizzazione e sull'uptake del glucosio nei tessuti periferici sensibili all'azione dell'insulina inducendo insulino-resistenza(35). In conclusione gli alimenti a basso indice glicemico (IG) grazie alla presenza di carboidrati indigeribili possono migliorare la tolleranza al glucosio sia in acuto che nel pasto successivo; tuttavia

sono necessari nuovi studi per chiarire ulteriormente la relazione tra la fermentazione nel colon e gli effetti sul metabolismo glucidico⁽²⁰⁾.

Effetti sul quadro lipidico ed ormonale

Il tipo di carboidrato presente nella dieta può sicuramente influenzare i parametri metabolici. Gli alimenti a basso indice glicemico possono modificare positivamente i lipidi plasmatici prolungando il tempo di assorbimento e modificando la risposta endocrina e metabolica al cibo⁽³⁶⁾. È stato suggerito che questi alimenti non sono resistenti all'assorbimento, piuttosto vengono digeriti ed assorbiti lentamente. In particolare, l'amido resistente (RS) può abbassare i livelli plasmatici dei lipidi, specialmente del colesterolo, rallentare lo svuotamento gastrico, limitare la lipogenesi epatica dovuta ad una minore quantità di glucosio in circolo e di conseguenza di insulina⁽³⁷⁾. Inoltre l'amido resistente può inibire la sintesi epatica di colesterolo attraverso l'effetto inibitorio del propionato sull'attività enzimatica dell'HMG-CoA reduttasi⁽³⁸⁾.

Gli effetti ipocolesterolemici sono stati principalmente riportati in seguito al consumo di amido resistente RS, ma le conoscenze a riguardo, sono ancora contraddittorie. L'amido RS sembra ridurre la concentrazione di colesterolo e dei trigliceridi plasmatici, ma non è ancora del tutto chiaro il meccanismo patogenetico.

Per quanto riguarda la possibile influenza dei vari carboidrati sul quadro ormonale, una recente rassegna suggerisce il ruolo critico dei carboidrati a basso IG e di quelli fermentabili nella regolazione dell'appetito. Infatti gli acidi grassi a corta catena (SCFAs) prodotti dalla fermentazione dei carboidrati, sembrano attivare la secrezione di ormoni intestinali che portano alla soppressione dell'appetito⁽⁵⁾. Il meccanismo sembra essere spiegato dalla presenza di un recettore per gli SCFAs chiamato GPR43. Nel 2003 è stato dimostrato che gli SCFAs agiscono come ligando per i recettori GPR43⁽³⁹⁾ situati sulla parete luminale delle cellule L del colon sia nei roditori che nell'uomo^(40,41). Le cellule L sono le più abbondanti cellule endocrine presenti nell'intestino, che sintetizzano e rilasciano ormoni intestinali anoressigeni quali: glucagon-like peptide-1 (GLP-1) e peptide yy (PYY). Il recettore GPR43 ha una particolare affinità per il propionato⁽⁴²⁾ che viene prodotto nel colon dalla fermentazione dei carboidrati. Negli animali è stato osservato che gli SCFAs, prodotti nel colon durante la fermentazione, possono influenzare la composizione corporea e

la sensibilità insulinica. In particolare, il propionato sembra avere un ruolo critico, in quanto oltre all'effetto diretto sulle cellule L del colon avrebbe effetti sistemici a livello degli adipociti^(42,43). Nell'uomo ci sono pochi studi che dimostrano l'effetto dei carboidrati fermentabili sulla regolazione dell'appetito^(44,46), poiché potrebbe essere difficile raggiungere nel colon un'elevata concentrazione di SCFAs tale da poter scatenare la risposta ormonale intestinale. Un altro ormone intestinale coinvolto nella regolazione dell'appetito è il glucose - dependent insulinotropic polypeptide (GIP) secreto dalle cellule K del duodeno, in risposta all'ingestione di nutrienti. Il GLP-1 ed il GIP sono definiti con il termine "incretine" ed hanno un ruolo chiave nel controllo dell'omeostasi glicemica in quanto potenziano la secrezione di insulina glucosio-dipendente; il GIP è anche implicato nella regolazione della riserva energetica⁽⁴⁾. Altri ormoni importanti sono la leptina e la grelina, coinvolti principalmente nella regolazione del food intake e della spesa energetica⁽⁴⁾. La particolare capacità dei carboidrati di indurre la secrezione di queste incretine potrebbe essere uno dei fattori che determina la "qualità" metabolica dei differenti tipi di carboidrati. A tale proposito uno studio crossover ha valutato l'effetto del glucosio e di 2 alimenti amidacei, che differiscono per la frazione di glucosio rapidamente e lentamente disponibile, sulla concentrazione del GIP e del GLP-1 in 7 volontari sani (BMI 21.6 ± 1.1 kg/m²; età 23.4 anni). I pasti test erano: glucosio, amido di mais crudo e pasta di mais. La frazione di glucosio lentamente e rapidamente disponibile all'interno dei pasti test è stata misurata con il metodo Englyst, una tecnica chimico - enzimatica che permette di misurare le differenti frazioni di amido presenti nell'alimento⁽⁴⁵⁾. Ogni volontario ha consumato i 3 pasti e dopo ogni pasto è stato sottoposto a prelievi ematici per un periodo di 8 ore. La concentrazione di GIP era più alta dopo l'ingestione di glucosio se confrontata con quella degli alimenti amidacei. Inoltre, l'intake di amido di mais crudo induce, a differenza del glucosio, un sostenuto aumento di GLP-1 in una fase successiva (180-300 min) determinando un rallentamento dello svuotamento gastrico, una migliore risposta glicemica ed una sazietà prolungata⁽³⁸⁾. Recentemente un'altro studio crossover ha valutato in soggetti sani l'effetto delle fibre fermentabili sulla risposta degli ormoni intestinali. I risultati sostengono l'ipotesi che la presenza di fibre fermentabili nel colon incrementi la produzione di acidi grassi a corta catena (SCFAs) capaci di ridurre la concentrazione di acidi grassi liberi nel periodo post-prandia-

le favorendo il rilascio degli ormoni intestinali che regolano il food intake e migliorando l'uptake del glucosio⁽⁴⁷⁾. Tutte queste proprietà rendono l'amido RS e le fibre vegetali targets dietetici ottimali per lo sviluppo di diete per la perdita ed il mantenimento del peso corporeo e per la prevenzione ed il trattamento di molte malattie croniche correlate⁽⁴⁾.

Conclusione

L'Indice Glicemico (IG), analogamente ad altri indicatori dietetici, non è certamente l'unico punto sul quale focalizzare la scelta dei cibi e quindi una prescrizione dietetica. Piuttosto può essere applicato giudiziosamente per selezionare gli alimenti al fine di prevenire lo sviluppo di alterazioni metaboliche e di seguire una sana e corretta alimentazione. Sebbene ulteriori ricerche sono necessarie per chiarire il ruolo dell'IG nella prevenzione e nel management dell'obesità e delle patologie croniche, numerose evidenze scientifiche tratte da modelli animali, trials clinici, e studi epidemiologici sostengono l'attuale popolarità sull'uso dell'IG e quindi delle diete a basso IG⁽⁴⁸⁾. Mentre gli studi a breve termine, mostrano che gli alimenti a basso IG hanno un maggiore potere saziante rispetto a quelli ad alto IG, la limitata disponibilità di studi nel lungo termine non permette una chiara conclusione riguardo la regolazione dell'introito energetico e del peso corporeo⁽³⁾. In conclusione, i dati presenti in letteratura sono concordi nel suggerire i potenziali benefici associati al consumo di alimenti contenenti amido - in particolare lentamente digeribile (SDS) e resistente (RS), contenuto nei cereali integrali, nei legumi e nei vegetali - nel ridurre il rischio di patologie croniche e cardiovascolari e nella prevenzione di alcuni tipi di neoplasie⁽⁴⁾. Sono necessarie ulteriori ricerche per definire indicatori più accurati per misurare gli effetti metabolici e nutrizionali durante e dopo l'assunzione di un pasto e di una dieta con un determinato carico glicemico.

Bibliografia

1. FAO/WHO. (1998). Carbohydrate in human nutrition. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation (Rome, 14-18 April 1997).
2. Jenkins DJ, Wolever TM, Taylor RH, Barker H, Fielden H, Baldwin JM, Bowling AC, Newman HC, Jenkins AL, Goff DV. Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrate exchange. *Am J Clin Nutr.* 1981 Mar; 34 (3): 362-6.
3. FR, Jardy-Gennetier AE, Jacquet N, Stowell J. Glycaemic response to foods: impact on satiety and long-term weight regulation. *Appetite.* 2007 Nov; 49 (3): 535-53.
4. Aller EE, Abete I, Astrup A, Martinez JA, van Baak MA. Starches, sugars and obesity. *Nutrients.* 2011 Mar; 3 (3): 341-69.
5. Ford H, Frost G. Glycaemic index, appetite and body weight. *Proc Nutr Soc.* 2010 May; 69 (2): 199-203. Review.
6. Zhang G., Hamaker B.R.. Slowly digestible starch: concept, mechanism, and proposed extended glycemic index. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 2009, 49, 852-867.
7. Eelderink C, Moerdijk-Poortvliet TC, Wang H, Schepers M, Preston T, Boer T, Vonk RJ, Schierbeek H, Priebe MG. The glycemic response does not reflect the in vivo starch digestibility of fiber-rich wheat products in healthy men. *J Nutr.* 2012 Feb; 142 (2): 258-63.
8. Maki KC, Pelkman CL, Finocchiaro ET, Kelley KM, Lawless AL, Schild AL, Rains TM. Resistant starch from high-amylose maize increases insulin sensitivity in overweight and obese men. *J Nutr.* 2012 Apr; 142 (4): 717-23.
9. Englyst KN, Englyst HN, Hudson GJ, Cole TJ, Cummings JH. Rapidly available glucose in foods: an in vitro measurement that reflects the glycemic response. *Am J Clin Nutr.* 1999 Mar; 69 (3): 448-54.
10. Priebe MG, Wachtters-Hagedoorn RE, Heimweg JA, Small A, Preston T, Elzinga H, Stellaard F, Vonk RJ. An explorative study of in vivo digestive starch characteristics and postprandial glucose kinetics of wholemeal wheat bread. *Eur J Nutr.* 2008 Dec; 47 (8): 417-23.
11. Foster-Powell K, Holt SH, Brand-Miller JC. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. *Am J Clin Nutr.* 2002 Jul; 76 (1): 5-56.
12. Thomas DE, Elliott EJ, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18; (3): CD005105. Review.
13. Gannon MC, Nuttall FQ, Westphal SA, Seaquist ER. The effect of fat and carbohydrate on plasma glucose, insulin, C-peptide, and triglycerides in normal male subjects. *J Am Coll Nutr.* 1993 Feb; 12 (1): 36-41.
14. Granfeldt Y, Björck I, Hagander B. On the importance of processing conditions, product thickness and egg addition for the glycaemic and hormonal responses to pasta: a comparison with bread made from 'pasta ingredients'. *Eur J Clin Nutr.* 1991 Oct; 45 (10): 489-99.
15. Nuttall FQ, Mooradian AD, Gannon MC, Billington C, Krezowski P. Effect of protein ingestion on the glucose and insulin response to a standardized oral glucose load. *Diabetes Care.* 1984 Sep-Oct; 7 (5): 465-70.
16. Collier G, O'Dea K. The effect of coingestion of fat on the glucose, insulin, and gastric inhibitory polypeptide responses to carbohydrate and protein. *Am J Clin Nutr.* 1983 Jun; 37 (6): 941-4.
17. Thorne MJ, Thompson LU, Jenkins DJ. Factors affecting starch digestibility and the glycemic response with special reference to legumes. *Am J Clin Nutr.* 1983 Sep; 38 (3): 481-8. Review.
18. Liljeberg HG, Björck IM. Delayed gastric emptying rate as a potential mechanism for lowered glycemia after eating sourdough bread: studies in humans and rats using test products with added organic acids or an organic salt. *Am J Clin Nutr.* 1996 Dec; 64 (6): 886-93.
19. Liljeberg H, Björck I. Delayed gastric emptying rate may explain improved glycaemia in healthy subjects to a starchy meal with added vinegar. *Eur J Clin Nutr.* 1998 May; 52 (5): 368-71.
20. Nilsson A, Granfeldt Y, Ostman E, Preston T, Björck I.

- Effects of GI and content of indigestible carbohydrates of cereal-based evening meals on glucose tolerance at a subsequent standardised breakfast. *Eur J Clin Nutr.* 2006 Sep; 60 (9): 1092-9.
21. Anderson GH, Catherine NL, Woodend DM, Wolever TM. Inverse association between the effect of carbohydrates on blood glucose and subsequent short-term food intake in young men. *Am J Clin Nutr.* 2002 Nov; 76 (5): 1023-30.
 22. Arola L, Bonet ML, Delzenne N, Duggal MS, Gómez-Candela C, Huyghebaert A, Laville M, Lingström P, Livingstone B, Palou A, Picó C, Sanders T, Schaafsma G, van Baak M, van Loveren C, van Schothorst EM. Summary and general conclusions/outcomes on the role and fate of sugars in human nutrition and health. *Obes Rev.* 2009 Mar; 10 Suppl 1: 55-8.
 23. van Baak MA, Astrup A. Consumption of sugars and body weight. *Obes Rev.* 2009 Mar; 10 Suppl 1: 9-23. Review.
 24. Ebbeling CB, Leidig MM, Sinclair KB, Hangen JP, Ludwig DS. A reduced-glycemic load diet in the treatment of adolescent obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Aug; 157 (8): 773-9.
 25. Slabber M, Barnard HC, Kuyl JM, Dannhauser A, Schall R. Effects of a low-insulin-response, energy-restricted diet on weight loss and plasma insulin concentrations in hyperinsulinemic obese females. *Am J Clin Nutr.* 1994 Jul; 60 (1): 48-53.
 26. Jenkins DJ, Kendall CW, Augustin LS, Franceschi S, Hamidi M, Marchie A, Jenkins AL, Axelsen M. Glycemic index: overview of implications in health and disease. *Am J Clin Nutr.* 2002 Jul; 76 (1): 266S-73S. Review.
 27. Brand-Miller JC. Glycemic load and chronic disease. *Nutr Rev.* 2003 May; 61 (5 Pt 2): S49-55. Review.
 28. McKeown NM, Meigs JB, Liu S, Saltzman E, Wilson PW, Jacques PF. Carbohydrate nutrition, insulin resistance, and the prevalence of the metabolic syndrome in the Framingham Offspring Cohort. *Diabetes Care.* 2004 Feb; 27 (2): 538-46.
 29. Liu S, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB, Franz M, Sampson L, Hennekens CH, Manson JE. A prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease in US women. *Am J Clin Nutr.* 2000 Jun; 71 (6): 1455-61.
 30. Granfeldt Y, Wu X, Björck I. Determination of glycaemic index; some methodological aspects related to the analysis of carbohydrate load and characteristics of the previous evening meal. *Eur J Clin Nutr.* 2006 Jan; 60 (1): 104-12.
 31. Liljeberg H, Björck I. Effects of a low-glycaemic index spaghetti meal on glucose tolerance and lipaemia at a subsequent meal in healthy subjects. *Eur J Clin Nutr.* 2000 Jan; 54 (1): 24-8.
 32. Jenkins DJ, Wolever TM, Taylor RH, Griffiths C, Krzeminska K, Lawrie JA, Bennett CM, Goff DV, Sarson DL, Bloom SR. Slow release dietary carbohydrate improves second meal tolerance. *Am J Clin Nutr.* 1982 Jun; 35 (6): 1339-46.
 33. Cherbut C. Motor effects of short-chain fatty acids and lactate in the gastrointestinal tract. *Proc Nutr Soc.* 2003 Feb; 62 (1): 95-9.
 34. Venter CS, Vorster HH, Cummings JH. Effects of dietary propionate on carbohydrate and lipid metabolism in healthy volunteers. *Am J Gastroenterol.* 1990 May; 85 (5): 549-53.
 35. Jensen CB, Storgaard H, Holst JJ, Dela F, Madsbad S, Vaag AA. Insulin secretion and cellular glucose metabolism after prolonged low-grade intralipid infusion in young men. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 Jun; 88 (6): 2775-83.
 36. David J.A. Jenkins, Cyril W.C. Kendall, Mette Axelsen, Livia S.A. Augustin and Vladimir Vuksan. Viscous and nonviscous fibres, nonabsorbable and low glycaemic index carbohydrates, blood lipids and coronary heart disease. *Nutrition and Metabolism.* 2000 Nov; 49-56.
 37. Chandalia M, Garg A, Lutjohann D, von Bergmann K, Grundy SM, Brinkley LJ. Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2000 May 11; 342 (19): 1392-8.
 38. Wachters-Hagedoorn RE, Priebe MG, Heimweg JA, Heiner AM, Englyst KN, Holst JJ, Stellaard F, Vonk RJ. The rate of intestinal glucose absorption is correlated with plasma glucose-dependent insulinotropic polypeptide concentrations in healthy men. *J Nutr.* 2006 Jun; 136 (6): 1511-6.
 39. Le Poul E, Loison C, Struyf S, Springael JY, Lannoy V, Decobecq ME, Brezillon S, Dupriez V, Vassart G, Van Damme J, Parmentier M, Dethoux M. Functional characterization of human receptors for short chain fatty acids and their role in polymorphonuclear cell activation. *J Biol Chem.* 2003 Jul 11; 278 (28): 25481-9.
 40. Karaki S, Mitsui R, Hayashi H, Kato I, Sugiya H, Iwanaga T, Furness JB, Kuwahara A. Short-chain fatty acid receptor, GPR43, is expressed by enteroendocrine cells and mucosal mast cells in rat intestine. *Cell Tissue Res.* 2006 Jun; 324 (3): 353-60.
 41. Karaki S, Tazoe H, Hayashi H, Kashiwabara H, Tooyama K, Suzuki Y, Kuwahara A. Expression of the short-chain fatty acid receptor, GPR43, in the human colon. *J Mol Histol.* 2008 Apr; 39 (2): 135-42.
 42. Brown AJ, Goldsworthy SM, Barnes AA, Eilert MM, Tcheang L, Daniels D, Muir AI, Wigglesworth MJ, Kinghorn I, Fraser NJ, Pike NB, Strum JC, Steplewski KM, Murdock PR, Holder JC, Marshall FH, Szekeres PG, Wilson S, Ignar DM, Foord SM, Wise A, Dowell SJ. The Orphan G protein-coupled receptors GPR41 and GPR43 are activated by propionate and other short chain carboxylic acids. *J Biol Chem.* 2003 Mar 28; 278 (13): 11312-9.
 43. Ge H, Li X, Weiszmann J, Wang P, Baribault H, Chen JL, Tian H, Li Y. Activation of G protein-coupled receptor 43 in adipocytes leads to inhibition of lipolysis and suppression of plasma free fatty acids. *Endocrinology.* 2008 Sep; 149 (9): 4519-26.
 44. Willis HJ, Eldridge AL, Beiseigel J, Thomas W, Slavin JL. Greater satiety response with resistant starch and corn bran in human subjects. *Nutr Res.* 2009 Feb; 29 (2): 100-5.
 45. Englyst HN, Kingman SM, Cummings JH. Classification and measurement of nutritionally important starch fractions. *Eur J Clin Nutr.* 1992 Oct; 46 Suppl 2: S33-50.
 46. Cani PD, Joly E, Horsmans Y, Delzenne NM. Oligofructose promotes satiety in healthy human: a pilot study. *Eur J Clin Nutr.* 2006 May; 60 (5): 567-72.
 47. Tarini J, Wolever TM. The fermentable fibre inulin increases postprandial serum short-chain fatty acids and reduces free-fatty acids and ghrelin in healthy subjects. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2010 Feb; 35 (1): 9-16.
 48. Brand-Miller J, McMillan-Price J, Steinbeck K, Caterson I. Dietary glycemic index: health implications. *J Am Coll Nutr.* 2009 Aug; 28 Suppl: 446S-449S. Review.

Tabella 1. Classificazione dell'amido naturalmente presente negli alimenti.

Tipo di amido	Esempio	Probabile digestione nel piccolo intestino
Amido Rapidamente Digeribile (RDS)	Alimenti ricchi in amido cotti	Rapido
Amido Lentamente Digeribile (SDS)	Per lo più cereali crudi	Lento ma completo
Amido Resistente (RS):		
(1) Amido Fisicamente Indigeribile	Grani e semi in parte macinati	Resistente
(3) Granuli di Amido Resistente	Patata e banana cruda	Resistente
(1) Amido Retrogradato	Patata, pane e cornflakes cotti e poi raffreddati	Resistente

Tradotta da: Aller EE, Abete I, Astrup A, Martinez JA, van Baak MA. Starches, sugars and obesity. *Nutrients*. 2011 Mar; 3 (3): 341-69.

Tabella 2: Indice Glicemico (IG) in riferimento al glucosio ed al pane bianco e Carico Glicemico (CG) degli alimenti che forniscono la principale quota glucidica della dieta abituale in soggetti sani.

ALIMENTI	Indice Glicemico (Glucosio=100)	Indice Glicemico (Pane =100)	Alimenti di riferimento e tempi di osservazione	Porzione (g)	Carico Glicemico (CG)
Pane					
Pane bianco	72	103	Glucosio, 2h	30	11
Pane integrale	72±6	103	Glucosio, 2h	30	12
Riso - Pasta					
Riso bollito 13'	89	127	Glucosio, 2h	150	43
Riso Basmati bollito	57±4	82±6	Glucosio, 2h	150	22
Spaghetti (Barilla)	58	83±16	Pane, 2h	180	28
Cereali da colazione					
All-bran	44±6	62±8	Glucosio, 3h	30	9
Cornflakes	81±3	115±5	Glucosio, 2h	30	20
Muesli	66±9	94	Glucosio, 2h	30	16
Riso soffiato	88±3	126±5	Glucosio, 2h	30	23
Biscotti					
Biscotti secchi (Oro saiwa)	61±9	87	Glucosio, 2h	40	21
Biscotti frollini(Vitasnella)	59±10	84	Glucosio, 2h	25	12
Frutta					
Mela Golden Delicious	39±3	56	Glucosio, 2h	120	6
Albicocca	34±3	49	Glucosio, 2h	120	3
Banana	70±5	100	Glucosio, 2h	120	16
Ciliegie	63±6	90	Glucosio, 2h	120	9
Kiwi	58±7	83	Pane, 2h	120	7
Arancia	33±6	47	Glucosio, 2h	120	3
Ananas	66±7	94	Pane, 2h	120	6
Melone Cantalupo	65±9	93	Pane, 2h	120	4
Fragole	40±7	57	Glucosio, 2h	120	1
Anguria	72±13	103	Glucosio, 2h	120	4
Legumi					
Fagioli secchi bolliti	37	52±25	Pane, 2h	150	11
Cannellini in scatola	31±5	44	Glucosio, 2h	150	6
Ceci bolliti	36±5	51	Glucosio, 2h	150	11
Lenticchie	29±3	41	Glucosio, 2h	150	5
Piselli congelati, bolliti	51±6	73	Glucosio, 2h	80	4
Verdure					
Zucca bollita	75±9	107	Glucosio, 2h	80	3
Carote crude	39±1	56	Glucosio, 2h	80	2
Carote bollite	49±2	70	Glucosio, 2h	80	2
Patate bollite, bianche	96±10	137	Glucosio, 2h	150	24
Patate cotte, poi raffreddate	86±5	79±7	Pane, 2h	150	12
Bevande					
Coca cola®	63	90	Pane, 2h	250 mL	16
Fanta®	68±6	97	Pane, 2h	250 mL	23
Sports drink					
Gatorade®	78±13	111	Pane, 2h	250 mL	12

Tabella adattata dalla Table A1 "Glycemic index (GI) and glycemic load (GL) values determined in subjects with Normal Glucose Tolerance: 2008. Atkinson FS, Foster-Powell K, Brand-Miller JC. *International Tables of Glycemic Index and Glycemic Load Values: 2008*. *Diab Care* 2008; 31(12)".

Tabella 3. Indice Glicemico (IG) in riferimento al glucosio ed al pane bianco e Carico Glicemico (CG) degli alimenti che forniscono la principale quota glucidica della dieta abituale in soggetti con ridotta tolleranza glucidica.

ALIMENTI	Indice Glicemico (Glucosio=100)	Indice Glicemico (Pane =100)	Alimenti di riferimento e tempi di osservazione	Porzione (g)	Carico Glicemico (CG)
Pane					
Pane bianco	73	104±5	Glucosio, 3h	30	11
Pane integrale	64	92±11	Pane, 3h	30	8
Cereali da colazione					
Cherios	74	106±9	Pane, 3h	30	15
Cornflakes	92	130	Glucosio, 2h	30	25
Riso - Pasta					
Riso	56	80±5	Pane, 3h	150	23
Pasta - maccheroni	56	80	Pane, 4h	180	27
Pasta - spaghetti	42	59	Pane, 5h	180	19
Pizza	80	114±14	Pane, 3h	100	22
Frutta					
Mela	44	63±3	Pane, 3h	120	6
Albicocca	57	82±3	Pane, 3h	120	5
Banana	58	83±3	Pane, 3h	120	13
Uva	49	70±3	Pane, 3h	120	9
Pesca	56	80±3	Pane, 3h	120	5
Arancia	48	68±2	Pane, 3h	120	5
Pera	42	60±2	Pane, 3h	120	5
Prugna	53	75±3	Pane, 3h	120	6
Legumi					
Fagioli	20	28±4	Pane, 2h	150	6
Ceci	33	47±9	Pane, 3h	150	10
Lenticchie	28	40	Glucosio, 3h	150	5
Piselli congelati, poi bolliti	39	55	Glucosio	80	3
Verdure					
Carote crude	16	23	Glucosio, 2h	80	1
Patate	61	88	Pane, 5h	150	16
Bevande					
Latte intero	24	34±9	Pane, 2h	250 mL	3
Gelato vaniglia e cioccolato	80	114±31	Pane, 2h	50	10

Tabella adattata dalla Table A2 "Glycemic index (GI) and glycemic load (GL) values determined in subjects with Impaired Glucose Tolerance, small subject numbers or values showing wide variability: 2008. Atkinson FS, Foster-Powell K, Brand-Miller JC. International Tables of Glycemic Index and Glycemic Load Values: 2008. Diab Care 2008; 31(12)".

20esimo

Congresso Nazionale ADI

Firenze 8-10 novembre duemiladodici



Dalla teoria alla pratica clinica Il confronto delle esperienze

Cooperation and clinical practice

PREFAZIONE WORKSHOP e TAKE HOME MESSAGE RELAZIONI

Nell'ambito del 20esimo Congresso Nazionale tenutosi a Firenze lo scorso 8-10 novembre 2012, si è voluto creare l'occasione di incontro, confronto e bilancio delle attività svolte in ambito societario. In questa ottica, i gruppi di studio ADI si sono riuniti in Workshop di lavoro: ciascuno ha sintetizzato il lavoro svolto in seduta plenaria attraverso un take home message, che rappresenta una prima fase di operatività di tali gruppi.

Inoltre, al fine di dare spunti pratici e immediati ai partecipanti, i moderatori delle diverse sessioni hanno sintetizzato alcuni punti salienti di particolare interesse pratico dalle diverse letture e relazioni. Riportiamo di seguito i take home message raccolti.

Segreteria Organizzativa

PROMEETING® ●●●●
convegni & relazioni pubbliche

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

Tel. 0763 344890 Fax 0763 344880

E-mail: info@prommeeting.it



WORKSHOP 1

OSSERVATORIO DELLE CRITICITÀ NELL'INTERAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

Coordinatore: Rosalba Mattei

Partecipanti: Claudia Francalanci, Giulia Ferrara, Emanuele Paolini, Roberto Monaco, Giovanni Fuppi, Caterina Vigni

Premessa

L'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI), è la decana tra le Società Scientifiche dell'ambito nutrizionale (nasce nel 1950) e con i suoi 1.800 soci di varia estrazione professionale, anche la più numerosa.

L'ADI, in qualità di società scientifica, persegue finalità di solidarietà sociale impegnandosi sia nel campo dell'assistenza sociale che in quello socio sanitario a favore di soggetti affetti da qualsiasi patologia riconducibile alla dietetica ed alla nutrizione clinica.

Il processo di aziendalizzazione in sanità ha portato l'organizzazione sanitaria a considerare il paziente come attore consapevole ed informato e per l'ADI quindi il paziente deve avere un ruolo attivo, deve essere oggetto di attenzione da parte degli operatori tutti che devono comprendere i suoi bisogni e rispettare i suoi valori.

Attorno al mondo della "dieta" si è creato un business enorme, in cui la comunicazione e la pubblicità giocano un ruolo fondamentale.

Nell'ambito della Dietetica e Nutrizione Clinica, l'impatto del privato è attualmente superiore a quello del pubblico. In queste strutture private operano professionisti seri, sicuramente disponibili ad allinearsi a strategie consequenziali alle indicazioni della Evidence Based Medicine.

Le società scientifiche dovrebbero però poterli supportare, dal momento che la qualità della dieta spesso non risulta conforme ai criteri di accettabilità etica e professionale, al fine di creare un forte ed omogeneo fronte d'intervento che possa contrastare le troppe e pericolose "stupidaggini" quotidianamente proposte per fare guadagno.

L'ADI, consapevole dell'importanza dell'integrazione con il privato, con l'istituzione dell'"Osservatorio delle criticità nella interazione Pubblico-Privato" vuole appunto ricercare, nel rispetto del rigore scientifico, la giusta modalità d'interazione e la pianificazione delle modalità operative che, se in linea con i criteri prestabiliti, possono consentire di ottenere l'**Accreditamento ADI**.

L'Osservatorio si pone dunque l'obiettivo di avvicinare

alla Società questo settore sanitario, creando una solida rete collaborativa.

A tal proposito è opportuno sottolineare come nell'ambito del rapporto Pubblico-Privato vada evidenziato il ruolo delle Strutture Private che si integrano nel sistema di programmazione e della *governance* regionale, condividendo gli obiettivi del SSR e le garanzie di equilibrio economico-finanziario.

Garantire il diritto alla salute significa concretamente offrire i servizi, le attività e le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione della disabilità ma, contemporaneamente, assicurare che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi congrui per le effettive necessità degli utenti.

Il presupposto per il raggiungimento dei nostri obiettivi consiste nell'arruolamento di Strutture Private, di tutte le regioni nazionali, all'interno delle quali venga svolta attività di tipo dietetico-nutrizionale, affinché i Professionisti coinvolti siano allineati con i dettami di una Società Scientifica interessata all'integrazione e coordinamento delle prestazioni al fine di rendere omogeneo l'intervento sulla popolazione.

Attività del primo biennio

A) La nostra attività ha avuto inizio con l'elaborazione di un questionario, comprensivo di 40 quesiti e suddiviso in 4 sezioni relative a:

- 1 - caratteristiche e dati della Struttura
- 2 - dati del Professionista operante in ambito nutrizionale
- 3 - metodologia dell'intervento dietetico-nutrizionale
- 4 - dati relativi al responsabile della Struttura,

necessario per effettuare una indagine conoscitiva relativa alle modalità operative in ambito dietetico-nutrizionale nelle Strutture coinvolte.

In caso di dubbi o discrepanze, le Strutture hanno comunque garanzia di collaborazione da parte della Società Scientifica per chiarimenti in merito all'applicazione del protocollo.

B) I Responsabili delle Strutture Private identifica-

te sono stati, in via preventiva, contattati telefonicamente per la presentazione del Progetto.

A tutti coloro che hanno comunicato la propria disponibilità a collaborare, è stato inviato il questionario rammentando il vincolo d'iscrizione all'ADI, qualora fattivamente interessati a partecipare al lavoro del Gruppo.

- C) Sono stati elaborati i dati ricavati dai questionari inviati dalle Strutture i cui risultati sono riportati di seguito, anche se parzialmente, poiché la complessità dell'interpretazione richiede ulteriori riflessioni in merito alle modalità operative.
- D) In occasione del ventesimo Congresso Nazionale ADI a Firenze, al Workshop del Gruppo di Lavoro "Osservatorio delle criticità nell'interazione pubblico-privato", sono state espresse ai partecipanti le finalità e le modalità operative dell'attività svolta nel primo biennio da parte dei componenti del Gruppo di Lavoro.

Sono stati quindi presentati i dati preliminari, relativi ai questionari inviati da 22 Strutture con la seguente distribuzione geografica: nord n°7, centro n°7, sud e isole n°8.

È da evidenziare che alcuni questionari sono stati scartati e che, nella elaborazione dei dati preliminari, si è tenuto conto esclusivamente dell'attività svolta nella Sede principale, perché non è risultato chiaro quanto dichiarato in merito alle prestazioni effettuate dal Professionista in ulteriori ambulatori collocati anche in altre regioni.

Delle strutture partecipanti il 60% ha dichiarato di essere operativo da più di 10 anni, il 30% da 4 a 10 e il 10% da circa 3 anni.

I professionisti operanti nel settore sono risultati: 40% Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione, 25% Biologo Nutrizionista, 20% Dietista, 5% Dottore in Scienza della Nutrizione Umana e la restante quota del 10% ripartita tra Endocrinologo, Medico Igienista, Psicoterapeuta.

Alla domanda se nella Struttura è stato adottato un sistema di gestione della Qualità il 61% ha risposto no e il 39% ha risposto affermativamente.

Il 28% degli intervistati ha dichiarato di non essere a conoscenza delle problematiche concernenti il rischio clinico e del 72% che ne è a conoscenza solo la metà ha adottato un sistema di gestione del rischio clinico.

Il grado di soddisfazione degli utenti non è preso in considerazione dalla maggioranza (61%) mentre il restante 39% ha dichiarato di utilizzare questionari di gradimento anonimi.

Il 65% degli operatori non si avvale di protocolli

terapeutici, l'83% rileva dati antropometrici ed effettua valutazione della composizione corporea, il 72% al primo incontro definisce un obiettivo ponderale e il 100% dichiara di utilizzare esclusivamente la dieta Mediterranea per ottenere un decremento ponderale.

A seguito di una proficua discussione, preso nota delle esigenze di ciascuno e delle criticità emerse è stata richiesto ai partecipanti la disponibilità a collaborare con il Gruppo di Lavoro ADI contribuendo con le proprie esperienze nelle diverse realtà regionali.

Sono quindi stati individuati dei potenziali referenti appartenenti alle diverse regioni italiane con distribuzione omogenea tra Nord, Centro, Sud e Isole con i quali intercorreranno ulteriori scambi di opinioni per meglio chiarire i termini di una futura e fattiva collaborazione.

Obiettivo comune e necessità emersa durante il workshop

Rendere omogeneo e più facilmente valutabile il trattamento dietetico-nutrizionale svolto nelle Strutture Private in quanto, solo dopo aver reso omogeneo l'intervento nutrizionale nel settore privato potremo confrontarlo con il settore pubblico.

Il **Take Home Message** del nostro Workshop consiste quindi nell'intento di unire le menti, il sapere, l'esperienza, la conoscenza di ognuno di noi per intraprendere un percorso che ci permetta di raggiungere l'obiettivo di avere più Centri/Strutture da accreditare. Perfezionando la sicurezza all'interno degli stessi, diminuendo o eliminando le criticità e evidenziando quanto il lavoro di equipe sia necessario per la cura del cittadino, per ridurre i tempi di attesa ma allo stesso tempo soddisfare a pieno i bisogni e le esigenze del paziente.

Attività del secondo biennio

La fase successiva del nostro progetto prevede l'attivazione di iniziative di supporto e potenziamento dell'attività privata ponendosi l'ambizioso obiettivo di divulgare e far crescere la cultura della Qualità e dell'Accreditamento inteso come strumento di miglioramento continuo, nello specifico per il privato, attraverso piani formativi per operatori sanitari.

Pianificazione dell'attività dell'Osservatorio per l'anno 2013

Organizzazione e coordinamento di un gruppo di collaboratori referenti i quali, in base a quanto

emerso nel corso dei lavori del Workshop, possano collaborare nella seguenti aree tematiche:

- Organizzazione di corsi specifici di aggiornamento affinché anche nel privato possa essere garantito un servizio di qualità.
- Reclutamento di nuove Strutture Private per ampliare la casistica ed evidenziare ulteriori criticità.
- Attuazione di una strategia chiara per sensibilizzare le Agenzie Governative alle problematiche della Nutrizione Clinica nelle Strutture Private.
- Pianificazione dei rapporti tra le varie figure professionali che operano nell'ambito della Nutrizione Clinica per promuovere un più proficuo lavoro di equipe.
- Collaborazione con l'area chirurgica.
- Analisi e sicurezza di prodotti alimentari e dei pasti sostitutivi presenti in commercio.
- Controllo e validazione della strumentazione utilizzata per la gestione del paziente.

Conclusione

L'ADI nel confrontarsi con i pazienti risulta competitiva perchè, oltre a fornire buone prestazioni

sanitarie, mette in campo confort, gentilezza e cortesia, capacità d'informazione e di conduzione del paziente durante tutto il processo della malattia.

In questo contesto il termine qualità nei servizi è complementare alla espressione customer satisfaction poiché il giudizio sulla qualità è la misura di questa soddisfazione.

Il gruppo di lavoro ADI "Osservatorio delle criticità nell'interazione pubblico-privato" ha come obiettivo del 2013 quello di creare un sistema di gestione della qualità uniforme nelle Strutture Private del territorio nazionale che garantisca il rispetto di standard elevati: l'accreditamento ADI sarà costituito da 40/50 requisiti ciascuno dei quali misurato con uno o più indicatori che dovranno rispettare standard pre-determinati.

I requisiti saranno definiti riguardo alle seguenti aree tematiche: sicurezza e qualità delle cure, carta dei servizi, privacy, personale, management aziendale, customer satisfaction, clima interno, sistema informativo, fornitori, rischio clinico, requisiti specifici sulla nutrizione e la dietetica.

Il modello di accreditamento ADI attesterà e riconoscerà il rispetto di standard di qualità in termini di cura ed assistenza, di ottimizzazione dei risultati, di attenzione alle esigenze dei pazienti.



WORKSHOP 2

MAL-NUTRIZIONE IN ONCOLOGIA

Coordinatore: Marina Taus

Partecipanti: Antonella Poloni, Luciano Latini, Stefano Cascinu

Problematiche nutrizionali

- Lesioni ulcerative al cavo orale
- Necessaria elevata quantità di calorie (introduzione parenterale)
- Problematiche metaboliche (iperglicemia, ipertrigliceridemia da farmaci CS e steroidi)
- Persistenza di nausea e vomito (chemio-radioterapia, CS e GVHD acuta e cronica)
- Diarrea (chemioterapia e GVHD acuta e cronica)
- Sindrome da malassorbimento (GVHD acuta e cronica)

Criticità attuali

- Non si ha ancora una reale percezione dell'importanza della valutazione dello stato nutrizionale
- Purtroppo viene posta attenzione alla malnutrizione per difetto e passa in secondo piano la malnutrizione per eccesso causa di molte neoplasie
- Esistono progetti e protocolli di studio per la malnutrizione; tuttavia sono emerse difficoltà nell'utilizzo dei test che abbiamo a disposizione (troppo complessi, mancanza di personale, scarsa compliance da parte dei pz)

- È necessaria una maggiore sorveglianza del rispetto del programma nutrizionale consigliato
- Mancanza di apparecchiature (bilancia, plicometro, BIA)

Take home message

- Visita oncologica associata sempre con visita nutrizionale
- Maggiore presenza dell'equipe nutrizionale nelle strutture oncologiche
- Il dietista assume un ruolo chiave come trade union, nella relazione oncologo-nutrizionista-pz.
- Rilevazione costante del peso corporeo e della anamnesi alimentare ogni 2-3 settimane (nei pz ricoverati giornaliera)
- Formulazione di test di immediata esecuzione per rilevazione della malnutrizione, (difficile contesto lavorativo per operatori sanitari e stato psicologico compromesso del pz)
- Formulazione di un piano di attività fisica associato a quello alimentare
- Maggiore sorveglianza del paziente riguardo l'adesione al programma nutrizionale proposto
- Concordanza sul piano nutrizionale secondo linee guida espen 2006-2009



WORKSHOP 3

OBESITÀ PEDIATRICA: UNA PRIORITÀ DA PRESIDARE. NUOVA SFIDA PER I SERVIZI DI DIETOLOGIA

Coordinatore: Giuseppe Morino

Partecipanti: Maria Rosaria Licenziati, Giovanni Caldarone, Sabino Pesce, Maria Rita Spreghini, Salvatore Vaccaro, Michelangelo Valenti, Maria Solis, Daniela Vona

- La diagnosi di obesità, nei bambini di età > 24 mesi, si basa sull'uso del BMI riferito a Cole (studi epidemiologici) o sulle curve dei centili OMS o SIEDP (valutazione clinica). In tutti i bambini con obesità dai 5 anni è utile determinare il rapporto tra circonferenza minima della vita e statura:
V/H > 0,5: aumento dei fattori di rischio cardiovascolari, indipendentemente dal BMI
- È indicato ricercare le complicanze metaboliche in tutti i bambini obesi (BMI > 95 c° e/o CV/H > 0,5) e in tutti i bambini sovrappeso con familiarità per fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, diabete, dislipidemia, malattia cardiovascolare)
- È indicato ricercare le complicanze epatologiche: in tutti i bambini obesi con ALT > 40 e/o epatomegalia e/o CV/H > 0,5 e/o segni clinici di insulino resistenza eseguire ecografia epatica
- La prevenzione costituisce l'approccio con il miglior rapporto costo-beneficio per il controllo dell'obesità in età pediatrica e, nel futuro, dell'età adulta.
- L'obesità è una malattia multifattoriale, pertanto gli interventi preventivi dovrebbero essere attuati su tutti i fattori concausali e dovrebbero essere indirizzati a tutti i bambini fin dalla nascita, soprattutto se con familiarità per obesità o diabete gestazionale.
- I genitori devono promuovere sin da piccoli uno stile di vita attivo, riducendo le occasioni di sedentarietà e promuovendo giochi di movimento (genitori e figli che giocano insieme più volte la settimana)
- Dai 5-6 anni i bambini vanno avviati alla pratica regolare di un'attività ludico-sportiva di tipo aerobico, protratta nel tempo, dando la preferenza a sport di squadra più volte la settimana
- L'intervento Nutrizionale deve essere di tipo educativo sul bambino e la sua famiglia e non (solo) di tipo prescrittivo ed è essenziale motivare la famiglia al cambiamento per acquisire nuove e sane abitudini alimentari da trasmettere al bambino
- Il processo deve basarsi su: Anamnesi alimentare accurata - Valutazione critica delle abitudini alimentari della famiglia - Particolare attenzione a condimenti, metodi di cottura e porzioni - Utilizzo di un diario alimentare -



WORKSHOP 4

ATTIVITÀ FISICA E PATOLOGIA: LA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO NEL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE CRONICHE

Coordinatore: Paolo Spinella

Partecipanti: Patrizio Sarto, Michelangelo Giampietro, Michael Kob, Claudio Tubili

WHO "World Report 2002"

Nel 2002 la WHO ribadisce ed evidenzia rischi legati alla sedentarietà ed identifica tale condizione come fattore di rischio primario per lo sviluppo di gravi malattie cardiovascolari e metaboliche di tipo cronico-degenerative e giunge ad ipotizzare un nesso tra sedentarietà e alcune tipi di neoplasie.

WHO "Move for Health"

- Slogan usato per stimolare e promuovere la pratica di un'attività fisica (di moderata intensità ma frequente) come "farmaco" efficace ed in grado di favorire la salute e la longevità
- Nel 2009 la WHO colloca l'inattività fisica al 4° posto tra le cause di morte (dopo ipertensione arteriosa, tabagismo, diabete) nei paesi ad alto reddito (3.200.000 decessi all'anno)
- Nel 2010 la WHO segnala che il 60% delle morti da malattie non trasmissibili, a livello mondiale, sono dovute a malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie
- L'inattività fisica e la cattiva alimentazione favoriscono l'insorgenza di patologie diverse

Che fare?

I nutrizionisti non possono che sentirsi parte attiva nel predisporre, collaborando con le altre necessarie competenze, nella preparazione e gestione di protocolli sia nell'area della prevenzione primaria (educazione alimentare, stile di vita attivo) che in quella terapeutica (protocolli di esercizio fisico strutturato e di dietoterapia nel trattamento delle patologie di base e delle complicanze)

Quali sono le malattie in cui l'esercizio fisico può giocare un ruolo terapeutico

- Diabete e dismetabolismi
- Obesità e relative complicanze
- Malattie cardiovascolari

- Alcune neoplasie
- Malattie osteoarticolari
- BPCO
- Malattie neurodegenerative

Quale evidenza?

Nella malattia diabetica il ruolo dell'attività fisica sul piano preventivo è riconosciuto e quello dell'esercizio fisico nell'ambito dei programmi terapeutici è sempre più considerato sulla base dei risultati che evidenziano il miglioramento dei parametri metabolici e cardiovascolari.

Quale evidenza?

Nell'obesità l'esercizio fisico adeguato porta al miglioramento della fitness cardiorespiratoria e ad un miglioramento della compliance rispetto a programmi dietetici sul lungo periodo ed anche una riduzione della mortalità per complicanze cardiovascolari.

Quali evidenze?

- Riconosciuto il ruolo dell'attività fisica costante e di intensità lieve o moderata nel ridurre la morbidità e la mortalità connesse alle malattie cardiovascolari e migliorare le prestazioni fisiche
- L'esercizio fisico regolare di tipo aerobico è in grado di ridurre in modo significativo molti dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari, quali l'ipercolesterolemia, il sovrappeso, il diabete.

Mantenimento dello Stato Nutrizionale Approccio Multidisciplinare

Prevenire la perdita di massa muscolare

Limitare l'accumulo di adiposo

Garantire una buona qualità della vita

Quale attività fisica?

- Il programma dovrà essere impostato e l'attività dovrà essere prescritta individualmente e con caratteristiche riguardanti tipo di esercizio, durata, frequenza, carichi di lavoro etc. finalizzate alle

capacità individuali specifiche ed alla verifica dei benefici nel prosieguo del programma, mediante monitoraggio dei parametri dello stato nutrizionale, clinici funzionali, e della qualità di vita di questi pazienti.

Qualità di vita e malattie croniche

- Ha sempre maggiore rilevanza la qualità di vita nelle malattie croniche.
- Questo obiettivo è stato recentemente indicato, da alcune Società Scientifiche di area internistica (*JAMA 2012*) come il più importante per la salute anche rispetto alla riduzione della mortalità.
- L'esigenza nasce dalla sempre maggiore diffusione della polipatologia e della multi morbilità

Qualità di vita e malattie croniche

- Nei paesi occidentali ad alto reddito il 75% circa della popolazione con oltre 65 anni ha almeno 2 malattie, il 50% almeno 3 e il 20% almeno 5 malattie.
- Questa situazione sposta l'obiettivo da quello, seppur primario, di ricercare la guarigione a quello della migliore gestione della malattia nel tempo e della stabilizzazione o miglioramento delle funzioni dell'organismo, rese deficitarie dalla malattia.

Qualità di vita e malattie croniche

- Molte malattie possono non guarire ma avere lunghi anni di sopravvivenza e quindi la qualità di vita assume un ruolo importante.
- L'esercizio fisico è fortemente raccomandato per la qualità di vita di questi pazienti sia per i benefici sul piano fisico che per il miglioramento dell'umore.

Take home message

- La sedentarietà e l'inattività fisica sono condizioni che fanno da base per lo sviluppo di patologie croniche.
- Le patologie che sono correlabili con la sedentarietà sono di ambito metabolico e cardiovascolare (diabete, sovrappeso, obesità, sindrome metabolica, aterosclerosi, cardiopatie ischemica, IPA etc.) osteoarticolare (osteoartrosi, osteoporosi, artrite reumatoide etc.) respiratorio (BPCO etc), oncologico (colon, mammella, etc) neurodegenerativo (Alzheimer ed altre forme di demenza, Parkinson etc.).
- Le finalità di una ripresa graduale dell'attività fisica, con adeguati programmi di esercizio saranno quelle di un mantenimento dello stato nutrizionale (conservazione della massa magra e miglio-

ramento del tono-trofismo della massa muscolare) e del miglioramento della fitness cardiorespiratoria che permetta un graduale incremento dei carichi di lavoro con significato allenante.

- Vanno meglio definiti le competenze i ruoli sanitari e tecnici che dovranno operare in un contesto organizzativo finalizzato sia alla specifica ed approfondita valutazione medica dei pazienti che alla seguente corretta prescrizione del programma di esercizio fisico e della sua esecuzione.
- Il programma di esercizio va individualizzato e dovrà tener conto della patologia di base e la prescrizione dovrà contenere la terapia farmacologica in atto e le possibili interferenze con la risposta all'esercizio.
- Il programma dovrà essere dettagliato per tipologia, frequenza, durata, intensità del carico di lavoro e deve prevedere una periodica rivalutazione funzionale per l'adeguamento dei carichi allenanti e l'aggiornamento della prescrizione che dovrà essere condivisa e valutata nell'ambito della situazione clinica e della terapia farmacologica in atto.

Chi deve fare cosa?

MMG, Medico dello Sport, Fisiatra, Laureato in Scienze Motorie, Dietista (con competenze specialistiche), Fisioterapista, Medico, Nutrizionista, Medico Specialista con specifiche competenze

Take home message

- Vanno creati i necessari collegamenti tra i Centri prescrittori (Servizi di Medicina dello Sport) con ruolo di coordinamento ed un network di centri fitness sul territorio che rispondano a specifici requisiti (che devono essere assolutamente rispettati) ed essere certificati per poter operare, in piena collaborazione con i Centri prescrittori e che possano entrare a far parte di una lista di strutture idonee alla presa in carico dei pazienti e che diano le necessarie garanzie per la corretta esecuzione dei programmi di esercizio fisico in ambiente adeguato e sicuro extraospedaliero.
- L'ADI potrà dare il proprio contributo, collaborando con le altre componenti interessate, nella definizione di obiettivi condivisi e nell'impostazione di programmi finalizzati ad una migliore gestione di quelle patologie croniche che possono giovare di un corretto intervento nutrizionale e di un adeguato programma di esercizio fisico in grado di favorire la qualità di vita di questi pazienti.



WORKSHOP 5

DISTURBI ALIMENTARI: UPDATE SOCIETARI E NAZIONALI

Coordinatore: Vincenzi Massimo

Componenti: Valentina Culicchi, Elena D'Ignazio, Irene Del Ciondolo, Fabrizio Malvaldi, Annalisa Maghetti, Barbara Paolini, Giuseppe Malfi, Lorenza Caregaro, Roberta Situlin, Francesco Leonardi

1) Censimento Centri ADI DCA

(presentato da Massimo Vincenzi)

Dati incompleti soprattutto per quanto concerne l'Italia Centrale e la Sardegna. Sono stati censiti 31 Centri. Si evince dai dati del censimento che il tempo dedicato dagli operatori ai DCA, è intorno al 45% rispetto al totale del lavoro.

La percentuale dei DCA riscontrata nei Centri è:

AN 17,4%

BN 13,8%

BED 11,1%

EDNOS 8,9%

L'obesità interessa circa il 33% della popolazione che afferrisce ai Centri

L'invio ai Centri viene effettuato preferenzialmente dai Medici di Medicina Generale, ma anche da altre figure professionali come Psichiatra, Psicologo, Ginecologo, Endocrinologo, Assistente Sociale.

Il Coordinatore del Centro nel 50% dei casi è lo Psichiatra, nell'altro 50% il Nutrizionista. Nel 42% dei Centri sono presenti tre livelli di assistenza: Ambulatoriale, DH, Degenza.

Vista l'incompletezza dei dati raccolti, anche in rapporto al Censimento centri DCA effettuato dal Ministero della Salute, il gruppo decide:

un ulteriore invio di questionari al fine di completare la mappatura, con particolare riferimento alla Regioni mancanti, e per ottenere ulteriori dati circa le professionalità coinvolte, le modalità di lavoro, le prestazioni erogate.

Questo allo scopo di creare una rete nazionale ADI dei Centri DCA.

2) Studio Ortoressia

(presentato da Annalisa Maghetti)

Terminata la prima parte relativa alla prevalenza dell'ortoressia determinata tramite il test ORTHO 15 sui Soci ADI (Medici, Dietisti, Biologi). Sono state analizzate 517 schede che hanno evidenziato una maggior prevalenza a carico di Biologi, Divorziati, Liberi professionisti, Non fumatori, Soggetti a dieta.

È in atto la seconda parte dello studio con raccolta di schede provenienti da una popolazione "non sanitaria" con l'intento poi di porre a confronto i dati delle due popolazioni esaminate.

3) Studio Dissonanza Cognitiva

(Progetto descritto e da attuare nella seconda fase)

(presentato da Elena D'Ignazio e Annalisa Maghetti)

La dissonanza cognitiva è un metodo di prevenzione dei fattori di rischio generali dei DCA, proposto da Stice, utilizzabile nel sesso femminile nella fascia di età compresa fra 15 e 18 anni.

Viene illustrato un progetto pilota da applicare in un Istituto Liceale di Ravenna con possibilità di estendere in seguito tale progetto anche a Soci o Centri ADI interessati.

4) Consensus Conference sui DCA (Roma 24-25 ottobre 2012)

(Risultati finali da definire dopo la pubblicazione degli atti definitivi)

(presentato da Massimo Vincenzi e Francesco Leonardi)

Vengono illustrati i dati preliminari in attesa della pubblicazione degli atti definitivi relativi alle tre aree considerate: epidemiologia e carico assistenziale, prevenzione, modelli organizzativi.



WORKSHOP 6

GRUPPO INTERSOCIETARIO ADI-AMD-SID: NUTRIZIONE E DIABETE

Coordinatore: Sergio Leotta

Partecipanti: Giuseppe Marelli, Paolo Fogliani, Franco Tomasi, Giuseppe Fatati, Eva Mirri, Lucia Fontana

Il workshop tenutosi a Firenze nel Convegno Nazionale ADI è stato l'occasione di confronto su alcune problematiche affrontate dal Gruppo intersocietativo ADI - AMD - SID Nutrizione e Diabete. Il gruppo di studio sta attualmente lavorando ad una revisione delle raccomandazioni nutrizionali per il diabete. La stesura è stata affidata ad un panel di esperti del settore della nutrizione clinica e diabetologia. Metodologicamente è stata effettuata una revisione analitica di studi che includono tutti i tipi di diabete e la popolazione pediatrica, l'analisi di evidenze scientifiche prodotte da metanalisi, studi retrospettivi documentati, studi clinici, studi di coorte, studi epidemiologici e le attuali Position Statement in lingua italiana e in lingua inglese, gli Standard di Cura AMD-SID e la versione aggiornata dei LARN per la popolazione italiana.

Il gruppo di lavoro è stato suddiviso in sottogruppi che lavora attraverso il metodo della *Consensus Conference* di tutto il panel di esperti: il livello delle prove scientifiche alla base di ogni raccomandazione prodotta è stato classificato secondo quanto previsto dal *Piano nazionale delle linee-guida 2002* (www.pnlg.it).

Nel corso del workshop sono stati affrontati alcuni argomenti di grande interesse nel contesto della nutrizione e diabetologia: tra le diverse strategie di intervento nutrizionale, un ruolo di primo piano spetta alle diete a diverso contenuto di carboidrati. Il gruppo di lavoro ha inoltre evidenziato la problematica delle varie etnie presente sul ter-

ritorio nazionale, riflesso della sostanziale modificazione della realtà assistenziale italiana, affrontando il tema della dieta del diabetico extracomunitario. In tale contesto sono in corso di analisi i possibili interventi ancora non strutturati, atti a superare le differenze linguistiche e comunicative, lo studio delle abitudini alimentari e il consumo di gruppi alimentari preferenziali e l'uso di strumenti di comunicazione convenzionale nel contesto della terapia nutrizionale. Altra problematica che ha suscitato grande interesse è la dieta nel paziente diabetico anziano e la disamina delle criticità e trattamento della obesità sarcopenica in questa fascia di età che oggi è in notevole espansione. Nell'affrontare il tema dei prodotti alimentari messi a disposizione dalla ricerca in campo alimentare, il gruppo ha condiviso la valutazione delle normative che regolamentano la produzione di quegli alimenti di larga diffusione che presentano in etichetta la dicitura "alimenti per diabetici", valutandone in modo particolare le caratteristiche nutrizionali e aspetti funzionali che possono essere una guida in un'ipotetica scelta e collocazione accanto agli alimenti naturali nella dieta del diabetico.

Il Gruppo di Studio si avvia alla stesura definitiva del documento che sarà destinato a tutti i medici e operatori dedicati e coinvolti nella gestione della nutrizione del paziente diabetico.

La deadline per la last revision e stampa del documento è stabilita per Febbraio 2013.



WORKSHOP 7

QUALE FORMAZIONE PER IL NUTRIZIONISTA MODERNO? LA FORMAZIONE POST LAUREA. FORMAZIONE CONTINUA ADI

Coordinatore: Hellas Cena

Partecipanti: Nino Battistini, Giacinto Miggiano, Lorenza Caregaro, Maurizio Battino, Paolo Spinella, Lorenzo Maria Donini

Storicamente possiamo datare la dietetica indietro nel tempo fin da Omero, Platone e Ippocrate (460 AC), ma solo negli ultimi due secoli la nutrizione e la dietetica hanno acquisito un grande sviluppo scientifico grazie alla chimica e biochimica che hanno dimostrato l'evidenza scientifica della correlazione fra nutrizione e salute, alimentazione e malattie.

Pertanto riteniamo che l'ultima definizione dell'ADA (American Dietetic Association), qui di seguito riportata, che tiene in considerazione i numerosi aspetti di questa disciplina trasversale, nel suo connubio perfetto tra la Scienza dell'Alimentazione e i determinanti di salute e malattia, sia ben articolata ed esaustiva: *“la dietetica come professione è data dall'applicazione e dall'integrazione di principi derivanti da varie discipline fra cui la scienza dell'alimentazione, la fisiologia, le scienze biologiche, i comportamentali e sociali nonché le scienze gestionali e di comunicazione atte al raggiungimento e mantenimento della salute dell'uomo”* (JADA 2009).

Lo sviluppo di figure professionali dedicate alla nutrizione e impiegate nei diversi campi della sanità pubblica, è un bisogno emergente nella nostra realtà dove sono sempre più frequenti le patologie nutrizione-correlate.

Tale obiettivo comporta un impegno importante perché deve garantire un certo investimento nella ricerca al fine di garantire l'evidenza scientifica di ogni prestazione e pianificare interventi di investimento per la formazione di professionisti nel campo della nutrizione.

La formazione continua dei professionisti e l'addestramento adeguato sono pertanto fondamentali per il soddisfacimento dei bisogni di salute nutrizionale della popolazione.

Per migliorare tutti i livelli di assistenza occorre la formazione di persone che abbia delle *conoscenze* e delle *esperienze* in ambito nutrizionale.

Deve passare il concetto che la *nutrizione* è sia prevenzione che *terapia*: la *prima terapia* che deve essere “somministrata” in ambito clinico e richiede l'impostazione e il monitoraggio da parte di *professionisti* formati. Per queste ragioni si richiedono sempre più esperti in nutrizione che operino insieme ad altre figure professionali, costituendo un team in grado di promuovere la salute facendo fronte a problemi di gran-

de attualità come l'incremento della prevalenza dell'obesità e delle patologie cronico degenerative ad essa correlate, l'invecchiamento della popolazione, la malnutrizione, l'aumento del multiculturalismo, lo stato economico attuale nonché i costi del sistema sanitario nazionale.

Il Parlamento Europeo stesso evidenzia: *“l'importanza di non stigmatizzare individui o categorie esposti a problemi sanitari legati alla nutrizione, al sovrappeso e all'obesità a causa di fattori culturali, di patologie come il diabete o di disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia”* e sottolinea il diritto di *“tali persone di poter ottenere cure adeguate nell'ambito dei rispettivi SSN”*, sollecitando *“l'adozione di un approccio più olistico alla nutrizione e a fare della malnutrizione, insieme all'obesità una delle priorità nel campo nella nutrizione e della salute”*.

La formazione di personale specializzato in nutrizione, tramite corsi universitari, post laurea, educazione continua, è il fondamento base per migliorare il livello di conoscenza e competenza in ambito nutrizionale. Tale formazione è necessaria per l'inserimento nel mondo lavorativo e per permettere che competenze acquisite possano essere diffuse e applicate per risolvere i problemi di nutrizione e salute pubblica.

Attualmente i percorsi formativi Universitari nell'area sanitaria sono 2:

1. Laurea in dietistica (anni 3+2) che forma operatori sanitari competenti per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e nutrizione, compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari.
2. Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione - Indirizzo Medico (per laureati in Medicina e Chirurgia) (anni 5) che forma medici specialisti che si occupano di diagnosi e terapia nutrizionale in tutte le fasce di età, per tutte le patologie che si giovano di un trattamento di dietoterapia o nutrizione artificiale.

Oltre a questo indirizzo di Specializzazione c'è anche la Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione - Indirizzo non medico (per laureati con laurea magistrale in Biologia, in Biotecnologie Mediche, Veterinarie e Farmaceutiche, in Farmacia e Farmacia

Industriale, in Chimica, in Medicina Veterinaria in Scienza della Nutrizione Umana, in Scienze e Tecnologie Agrarie, in Scienze e Tecnologie Agro-Alimentari, in Scienze e Tecnologie Agrozootecniche) che prepara personale specialistico per la valutazione dello stato di nutrizione, definizione dei bisogni in energia e nutrienti, sorveglianza nutrizionale, organizzazione di servizi di ristorazione e che, nell'ambito del Servizio di Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN), tuteli il diritto fondamentale alla salute del cittadino consumatore, provvedendo al controllo sulla qualità e sicurezza degli alimenti, contrastando i fattori di rischio nutrizionale attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria, nonché attraverso la formazione rivolta a tutto il personale preposto alla produzione e distribuzione di alimenti e bevande.

Accanto all'area sanitaria abbiamo poi quella non sanitaria fra cui annoveriamo la Laurea in Scienze e Tecnologie Alimentari (magistrale) che mira alla formazione di professionisti dedicati alla supervisione delle filiere agroalimentari che garantiscano la qualità del prodotto finale in termini di salubrità e sicurezza alimentare, nonché la Laurea magistrale in Scienze della Nutrizione Umana - LM61 (per laureati nelle classi di laurea triennale in Biotecnologie, Scienze biologiche, Scienze e tecnologie agrarie e forestali, Scienze e tecnologie alimentari, Scienze e tecnologie chimiche, Scienze e tecnologie farmaceutiche; i laureati in Professioni sanitarie tecniche e Professioni sanitarie della prevenzione) i cui principali sbocchi occupazionali previsti sono attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione, della nutrizione e delle relative normative vigenti, utilizzando le nuove tecnologie applicate all'alimentazione e nutrizione umana e interpretandone i dati al fine di valutare la qualità nutrizionale, la sicurezza, l'idoneità degli alimenti per il consumo umano.

Dato l'incremento dei bisogni in quest'area e la risposta insufficiente dei nostri Servizi per assenza di strutture complesse e di staff medico da impiegare, per mancanza di coordinazione fra ospedali e servizi territoriali ed infine per crescente disinteresse nell'organizzazione di servizi nutrizionali, (Nutrition Reviews, 2010) è unanimemente riconosciuto che non sarà possibile adeguarsi alle richieste del Consiglio Europeo che sancisce la necessità di intensificare la formazione post laurea nel campo della nutrizione clinica in un paese in che sta vivendo una restrizione del numero delle Scuole di Specializzazione dedicate a questa professione e del drastico e continuo taglio sui fondi universitari che rendono sempre più difficile l'erogazione di assegni di dottorati di ricerca.

Pertanto tenendo conto da una parte dell'assoluta necessità di un rilevante cambiamento politico per rafforzare, implementare ed ampliare la nutrizione pubblica sul territorio, e dall'altra della frequente insufficiente formazione di base delle stesse figure abilitate alla professione, ci si auspica che le Società scientifiche dedicate come l'ADI possano farsi carico di quella che è la formazione continua post laurea attraverso le varie opportunità di programmazione e gestione, in collaborazione alle Università di percorsi post laurea quali:

1. Corsi di Master (I o II livello) C.F.U. 60
 - Corsi di aggiornamento e formazione permanente
 - Corsi di perfezionamento
 - Corsi integrativi e corsi di alta specializzazione
2. Programmazione e gestione di corsi ECM, comprendendo le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili, al fine di garantire un quadro completo ed armonico che tenga conto degli obiettivi e del target dei partecipanti, fra cui:
 - a. Formazione Residenziale (RES)
 - b. Convegni E Congressi
 - c. Formazione Residenziale Interattiva (RES)
 - d. Training Individualizzato (FSC)
 - e. Gruppi Di Miglioramento O Di Studio, Commissioni, Comitati (FSC)
 - f. Attività Di Ricerca (FSC)
 - g. Audit Clinico E/O Assistenziale (FSC)
 - h. Autoapprendimento Senza Tutoraggio (FAD)
 - i. Autoapprendimento Con Tutoraggio (FAD)
 - j. Docenza E Tutoring + Altro

A monte di tutto ciò e fra le criticità più discusse, è fondamentale il ruolo delle società nella sensibilizzazione e sostegno della formazione Universitaria attraverso un Collegio docenti, nonché nell'istituzione di un comitato permanente dedicato all'indicazione e programmazione di percorsi formativi definiti dopo la stesura di *Criteri e linee guida per la standardizzazione* che permettano di distinguersi dalle numerose offerte di formazione, via rete e non solo, che spesso sono inadeguate per il raggiungimento degli obiettivi dichiarati.

Riferimenti

- JADA, 109 (8): 1461-14767, 2009
 Nutrition Reviews, 68 (9): 556-563, 2010
<http://www.salute.gov.it/ecm/paginaInternaEcm.jsp?id=4&menu=programma>
http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf



WORKSHOP 8

ATTIVITÀ MOTORIA E SALUTE: UNA PIRAMIDE PER L'ATTIVITÀ FISICA DEGLI ITALIANI

Coordinatore: Michelangelo Giampietro

Partecipanti: Salvatore Salerno, Ovidio Brignoli, Giovanni Caldarone, Lorenzo Maria Donini, Sabino Pesce, Giuseppe Morino

1. In tutte le fasce di età, la pratica regolare e continua dell'attività fisica, spontanea o organizzata, è uno strumento fondamentale di prevenzione primaria e secondaria, nell'ambito del percorso educativo rivolto all'acquisizione di uno stile di vita sano.
2. La raccolta dell'anamnesi motoria e la conoscenza del grado di efficienza fisica (test motori specifici) sono informazioni fondamentali per la corretta valutazione dello stato di salute individuale e per comunicare le giuste e personalizzate indicazioni sui livelli di attività fisica raccomandabili.
3. L'invito a perseguire uno stile di vita quanto più dinamico possibile include qualsiasi tipo di movimento, dalle attività della vita quotidiana (ricreative o del tempo libero, occupazionali, casalinghe), all'attività fisica di tipo ludico, fino alla pratica sportiva, con o senza finalità competitive.
4. L'efficacia dell'attività fisica è "dose dipendente" in funzione della sua durata e intensità. Si consiglia una frequenza quotidiana, o quanto meno a giorni alterni, per un tempo minimo complessivo giornaliero di 30 minuti per gli adulti e di 60 minuti per i soggetti in età pediatrica (5 - 17 anni). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO-OMS, 2010) consiglia per la popolazione adulta (18-64 anni) e anziana (≥ 65 anni) di praticare ogni settimana attività aerobiche per almeno 150 minuti se l'intensità è moderata (3-5,9 MET) oppure almeno 75 minuti se l'intensità è vigorosa (> 6 MET). Anche l'attività fisica contro resistenza (con pesi) contribuisce efficacemente al mantenimento dello stato di salute.
5. Tutti i professionisti che operano nel settore della sanità dovrebbero acquisire conoscenze adeguate per una corretta comunicazione-educazione sui livelli raccomandabili di attività fisica da praticare a scopo preventivo e salutistico.
6. . . . e adesso muoviamoci! "Dalla teoria alla pratica clinica"
 Proposte per le prossime iniziative ADI:
 Postazioni per l'effettuazione di test motori;
 PasseggiA . . . DI: pratichiamo un'ora di attività fisica ogni volta che ci incontriamo.

Hanno contribuito alla stesura di queste indicazioni: Complani Nicoletta, Pesce Sabino, Procino Filippo, Sebastiani Federica, Trio Rossella
 Hanno partecipato al Workshop come relatori (Lorenzo Donini, Michelangelo Giampietro, Giuseppe Morino, Sabino Pesce e Salvatore Salerno) e come moderatore (Giovanni Caldarone)

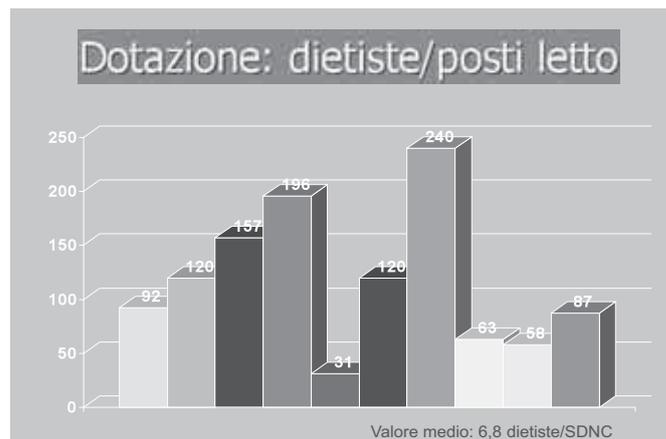

WORKSHOP 9
OSSERVATORIO CRITICITÀ IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE OSPEDALIERA

Coordinatore: Antonio Costa

Partecipanti: Federico D'Andrea, Annamaria Manfio, Michelangelo Valenti, G. Malfi, Milena Colzani, Cristina Masciullo, Fulvio Muzio, Michela Barichella, Maria Luisa Amerio, Michela Zanardi, Carlo Pedrolli

Centri partecipanti e posti letto istituzioni: 11 centri Italia del Nord

Provincia	Novara	100
Regione Autonoma	Monza	700
Valoni	Modi	100
Triuli	Forlì	110
Sanità	Savona	100
Mediobella	Mediana	100
Merica	Modena	100
Montevila	Modena	100
Assisi	Modi	100
Parodi	Forlì	100
Costa Pedrolli	Forlì	700
	Totale pl	2300



- ▶ Tutti i Centri sono dotati di terapia intensiva (100%)
- ▶ SDNC formalizzato 10/11 (90,9%)

Organico proposto del SDNC
ADI Notiziario VII, 4: 50-51, 1991, citato nella Consensus del 1995 Terni e ripreso nel manuale Accreditamento ADI 2003

- ▶ Organico minimo per un servizio senza posti letto
- ▶ Personale medico: 1 Primario, 1 Aiuto e 1 Assistente per ospedali fino a 500 pl; 1 medico specialista ogni 500 pl aggiuntivi
- ▶ Personale dietistico: 1 Capo dietista + 5 dietisti per ospedali fino a 500 pl, 1 dietista in più ogni 100 pl

1991 la Nutrizione Artificiale veniva praticata in pochi SDNC

Personale extra dietologico

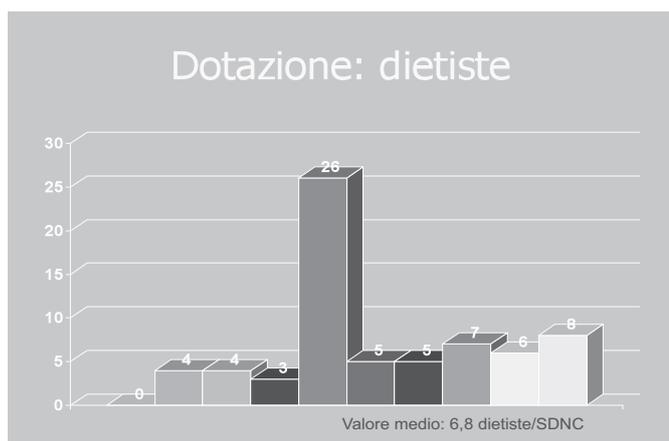
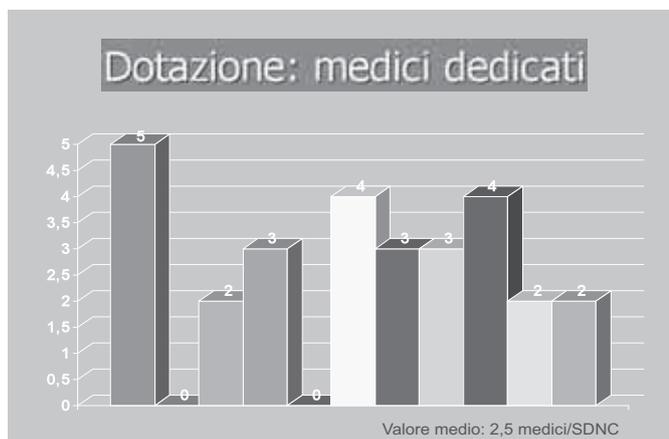
- ▶ Solo 3 centri su 11 hanno personale infermieristico
- ▶ Solo 1 Centro su 11 ha personale ausiliario
- ▶ Solo 3 Centri su 11 hanno personale amministrativo

Nutrizione Artificiale e Pediatria

7/11 (63,6%) hanno Pediatria che pratica NA

Dotazione di bilancia

- ▶ 9/11 (81,8%) hanno bilancia a pavimento in tutti i reparti
- ▶ 8/11 (72,7%) hanno bilancia pavimento con statimetro in ogni reparto
- ▶ 2/11 (18,1%) hanno seggiola bilancia in ogni UU.OO
- ▶ 3/11 (27,2%) hanno modulo sollevatore bilancia in ogni UUOO



- ▶ 5/11 (45,4%) hanno procedura formalizzata di taratura bilance

Peso e misure antropometriche/1

- ▶ 9/11 (81,8%) hanno spazio dedicato in cartella clinica per misure antropometriche
- ▶ 3/11 (27,2%) dicono che il peso è realmente misurato, 7/11 (63,6%) viene riferito spesso, 1 (9%) non si esprime
- ▶ 6/11 centri dicono di non poter stimare la % di peso riferito, gli altri 5 centri dichiarano percentuali che vanno dal 30 al 70% di peso riferito (stime)

Peso e misure antropometriche/2

- ▶ 4/11 (36,3%) dicono di avere dei protocolli di pesatura (con relativi intervalli di tempo) per i pazienti degenti, 7/11 (63,7%) dicono di no
- ▶ 4/11 (36,3%) non hanno un protocollo di screening nutrizionale, 2 (18,1%) utilizzano screening riconosciuti, 3 (27,2%) utilizzano screening ma non dicono quale, 2 (18,1%) utilizzano screening interno (validato?)

Responsabilità NE

- ▶ in 9 casi su 11 (81,8%) il responsabile della NE è un SDNC con personale medico dedicato

ONS non utilizzati

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
standard senza fibra		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
standard con fibra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ulcere da pressione/ustioni	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
patologie oncologiche (adizionati o 3)	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
diabete	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
insufficienza respiratoria			✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓
insufficienza renale cronica	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
emodialisi	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓
Immunostimolanti	✓		✓	✓		✓		✓	✓		✓
A consistenza modificata (disfagia)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Integratori modulari non utilizzati

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Energetici			✓	✓	✓		✓		✓		✓
Glucidici	✓		✓	✓	✓	✓			✓		✓
Proteici	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Miscela glucidico/lipidico	✓		✓			✓			✓		✓

Disponibilità/indisponibilità miscele polimeriche

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Elementare e/o semi-elementare	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Polimerica senza fibra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Polimerica con fibra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Polimerica con FOS	✓	✓	✓			✓		✓	✓		✓

ONS in ospedale/territorio

- ▶ 6/11 (54,54%) non riferiscono limitazioni utilizzo ONS all'interno dell'Ospedale
- ▶ 8/11 (72,72) riferiscono limitazione prescrizione ONS sul territorio

TPN: responsabilità

- ▶ in 8/11 (72,72%) la responsabilità gestionale della TPN è affidata ad un SDNC, in 3 casi su 11 (27,27%) al Servizio Farmacia
- ▶ 11/11 (100%) dei servizi utilizzano sia TPN Centrale che NPP
- ▶ 7/11 (63,63%) utilizzano solo sacche standardizzate del commercio, 6/11 (54,54%) sia esse, che sacche personalizzate di propria prescrizione e produzione
- ▶ 4/11 utilizzano moduli manuali per prescrizione TPN, 7/11 non danno informazioni al riguardo
- ▶ 3/11 utilizzano solo sacche standard terziarie, 8/11 sacche binarie e/o terziarie
- ▶ 0/11 (0%) utilizzano lipidi strutturati, 6/11 non utilizzano LCT (54,54%), 1/11 (9,0%) non utilizza MCT, 6/11 non utilizzano SMOF lipid (54,54%)
- ▶ in 4/11 (36,36%) casi le vitamine vengono consegnate già inserite in sacca, in 7/11 (54,54%) casi vengono aggiunte in UUOO

Miscele specialistiche non utilizzate

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
Miscela per diabetici	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Miscela per insufficienza renale cronica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Miscela per ulcere da pressione	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Miscela per emodialisi	✓	✓	✓		✓						✓
Miscela per insufficienza respiratoria	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Miscela per MICI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Miscela per terapie intensive	✓	✓						✓			✓
Miscela per allergia alle proteine del latte			✓		✓	✓		✓			✓
Miscela per mal digestione/malassorbimento dei grassi		✓							✓		✓

- ▶ in 4/11 casi gli oligoelementi vengono consegnati già inserite in sacca, in 7/11 casi vengono aggiunte in UUOO
- ▶ in 6/11 casi la NE viene considerata di scelta prima della TPN, in 5 no
- ▶ su 8/11 (72,72%) hanno segnalato difficoltà di indicazione nei vari reparti per la NE, 6 (75%) si riferivano a UU.OO. chirurgiche, 2 (25%) a UU.OO. di tipo internistico

Take home message/1

- ▶ Grande variabilità nell'organizzazione della NA negli Ospedali Italiani
- ▶ Necessaria nell'ambito di questa variabilità di definire ruoli e responsabilità della NA ospedaliera
- ▶ Problemi culturali riguardo il rischio nutrizionale (peso, screening nutrizionale, etc)

Take home message/2

- ▶ Scarsi mezzi per la diagnosi di MPE (pesare è ancora un problema)
- ▶ Stimolo al DC ADI per riprendere in mano il discorso delle piante organiche (1991)
- ▶ Frammentazione delle responsabilità in NA (Farmacia? SDNC?, Pediatria?)
- ▶ Problemi di farmacoeconomia

Proposte

- ▶ Estendere la rilevazione a tutto il territorio nazionale
- ▶ Definire un manuale di procedure di valutazione e trattamento nutrizionale
- ▶ Stimolo al DC ADI per riprendere in mano il discorso delle piante organiche (1991)



WORKSHOP 10

QUALITÀ ED ACCREDITAMENTO: IL FUTURO DI UNA SOCIETÀ MODERNA?

Coordinatore: Daniela Domeniconi

Partecipanti: Massimo Carnelli, Alessandra Milesi, Lucio Lucchin, Maria Luisa Amerio

Obiettivi del progetto

- Implementare un sistema di gestione per la qualità all'interno della ADI, al fine di uniformare e di rendere più efficaci le attività delle Sezioni Regionali e di permettere alla Sede Centrale un consolidamento della struttura organizzativa per un miglior coordinamento.
- Certificare il sistema di gestione per la qualità ADI (Sede Centrale + Sedi Regionali) in conformità alla norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008 tramite l'intervento di ente di parte terza accreditato

Team operativo del progetto

DANIELA DOMENICONI

Coordinatore

MARIA LUISA AMERIO

Vice Coordinatore

Rappresentante Fondazione ADI e
Direttrici Strutture Complesse di Dietetica
e Nutrizione Clinica

BARBARA PAOLINI

Membro

Coordinatore Presidenti Regionali ADI

CLAUDIO MACCA

Membro

Presidente ADI Lombardia e

Rappresentante Presidenti Regionali ADI

MARCO BUCCIANTI

Membro

Rappresentante Dietisti

LUCIO LUCCHIN

Membro

Presidente ADI

Macrofasce del progetto

1. Identificazione del campo di applicazione del sistema di gestione per la Qualità ADI (attuata)
2. Definizione della composizione del team operativo, che identificherà le metodologie di gestione dei processi definiti, ove non già normati (attuata)
3. analisi dell'attuale documentazione, che norma o delinea le modalità di gestione dei processi definiti (rif. a statuto e regolamenti societari, linee guida, etc.)
4. Identificazione delle metodologie di gestione dei processi non normati e del relativo controllo e misurazione da parte degli organi societari definiti e/o delle figure previste dall'organigramma dell'ADI
5. Elaborazione della documentazione descrittiva delle metodologie identificate
6. Condivisione della nuova documentazione e delle relative metodologie gestionali ed operative con tutti i soggetti coinvolti (es. personale della sede centrale e presidenti delle sezioni regionali)
7. Consolidamento e distribuzione ufficiale della documentazione del sistema di gestione per la Qualità ADI
8. Identificazione della più efficiente metodologia per effettuare e formalizzare il riesame periodico della direzione
9. Effettuazione degli audit interni sulla sede centrale e sulle sezioni regionali in conformità alla norma uni en iso 19011:2012
10. gestione degli audit (stage 1 e stage 2) per l'ottenimento della certificazione in conformità alla norma uni en iso 9001:2008 effettuati dall'ente di certificazione da voi selezionato.



WORKSHOP 11

EDUCAZIONE TERAPEUTICA: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA

Coordinatore: Maria Rita Spreghini

Partecipanti: Rita Tanas, Melania Manco, Vittoria Papa, Silvia Amendola, Lorenza Petrucci, Giuliana Valerio

Attualmente per le difficoltà economico-sociali che affliggono il nostro Paese è sempre più difficile realizzare e rendere realmente operativa la rete interdisciplinare, prevista dalla letteratura scientifica e accettata dai SSN per la cura delle malattie croniche ed in particolare per l'obesità.

L'Educazione Terapeutica sviluppata secondo i cardini descritti negli Standard Italiani per la cura dell'obesità 2012 SIO /ADI: Alleanza Terapeutica, Aderenza Terapeutica, Problem-Solving, Empowerment, Medicina Narrativa; è uno strumento condivisibile dai professionisti di varie discipline della rete: Pediatri di Famiglia, Medici MG, Medici, Specialisti, Nutrizionisti, Insegnanti, Operatori del settore motorio ed altre figure coinvolte nella cura del bambino.

Il nostro quesito. L'Educazione Terapeutica Strutturata, con l'ausilio di altri strumenti di cura indispensabili per affrontare l'età evolutiva quali l'Approccio Familiare e la Terapia di Gruppo (Gruppi Combinati Bambini /Genitori; Percorsi di Familiarizzazione con il cibo per gli obesi selettivi e/o neofobici); può permetterci di realizzare con le risorse già presenti la rete di intervento efficace per la cura dell'obesità?

Focus

L'Educazione Terapeutica (ET) può diventare la base teorica comune per tutti i professionisti della rete per la cura dell'obesità e renderla operativa. Formando tutti i professionisti della rete all'ET si potrebbe costruire una rete efficiente che lavora in modo coordinato e con continuità. Se tutti i livelli della Rete si formano insieme all'ET e lavorano confrontandosi e crescendo nell'uso degli stessi strumenti individualmente sui casi più semplici e insieme su quelli selezionati, potrebbero affrontare un numero grande e progressivamente crescente di bambini con buoni risultati. In tale contesto gli operatori di I° livello (Pediatra di Famiglia o del MMG) possono trattare i loro pazienti con tempi e modi possibili per loro ed essere realmente appoggiati dal 2-3° livello per i casi più complessi (obesità gravi / complicate e resistenti al trattamento di I° livello). Avere la stessa modalità operativa permetterebbe un miglior passaggio dal I° al 2-3° livello (invio motivante) e una ripresa in cura più efficace dei pazienti dopo il 2° livello o di quelli drop-out.!!

Abbiamo battezzato la nascita di una rete economicamente sostenibile: il "Team Elastico".

Il Take Home Message si realizza nella proposta di istituire Corsi di Formazione sulle tecniche specifiche di Educazione Terapeutica in particolare per la cura dell'obesità in età evolutiva per realizzare **Team Elastici Efficaci**.



WORKSHOP 12

NUTRIZIONE ARTIFICIALE IN PEDIATRIA

Coordinatore: Nicola Cecchi

Partecipanti: Antonella Diamanti, Giuseppe Orso

- Necessità di un osservatorio epidemiologico pediatrico: specificità della patologia pediatrica, mancanza di registri nazionali pediatrici. Necessità di pianificare la spesa sanitaria e la creazione di team nutrizionali con specifiche competenze pediatriche.
- In accordo con quanto riportato dalle linee-guida nazionali ed internazionali, tali team devono essere di tipo multidisciplinare e garantire la presenza di tutte le competenze coinvolte nella gestione del paziente in Nutrizione Artificiale e fornire adeguato supporto per la prosecuzione del trattamento domiciliare.
- Sta fortemente aumentando nel tempo l'incidenza dei bambini nati pretermine, e che pertanto possono avere esiti sia neurologici (paralisi cerebrale infantile) o Gastro Intestinali (NEC) che sono indicazioni ad un trattamento in Nutrizione Artificiale di lungo termine, soprattutto Nutrizione Enterale (80% circa delle indicazioni alla nutrizione artificiale).
- 1:5 pazienti in Nutrizione Parenterale Domiciliare a lungo termine sviluppa una dipendenza irreversibile dalla Nutrizione Artificiale. La dipendenza è però reale nei pazienti con difetti strutturali della mucosa o della parete intestinale. Le chirurgie adattative possono modificare la condizione di dipendenza dalla NP.

WORKSHOP 13

COME COMUNICARE ED INTERAGIRE IN DIETOLOGIA: TECNICHE FINALIZZATE ALLA RIDUZIONE DEL DROP OUT

Coordinatore: Patrizia Zuliani

Partecipanti: Annarita Cozzolino, Odette M.S. Hassan, Maria Solis, Raffaella Balzano, Ilenia Castanò, Cristiana Di Giacomo, Manon Khazrai, Annalisa Maghetti, Francesca Clementi, Cristina Maria Russo, Celeste Vitale, Daniela Vona, Luisa Zoni

Il fenomeno del drop out inteso come “decisione unilaterale da parte del paziente di abbandonare un percorso terapeutico prima della sua conclusione per non disponibilità a proseguire il percorso dietetico” ha numeri molto alti in dietologia. In obesità è stimato dal 51% al 63% a 12 mesi. Le modalità di approccio e di comunicazione (linguaggio verbale e non verbale, intenzione comunicativa, disponibilità all'ascolto, linguaggio condiviso, assertività) devono essere particolarmente sviluppate per migliorare l'adesione al trattamento attraverso la costruzione di una relazione terapeutica soddisfacente. Quest'ultima deve avere come caratteristiche “competenze comunicative-relazionali e tecniche di comunicazione/social skill”.

Oggetto del workshop è stata quindi un'analisi della relazione terapeutica.

Per trattare l'argomento in maniera da caratterizza-

re i diversi momenti del percorso nutrizionale si è scelto l'uso delle metafore per trasferirne i significati lungo i possibili itinerari in una “giostra delle opportunità”. Le metafore concernenti le varie tipologie di giostre, correlate ai diversi momenti del percorso nutrizionale, hanno reso possibile l'individuazione di difficoltà o criticità di operatore e/o utente e le relative tecniche per poterle trasformare in opportunità di crescita sia individuale che della relazione. Ne è scaturito un decalogo di indirizzo elaborato anche con il contributo dell'aula.

Take Home Message: Decalogo di indirizzo

- 1) Gestire il momento dell'accoglienza, con un linguaggio sia verbale che non verbale che trasmetta disponibilità ed interesse per quella specifica persona

- 2) Lasciare che la prima parte del colloquio sia utilizzata dall'utente per raccontare se stesso e la sua situazione e come operatore mettersi in fase di ascolto
- 3) Aiutare l'utente attraverso il rispecchiamento e la rielaborazione ad avere una visione più realistica della sua situazione per raggiungere una maggiore consapevolezza
- 4) Concordare con l'utente obiettivi reali, e non illusori, attuabili, condivisi
- 5) Proporre, almeno inizialmente, percorsi che possano assecondare le specifiche peculiarità dell'utente, anche se possono rivelarsi meno efficaci. Rinegoziare, se necessario, gli obiettivi a medio e lungo termine
- 6) Promuovere l'autonomia dell'utente per rinforzare autostima e autoefficacia
- 7) Informare adeguatamente sulle principali variabili che incidono in un discorso dietetico affinché l'utente possa considerare i cambi di velocità e altezza come normali momenti anche se non sempre gradevoli, in modo da essere pronto a dare loro il giusto significato nel suo specifico contesto
- 8) Essere positivi e propositivi nell'appoggiare scelte autonome, magari ridefinendo insieme il modo migliore per attuarle gestendo le resistenze dell'utente e valutando alcune "divergenze di opinione" come importante fonte di informazione e non come ribellione o insubordinazione, da sedare o peggio soffocare
- 9) Fare il punto della situazione e, quando necessario, ridisegnare un nuovo e sempre condiviso obiettivo o una stabilizzazione dei risultati raggiunti incoraggiando i processi di consapevolezza e integrazione dei cambiamenti ottenuti
- 10) Saper cogliere i segnali di richiesta di autonomia dell'utente, valutarli insieme e accompagnarlo al momento dello svincolo, appoggiando le sue scelte e garantendo la propria disponibilità futura qualora ne facesse richiesta.

Per poter meglio comprendere e descrivere l'andamento del fenomeno drop out in dietologia, è stato elaborato un questionario, da somministrare ad utenti che si rivolgono presso le strutture pubbliche o private per la prima volta, che ha tenuto conto delle tre principali sorgenti di variazioni descritte in letteratura per questo fenomeno: 1) componente individuale 2) componente sociale 3) relazione tra professionista ed utente. Il principale obiettivo del questionario è quello di caratterizzare queste componenti e di quantificare quanti utenti abbandonano il trattamento dietetico nell'arco di un anno. Pertanto il questionario, a seguito di un'appendice relativa

alla privacy, è stato suddiviso in tre sezioni relative alle componenti sopra descritte. Al fine di ridurre ulteriormente la variabilità saranno reclutati soltanto utenti in sovrappeso e con un basso grado di obesità. Per quantificare quanti dei soggetti reclutati abbandonano il trattamento dietetico nell'arco di un anno, è stato posto un supplemento relativo al professionista dove si indica se il trattamento dietetico viene abbandonato dall'utente.

P.S. Chiunque volesse ricevere il questionario e partecipare allo studio in oggetto può far riferimento a Dott. Raffaella Balzano rafba@libero.it

Bibliografia

1. Dalle Grave R et al. *Weight Loss Expectations in Obese Patients and Treatment Attrition: An Observational Multicenter Study*. *Obes Res* 13 (11); 2005
2. Zani B, Selleri P, David D. *La comunicazione*. Roma: Carocci Editore, 2000
3. Bara BG. *Pragmatica clinica*. In: Bara BG, ed. *Pragmatica cognitiva, i processi mentali della comunicazione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999: 311-41.
4. Prochaska JO, Di Clemente CC. *Stages of change in the modifications of problem behaviors*. *Prog Behav Modif* 1992; 28: 183-218
5. Festinger L. *Teoria della dissonanza cognitiva*. Franco Angeli, 2001
6. Ashender R, Silacy C., Wellwew D. *A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice*. *Fam Pract* 1997; 14: 160-75
7. Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. *Motivational interviewing in health care*. The Guildford Press 2008
8. E.Giusti, R. *Romano L'accoglienza: i primi momenti di una relazione psicoterapeutica* Sovena Edizioni
9. Miller W, Rollnick S. *Il colloquio motivazionale*. Trento: Centro Studi Erickson 1994
10. Miller w, Rollnick S (2004) *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Centro studi Erickson Trento
11. Iacoboni M. *I neuroni specchio, come capiamo ciò che fanno gli altri*, Boringhieri, 2008
12. Hoffman M.L. *Empatia e sviluppo morale*, IL Mulino, 2008
13. Virzì A. *La relazione medico-paziente*. Milano, Franco Angeli, 2007
14. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. *Time and the patient physician relationship*. *J Gen Intern Med* 1999
15. Rogers Carl R. *Terapia centrata sul cliente*. Molfetta (Ba), La Meridiana 200
16. Rollnick S, Miller WR. *What is motivational interviewing?* *Behav Cognitive Psychother* 1995; 23: 325-34
17. Bandura A. *Il senso di Autoefficacia: aspettative su di sé e azione*. Erickson, Trento, 1997
18. Bandura A. *Autoefficacia: teorie e applicazioni*. Erickson, Trento, 2000.
19. Butler Rollnick S, Stott N. *The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance*. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1357-62 20) E. Giusti, A. Ciotta *Metafore: nella relazione d'aiuto e nei settori formativi* Sovena Edizioni



WORKSHOP 14

L'INFORMAZIONE ALIMENTARE ETICAMENTE EFFICACE. L'ETICA DA RECUPERARE

Coordinatore: Marco Tagliaferri

Partecipanti: Silvana Giunta, Marianna Del Pinto, Vitale Celeste, Achiripita Pucci, Mario Di Sapio

L'etichetta alimentare

- Definizione
- Finalità
- Contenuti
- Prospettive future

Definizione

L'etichetta alimentare

“L'insieme delle indicazioni, marchio di fabbrica e di commercio, delle immagini o dei simboli che si riferiscono al prodotto alimentare e che figurano direttamente sull'imballaggio o su un'etichetta appostavi o sul dispositivo di chiusura o su cartelli, anelli o fascette legati al prodotto medesimo o sui documenti di accompagnamento del prodotto alimentare”.

(D.Lgs. 109/92, modificato dal D.Lgs. 181/2003)

Etichetta Alimentare. Quale funzione

Il suo scopo è quello di tutelare e informare l'acquirente in modo corretto il più possibile trasparente.

L'etichetta rappresenta, quindi, una sorta di **Carta d'identità** del prodotto un **Ponte** tra il produttore ed il consumatore e per questa sua funzione deve essere redatta in modo **chiaro ed esaustivo, oltre che veritiero**

Finalità

- fornire una corretta informazione sulle caratteristiche del prodotto;
- non indurre in inganno il consumatore su caratteristiche e/o proprietà che il prodotto non possiede;
- valutare correttamente il rapporto tra la qualità del prodotto e il prezzo di vendita;
- garantire la correttezza delle operazioni commerciali nonché la libera circolazione dei prodotti alimentari sui mercati comunitari e internazionali;
- promuovere commercialmente il prodotto.

Indicazioni obbligatorie per legge

- **Denominazione** di vendita
- Elenco degli **ingredienti**
- **Quantità** netta o nominale
- Termine minimo di conservazione o **data di scadenza**
- **Nome o ragione sociale o marchio** depositato o sede del fabbricante o del confezionatore o di un venditore stabilito nella UE
- **Sede dello stabilimento** di produzione o confezionamento
- **Titolo alcolometrico** volumico effettivo per bevande con un contenuto alcolico > a 1,2% in volume
- **Lotto di appartenenza** del prodotto
- **Modalità di conservazione** e/o utilizzazione qualora sia necessaria adozione di particolari accorgimenti per la natura del prodotto
- **Origine o provenienza**, nel caso in cui l'omissione possa indurre in errore l'acquirente sull'origine o la provenienza del prodotto
- **Quantità di taluni ingredienti** o categoria di ingredienti, se è presente un ingrediente caratterizzante o evidenziato

Prospettive future

Aumentata consapevolezza e richiesta di trasparenza da parte del consumatore (consumatore “responsabile”):

- Trasparenza
- Salute
- Tracciabilità
- Impatto ambientale
- Forte competitività tra i produttori: come farsi scegliere?

Trasparenza

Troppe bugie sulle etichette. Quale sicurezza?

Troppe bugie sulle etichette alimentari, che possono trarre in inganno i consumatori illudendoli di benefici non provati dalla scienza medica.

In altre parole: inventare correlazioni tra il consumo

di un alimento e i benefici per la salute è un'abitudine consolidata per molte imprese europee.

È quanto emerge analizzando i pareri firmati dall'Autorità per la sicurezza alimentare europea (Efsa) sulle prime 57 etichette su un totale di circa 260 prodotti da esaminare. Solo undici diciture (circa il 20 per cento) hanno superato l'esame scientifico effettuato in base al regolamento Ue.

Salute

L'etichetta non deve:

Indurre in errore sulle caratteristiche o sugli effetti dei prodotti alimentari.

Non deve attribuire ad un prodotto alimentare delle proprietà di prevenzione, di trattamento e di cura di una malattia umana.

Non deve suggerire che un prodotto possiede caratteristiche particolari, se esse sono comuni a tutti i prodotti analoghi

Tracciabilità

“Identificazione documentata delle aziende che hanno partecipato alla formazione di un prodotto finale”.

È il sistema che permette di seguire l'animale dal pascolo fino al piatto del consumatore

Rintracciabilità

La rintracciabilità è il sistema che permette di ripercorrere a ritroso le fasi della filiera produttiva, fino all'origine della materia prima.

Filiera

È l'insieme di tutte le tappe del processo, dalla produzione alla distribuzione dell'alimento.

Impatto ambientale

Qual è l'impatto ambientale dei prodotti che portiamo in tavola ogni giorno?

Quanto “ci costano” in termini di emissioni di CO2

(effetto serra), di consumo e inquinamento di acqua e suolo?

Oggi un marchio in grado di garantire al consumatore che un prodotto è virtuoso dal punto di vista ambientale **non esiste**

In Francia e Finlandia qualcosa comincia a muoversi.

In Italia ci sono tentativi

Si cerca di raccontare ai consumatori la “storia ambientale” del prodotto che stanno acquistando.

Il contributo di ADI

- Linee guida per la elaborazione di una **ETICHETTA ETICA** per prodotti alimentari?
- Opportunità e rischi
- Linee guida per la elaborazione di una etichetta etica per prodotti alimentari?
- ADI potrebbe farsi promotore di una iniziativa di elaborazione di etichetta etica, proponendo anche delle linee guida per la sua redazione, proponendone in una prima fase l'applicazione volontaria, senza però escludere una proposta di legge sulla base delle linee guida che potrebbero venir fuori da questo workshop, valutandone oggi rischi ed opportunità, dopo avere immaginato **QUALI** informazioni ulteriori debbano essere presenti nella etichetta per essere definita **ETICA**
- **Opportunità** primo soggetto a promuovere una iniziativa del genere - fornire ai consumatori uno strumento di prevenzione e tutela della salute e dei loro diritti che ad oggi non esiste
- **Rischi** l'elaborazione dell'idea non basta se non teniamo conto in prospettiva degli organi preposti alla certificazione della veridicità ed esattezza delle informazioni “etiche” che pensiamo di aggiungere sull'etichetta - **scelta degli organi certificatori - autoreferenzialità** (no coinvolgimento di associazioni di consumatori e/o pazienti e/o ambientaliste)



WORKSHOP 15

MALNUTRIZIONE PROTEICO-CALORICA OSPEDALIERA. DALLA QUOTIDIANA EMERGENZA ALLA ECCELLENTE NORMALITÀ

Coordiatore: Santo Morabito

Partecipanti: Giuseppina Patti, Luciano Tramontano, Carlo Pedrolli, Valeria Lagattolla

Criticità emerse

- Emergenza quotidiana per incidenza, complicanze e costi
- Non avvertita nella quotidiana pratica clinica
- Mancata rilevazione e registrazione dei dati nutrizionali in cartella clinica
- Assenza (reale?) di interesse delle istituzioni al problema
- Elevata prevalenza in RSA e strutture protette
- Scarsa sensibilità delle strutture «for profit» al problema
- 93% dei pazienti malnutriti sono sul territorio

Take home message

- Obbligatorietà della scheda nutrizionale in cartella clinica quale strumento indispensabile per completare l'esame obiettivo, la diagnosi, la prognosi e quindi una buona prassi di cura.

- Individuare una cartella informatizzata snella condivisa almeno dalle U.O. che afferiscono all'ADI (indagine conoscitiva tramite questionario).
- Creare un gruppo di studio con MMG per garantire continuità Ospedale territorio al paziente malnutrito
- Disseminazione capillare Linee Guida Ristorazione Ospedaliera
- Sollecitazione locale da parte dei Soci ADI sulle Direzioni Sanitarie per rispondere questionario ministeriale
- Istituzione Commissione ADI - AIOP per implementare cultura nutrizionale
- Obbligatorietà corsi di Formazione Aziendale (pubblico e privato) sulla rilevazione e gestione della malnutrizione
- Ricerca collaborazione fra Gruppi di Studio ADI con interessi convergenti


WORKSHOP 16
**GRANDE OBESITÀ: LA GESTIONE DEL GRAVE OBESO
 DALLE ACUZIE ALLA CRONICITÀ**
Coordinatore: Maria Grazia Carbonelli

Partecipanti: Maria Letizia Petroni, Luca Busetto, Lorenzo Maria Donini, Claudio Tubili, Alfredo Genco, Piero Marini, Francesca Alessandrini

L'obesità ha ormai raggiunto proporzioni pandemiche nella maggior parte del mondo.

Nell' Euro-zona si stima che gli obesi (BMI \geq a 30) rappresentino il 10-30% della popolazione adulta (ultime stime WHO/Europe office) e che ben 6 milioni di persone siano da considerarsi gravemente obesi (BMI \geq a 40).

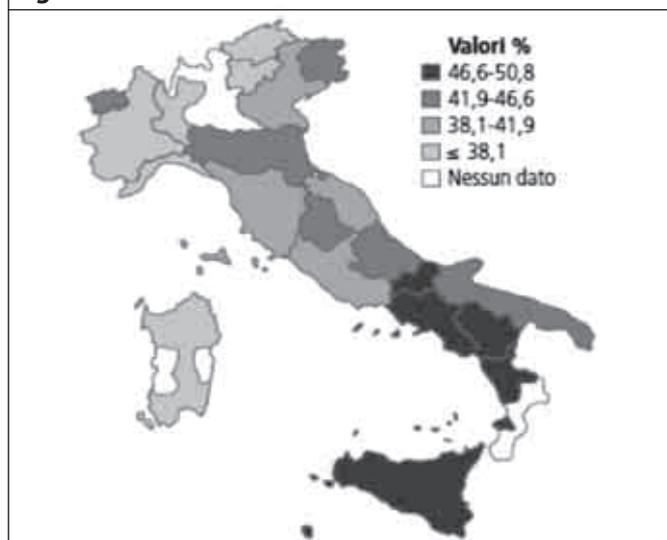
In Italia i gravi obesi rappresentano lo 0,5% (indagine PASSI 2008) e tra di essi il 24% è affetto da diabete mellito. Quando si parla di grave obesità bisogna considerare tra le complicanze l'aumento dell'incidenza di mortalità che rappresenta un problema emergente di sanità pubblica

altre cause che in realtà dipendono dall'obesità (malattie cardiovascolari, insufficienza respiratoria ecc)

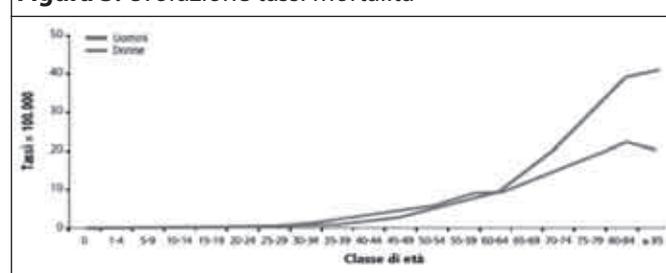
Figura 1. Frequenza regionale obesità

Regione di residenza	Uomini	Donne	Regione di residenza	Uomini	Donne
Piemonte	5,69	6,91	Lazio	4,46	8,07
Valle d'Aosta	14,76	8,51	Abruzzo	4,98	7,74
Lombardia	3,95	5,66	Molise	10,87	9,41
Trentino Alto Adige	0,64	0,23	Campania	5,02	6,89
Veneto	5,00	6,01	Puglia	7,22	9,96
Friuli Venezia Giulia	8,81	7,27	Basilicata	5,47	7,70
Liguria	4,49	5,91	Calabria	5,30	5,27
Emilia Romagna	6,85	6,44	Sicilia	5,06	7,69
Toscana	3,79	4,33	Sardegna	5,96	6,93
Umbria	7,61	7,80	Italia (residenti)	5,15	6,59
Marche	4,11	4,56			

La frequenza della menzione di obesità tra le cause di morte aumenta all'aumentare dell'età.

Figura 2. Percentuale di obesi in Italia


La mortalità per/o associata ad obesità si attesta sui 3809 casi per anno, cifra sicuramente sottostimata in quanto spesso nei registri di morte compaiono

Figura 3. evoluzione tassi mortalità


I costi da sostenere per tale patologia sono consistenti, approssimabili al 2-6% della spesa sanitaria globale.

Nell'Eurozona si stima che per l'obesità si spende il 2-8% dell'intero budget del sistema sanitario, che si traduce in un 0,6% del prodotto interno lordo (dati IASO).

In questa previsione non vengono considerati i costi indiretti spesso ignorati o non facilmente stimabili (ridotta produttività, assenteismo dal lavoro, morte prematura) né tanto meno il costo delle infrastrutture per accogliere soggetti obesi (letti rinforzati, sedie, porte, trasporti pubblici).

I centri che si occupano di grave obesità devono essere ad elevata specializzazione e possedere specifiche caratteristiche per assicurare il trattamento e l'assistenza adeguate a tale patologia (Quaderni del Ministero della Salute n. 10 2011).

Caratteristiche Strutturali

- Locali di accoglienza e cura facilmente accessibili ai disabili e a norma
- Area di attesa proporzionata all'afflusso
- Ambulatori dedicati attrezzati con sedie, lettini, servizi igienici e sollevatori in grado di reggere pesi superiori a 200 Kg
- Apparecchiature atte a garantire il corretto inquadramento e la corretta assistenza al grave obeso

Caratteristiche di intervento

Intervento integrato specialistico multidisciplinare e multidimensionale che prevede una fase diagnostica molto accurata e una decisione collegiale riguardo alla scelta dell'intervento da effettuare

Caratteristiche assistenziali

L'assistenza o nursing del paziente obeso, spesso un vero e proprio invalido, richiede una particolare professionalità di tipo riabilitativa.

Purtroppo il paziente obeso è visto troppo spesso dalla classe medica come un problema da reindirizzare il prima possibile verso uno specialista, spesso il medico dietologo, proprio per la mancanza di centri adatti per tale patologia e per le criticità organizzative di quelli esistenti.

Di oltre 5 milioni di Italiani obesi solo lo 0,1% viene sottoposto a intervento chirurgico e nel Sud Italia, che ha il tasso di obesità tra i più alti in Europa, vengono effettuati solo il 14% di tutti gli interventi di chirurgia bariatrica.

Le cause sono da ricondurre principalmente:

- Alla difficoltà di accesso alle strutture.
- Alla difficoltà delle strutture a sopportare il carico notevole e crescente dei costi per gli interventi per obesità.
- La maggior parte dei centri di chirurgia non riesce a soddisfare l'aumento di richieste.
- Le liste di attesa di pazienti "pronti per l'intervento" sono spesso lunghissime a volte di anni.
- Spesso i pazienti per le loro complicanze necessitano di terapia intensiva post-operatoria e questo allunga ulteriormente i tempi di attesa.

Alla luce di queste considerazioni il gruppo di studio ADI per la grave obesità ha deciso di effettuare un'indagine sulla situazione italiana riguardo alla cura della grave obesità.

Obiettivi generali:

- Stilare un questionario da inviare ai centri italiani che si occupano di grave obesità per valutare la situazione dell'assistenza al grave obeso in Italia
- Stabilire gli standard di cura e i requisiti minimi per i centri che vogliono trattare i gravi obesi
- Condividere con i centri una cartella clinica comune in modo da avere un archivio dati nazionale
- Individuare una rete nazionale per la gestione del grave obeso

Metodi

Sono stati inviati dei questionari anonimi (allegato 1) ai soci delle seguenti società scientifiche:

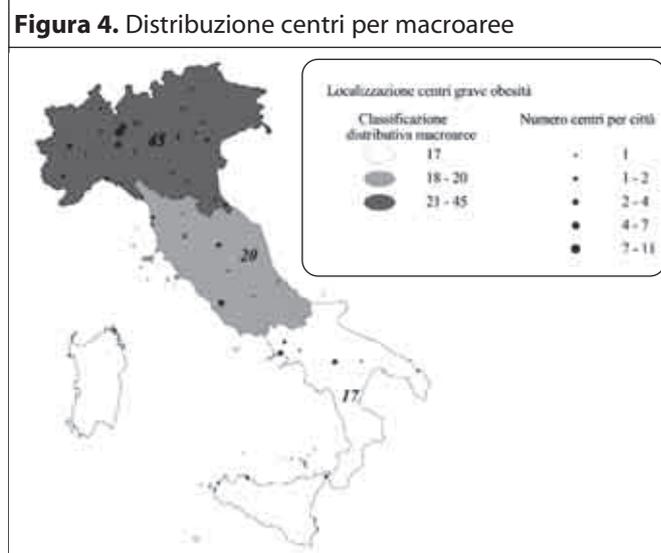
- ADI (Associazione italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica)
- SIO (Società italiana Obesità)
- ANSISA (Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione)
- SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche)

Il questionario riassume le caratteristiche di ogni singolo centro: tipologia di prenotazione, tipologia di figure professionali coinvolte, supporto psicologico, presidi utilizzati ecc.

Risultati

Distribuzione dei centri

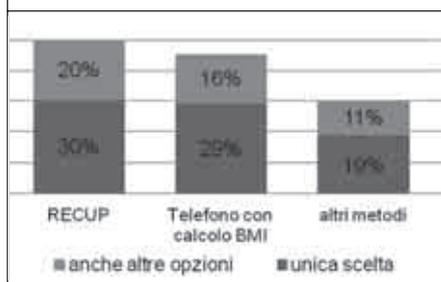
Come si evince dalla figura 4 esiste una notevole disomogeneità nella distribuzione dei centri che scarseggiano nel centro sud e isole dove di contro è maggiore l'incidenza di obesità.



Modalità di prenotazione

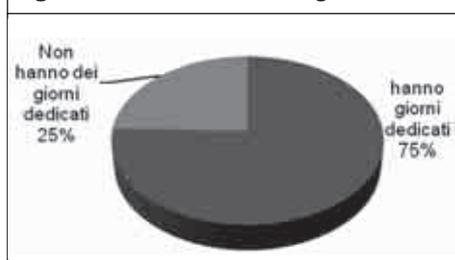
La modalità più utilizzata è il RECUP (come metodo esclusivo e in combinazione con altri metodi, per un totale del 50% dei centri)

I centri che utilizzano esclusivamente il contatto telefonico con calcolo del BMI in sono pari al 29%. Sicuramente la prenotazione con contatto telefonico e calcolo del BMI è la tipologia migliore di prenotazione per un'accurata selezione del paziente gravemente obeso. Non sempre il centro presenta una

Figura 5. Tipologia delle prenotazioni

vamente il contatto telefonico con calcolo del BMI.

Team multidisciplinare e giorni dedicati

Figura 6. Giorni dedicati alla grave obesità

cati esclusivamente alla grave obesità.

Tipologia di professionisti coinvolti

Le tipologie più frequenti sono rappresentati dai medici internisti e/o endocrinologi (89%), la figura del medico Dietologo compare nel 76% dei centri e quella del Dietista nel 83% mentre lo Psicologo è presente nel 75% dei centri.

Tra le figure presenti in un centro che si occupa efficacemente della grave obesità, il Medico dietologo,

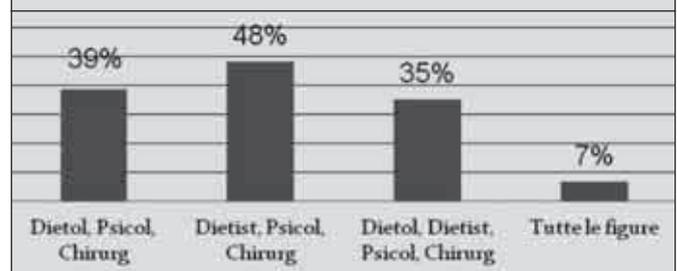
Figura 7. Professionisti coinvolti

N°centri:	106	%
Endocrinologo\internista	94	89
Dietisti	88	83
Psicologi	79	75
Medici dietologi	81	76
Chirurghi bariatrici	70	66
Psichiatri	63	59
Cardiologi	60	57
Pneumologi	55	52
Endoscopisti	52	49
Chirurghi plastici	36	34
Riabilitatori motori	35	33

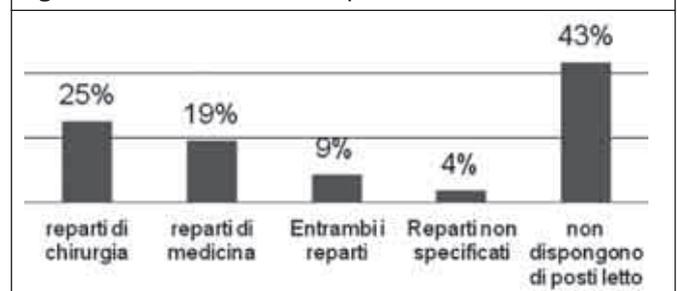
singola tipologia di prenotazione, ma come si evince dalla figura il 30% usa esclusivamente il RECUP e il 29% usano

esclusivamente il contatto telefonico con calcolo del BMI. Nella quasi totalità (94%) dei casi è presente un team multidisciplinare e nel 75% dei casi sono dei giorni dedicati

esclusivamente alla grave obesità. L'indagine ha mostrato come solo il 35% è composto da tale gruppo, il 39% escludendo il Dietista e 48% escludendo la figura del Medico Dietologo.

Figura 8. Figure professionali

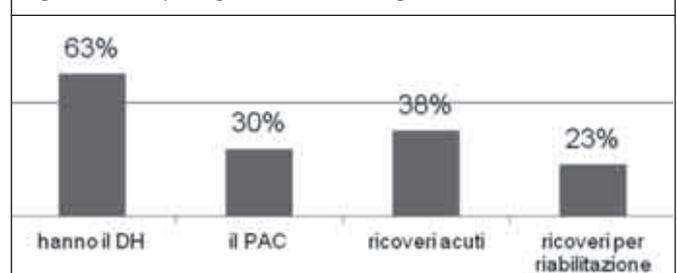
Posti letto dedicati

Figura 9. Distribuzione nei reparti

Tra i centri il 43% non presenta posti letto dedicati mentre il restante 57% utilizza posti letto in reparti di Medicina (19%) o in reparti di Chirurgia (25%)

Tipologie di accesso e gestione

Tra le altre tipologie di accesso e gestione del paziente gravemente obeso. Il 63% delle strutture ha il DH il 30% utilizzano il PAC (prestazione ambulatoriale complessa). Alcuni centri offrono il ricovero: 38% per acuti e 23% per riabilitazione.

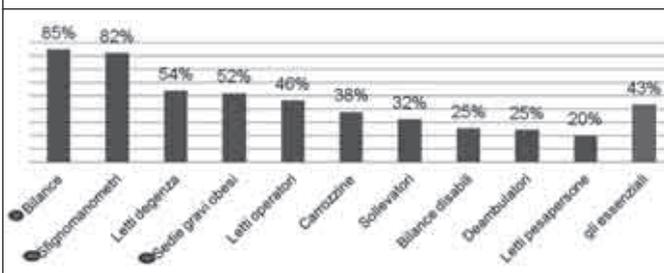
Figura 10. Tipologie di accesso e gestione

Presidi per gravi obesi

Bilance e sfigmomanometri compaiono quasi nella totalità dei centri mentre le sedie (54%) e altri presidi sono meno frequenti.

Considerando la bilancia, lo sfigmomanometro e le sedie per gravi obesi il minimo accettabile dei presidi che devono essere disponibili nel centro si nota come questo insieme compare solo nel 43% dei centri.

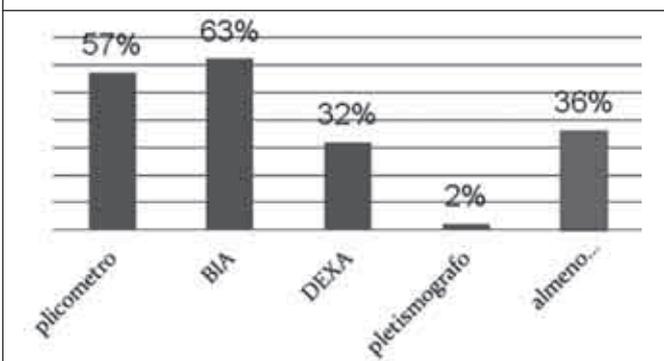
Figura 11. Presidi



Valutazione composizione corporea

Per via dell'importanza che ha la stima della composizione corporea nel monitorare e valutare un intervento nutrizionale/chirurgico su un paziente gravemente obeso, la presenza del plicometro e del bioimpedenziometro sono da considerarsi essenziali. La presenza di entrambi gli strumenti nei centri si ha solo nel 36% dei casi.

Figura 12. Analisi composizione corporea



Valutazione psicologica e motoria

Figura 13. Valutazione psicologica

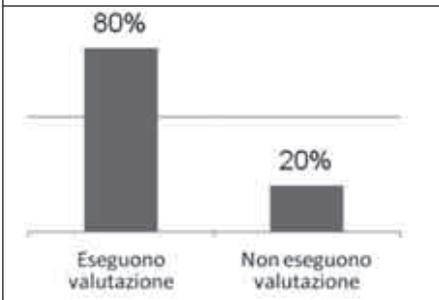
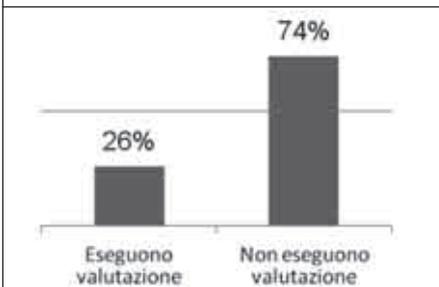


Figura 14. Valutazione motoria

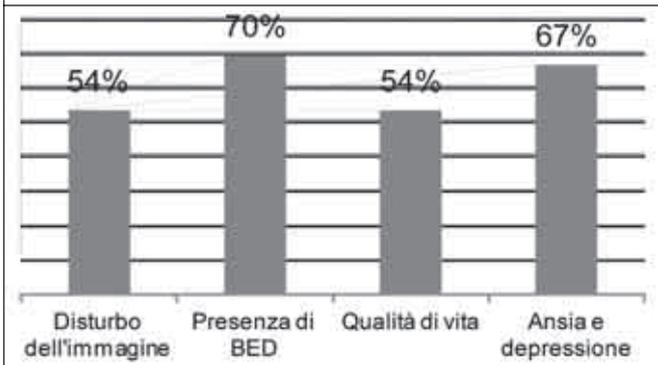


Ben l'80% dei centri offre una valutazione psicologica, confermando l'importanza che ha la valutazione dello stato psicologico del paziente prima di ogni intervento di chirurgia bariatrica. Meno frequentemente si esegue un'appropriate e standardizzata valutazione motoria.

Tipologia di valutazione psicologica

Il 54% dei centri svolgono test per valutare il disturbo dell'immagine corporea e per la qualità di vita. Le valutazioni più effettuate sono per ansia e depressione e presenza di BED (rispettivamente 67 e 70%).

Figura 15. tipologie di valutazioni psicologiche



Attività educativa

Il 70% dei centri svolge attività educativa. Il 40% solo individuali, il 34% di gruppo; Il 26% offre incontri sia di gruppo che individuali

Struttura dei centri

Nella maggior parte dei casi le strutture pubbliche di varia tipologia sono quelle che più si fanno carico del trattamento della grave obesità, con una percentuale del 69% tra strutture ospedaliere (56%) e strutture pubbliche non ospedaliere (13%)

Una piccola percentuale è rappresentata da centri privati convenzionati con il SSN (23%) o cliniche private (5%)

Il 3% di singoli professionisti è indicativo della mancanza di team multidisciplinari.

Figura 17. distribuzione centri



Dall'analisi di questi dati si evince

- Estrema disomogeneità nella distribuzione sul territorio nazionale dei centri
- Variabilità del team multidisciplinar

- Mancanza di attrezzature essenziali in alcuni centri
- Approssimativa selezione dei pazienti
- Mancanza di posti letto dedicati e utilizzo di strutture di appoggio spesso inadeguate

Conclusioni

Alla luce dei risultati di questo censimento, il gruppo di studio si propone di

- Impostare standard di riferimento per la selezione del paziente
- Delineare i requisiti minimi strutturali per l'assistenza al grave obeso
- Indicare gli specialisti essenziali ed indispensabili per parlare di multidisciplinarietà
- Elaborare un documento di consenso da sottoporre all'attenzione dei Presidenti delle società interessate diffuso come position paper
- Sensibilizzare i referenti locali per avere posti letto dedicati
- Stimolare la presa in carico longitudinale dei pazienti anche tramite una rete assistenziale nazionale

Il modello da utilizzare per il trattamento della grave obesità è quello di "assistenza dedicata" presso centri specializzati e organizzati in rete. Il modello di riferimento è quello Hub e Spoke per la gestione di patologie con

andamento cronico di particolare impegno sanitario ed economico (Quaderni del ministero della salute n. 10 2011). Prevede la concentrazione dell'assistenza in relazione alla diversa criticità del paziente in centri di eccellenza (Hub) e l'invio di pazienti ai centri periferici (Spoke) in relazione alla prosecuzione del percorso terapeutico/riabilitativo.

BARRARE CON UNA X LA/LE RISPOSTE INTERESSATE

<p>1) Come viene selezionato e accettato il paziente afferente al centro?</p> <p><input type="checkbox"/> Tramite centro di prenotazione regionale RECUP</p> <p><input type="checkbox"/> Personalmente o telefonicamente dal personale ambulatorio che calcola il BMI</p> <p><input type="checkbox"/> Altro modo Specificare _____</p>	<p>9) Di quali strumenti di misura vi avvalete per la misurazione della composizione corporea dei pazienti?</p> <p><input type="checkbox"/> Plicometro</p> <p><input type="checkbox"/> BIA</p> <p><input type="checkbox"/> DEXA</p> <p><input type="checkbox"/> Pletismografo ad aria</p>												
<p>2) Ci sono giorni di ambulatorio dedicati alla grave obesità?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>10) Di quale strumento vi avvalete per la misurazione del metabolismo basale dei pazienti?</p> <p><input type="checkbox"/> Calorimetro indiretto</p> <p><input type="checkbox"/> Holter metabolico</p>												
<p>3) E' presente un team di specialisti che prende in carico il paziente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>11) E' prevista una valutazione psicometrica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>												
<p>4) Se sì quali sono gli specialisti presenti?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medico dietologo</td> <td><input type="checkbox"/> Psicologo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dietista</td> <td><input type="checkbox"/> Internista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endocrinologo</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumologo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chirurgo bariatrico</td> <td><input type="checkbox"/> Chirurgo plastico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endoscopista</td> <td><input type="checkbox"/> Riabilitatore motorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiologo</td> <td><input type="checkbox"/> Psichiatra</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Medico dietologo	<input type="checkbox"/> Psicologo	<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Internista	<input type="checkbox"/> Endocrinologo	<input type="checkbox"/> Pneumologo	<input type="checkbox"/> Chirurgo bariatrico	<input type="checkbox"/> Chirurgo plastico	<input type="checkbox"/> Endoscopista	<input type="checkbox"/> Riabilitatore motorio	<input type="checkbox"/> Cardiologo	<input type="checkbox"/> Psichiatra	<p>12) Se sì è finalizzata a misurare?</p> <p><input type="checkbox"/> Disturbo dell'immagine corporea</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza di BED</p> <p><input type="checkbox"/> Qualità di vita</p> <p><input type="checkbox"/> Ansia e depressione</p>
<input type="checkbox"/> Medico dietologo	<input type="checkbox"/> Psicologo												
<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Internista												
<input type="checkbox"/> Endocrinologo	<input type="checkbox"/> Pneumologo												
<input type="checkbox"/> Chirurgo bariatrico	<input type="checkbox"/> Chirurgo plastico												
<input type="checkbox"/> Endoscopista	<input type="checkbox"/> Riabilitatore motorio												
<input type="checkbox"/> Cardiologo	<input type="checkbox"/> Psichiatra												
<p>5) Esistono nella struttura posti letto dedicati a pazienti con obesità grave?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Se Sì, quanti _1_____</p>	<p>13) E' prevista una valutazione della funzione motoria (resistenza sub massimale tipo 6MWT, mobilità articolare, forza muscolare)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>												
<p>6) Se sì, in che reparto?</p> <p><input type="checkbox"/> Medico</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgico</p> <p><input type="checkbox"/> Entrambi</p> <p>Altro _____</p>	<p>14) Sono previsti incontri educazionali per pazienti candidati alla chirurgia bariatrica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>												
<p>7) Oltre all'ambulatorio il paziente ha la possibilità di essere seguito?</p> <p><input type="checkbox"/> In DH</p> <p><input type="checkbox"/> Tramite PAC: Prestazione Ambulatoriale Complessa</p> <p><input type="checkbox"/> In regime di ricovero per acuti</p> <p><input type="checkbox"/> In regime di ricovero riabilitativo</p>	<p>15) Se sì da quali figure professionali sono tenuti?</p> <p><input type="checkbox"/> Medico dietologo</p> <p><input type="checkbox"/> Dietista</p> <p><input type="checkbox"/> Psicologo</p> <p><input type="checkbox"/> Internista</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgo bariatrico</p>												
<p>8) Quali presidi per gravi obesi sono presenti nella struttura accogliente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sedie per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Deambulatori per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Carrozine per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Bilance per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Bilance per disabili in carrozzina</p> <p><input type="checkbox"/> Letti pesapersone</p> <p><input type="checkbox"/> Letti di degenza per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Letti operatori per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Sfigmomanometri per gravi obesi</p> <p><input type="checkbox"/> Solleventori per gravi obesi</p>	<p>16) se sì sono organizzati</p> <p><input type="checkbox"/> In gruppo</p> <p><input type="checkbox"/> Individuali</p>												
	<p>17) Tipologia del Centro preso in esame</p> <p><input type="checkbox"/> Singolo professionista in ambito privato</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatorio polispecialistico o clinica privata non convenzionata SSN</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura pubblica SSN non ospedaliera</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura pubblica SSN ospedaliera</p> <p><input type="checkbox"/> Struttura privata convenzionata (in tutto od in parte) per nutrizione/obesità con il SSN</p>												



WORKSHOP 17

RISTORAZIONE COLLETTIVA: STATO DELL'ARTE E SCENARI FUTURI

Coordinatore: Andrea Pezzana

Partecipanti: Amina Ciampella, Caterina Bo, Marco Gennaro

A partire dal mandato, il gruppo di lavoro si è concentrato sui seguenti 3 ambiti:

- mappatura dell'esistente (materiale, linee guida, documenti, ecc.) da mettere sul sito a disposizione dei soci (area 1)
- definizione livelli "minimi" di capitolato e allegati (area 2)
- descrizione di scenari di innovazione/cambiamento/implementazione (area 3)

Si è deciso di lavorare, oltre agli aspetti generali, su alcuni ambiti di innovazione e approfondimento, anche alla luce di recenti documenti nazionali e internazionali:

- studi di filiera e territorio (per migliorare la materia prima)
- ottimizzazione energia, impatto del sistema ristorazione, riduzione/gestione degli sprechi (quanto la standardizzazione ci aiuta negli equilibri nutrizionali ma quanto trascina in eccesso di porzioni, in offerta di un pasto "tradizionalmente a portate").
- dieta come terapia e sostegno alla terapia (per l'ambito sanitario)

Contenuti del Workshop per Congresso Nazionale di Firenze (novembre 2012)

Area 1:

- * Apertura con documenti di riferimento (cosa abbiamo usato, cosa c'è, cosa manca)

Area 2:

- * A partire dalle conclusioni di Roma 2009 (decalogo), proposta di un percorso di condivisione per la stesura di requisiti minimi ADI per la ristorazione (includendo riflessioni sul difficile equilibrio tra standardizzazione e rigidità del sistema)
- * Un Dietetico idoneo alle necessità nutritive, alla riduzione degli sprechi, con attenzione alle materie prime e alla spesa complessiva
- * La qualità:
 - definire, misurare, verificare
 - materie prime, filiera e territorio (migliorare la qualità e ottimizzare/ridurre la quantità)
 - l'attività di controllo, includendo proposta di schede e altri strumenti di controllo (anche customer satisfaction post dimissione, cartacea o telefonica strutturata)

Area 3:

- * Le certificazioni: tra tradizione e innovazione
- * Qualità come "memoria sensoriale", aspetto molto utilizzato nelle mense "di lunga fruizione" (scuola in primis): soglia soggettiva, abitudini, stili di consumo. Valutare l'applicabilità nelle RSA o lungo degenze. Può in qualche modo essere "messa a sistema" nell'organizzazione di un impianto dietetico?
- * L'impatto del sistema di ristorazione, la riduzione degli sprechi
- * BES o PIL: prospettive ancora da esplorare per la ristorazione collettiva.



LETTURA

Take home message

A cura di: Eugenio Del Toma, Barbara Paolini

ALIMENTI, STRESS OSSIDATIVI E PARA-ORMESI

Fulvio Ursini

- ❖ Epidemiologia nutrizionale: branca dell'epidemiologia che si occupa delle relazioni tra nutrizione, malattia e stato di salute; identificando fattori di rischio e fattori protettivi;
- ❖ Ruolo degli antiossidanti come scavenger dei radicali liberi nella prevenzione del cancro: dal 10 al 70% della mortalità per cancro è attribuibile all'alimentazione; secondo Health Organization gli alimenti di origine vegetale contengono componenti che agiscono come effetti protettivi;
- ❖ Gli antiossidanti neutralizzano i radicali liberi che si formano dai normali processi cellulari. I radicali sono molecole che hanno un elettrone spaiato per questo risultano più reattive; gli antiossidanti sono descritti come spazzini di radicali liberi perché neutralizzano la loro carica elettrica;
- ❖ Questi polifenoli contengono un gruppo orto o para idrochinone che ha un efficace effetto antiox in vitro, ma non sappiamo se lo stesso effetto è anche in vivo. Esiste un sistema antiox endogeno che è attivato da un aumento del tono nucleofilo;
- ❖ Paraormesi: meccanismo in cui componenti nutrizionali non tossici attivano il sistema endogeno antiox mimando l'effetto delle sostanze elettrofile (ormesi).
- ❖ Conclusione: gli antiox nutrizionali agiscono da scavenger dei radicali liberi e inoltre una volta ossidati attivano il sistema antiox endogeno.

SENSIBILITÀ AL GLUTINE

Carlo Catassi

- ❖ L'epidemiologia della GS non è ancora chiara, ma sembra trattarsi di un problema comune nella popolazione generale, più frequente della celiachia.
- ❖ Il ruolo della suscettibilità genetica alla GS non è ancora chiaro. I genotipi HLA-DQ2 e DQ8, non rappresentano un fattore patogenetico rilevante, in quanto sono presenti nei soggetti con GS con una frequenza di poco superiore rispetto a quella della popolazione generale (50% rispetto al 30%).
- ❖ Le proteine "tossiche" per il soggetto GS sono quelle contenute nei cereali contenenti glutine (frumento, orzo, segale), ma è stato ipotizzato che anche frazioni proteiche diverse dal glutine, in particolare gli inibitori della amilasi-triptasi (ATI), possano essere coinvolti nell'attivazione della malattia.
- ❖ Il quadro clinico della GS comprende tipicamente sintomi gastro-intestinali ed extra-intestinali. La latenza dei sintomi rispetto all'ingestione di glutine è breve, a differenza della celiachia, compresa tra alcune ore e pochi giorni.
- ❖ La diagnosi di GS è fondamentalmente clinica e richiede l'esclusione preliminare degli altri disturbi glutine-indotti. Se il paziente giunge all'osservazione in dieta libera, sarà pertanto opportuno escludere la celiachia e l'allergia al frumento mediante le appropriate indagini (ricerca anticorpi sierici anti-transglutaminasi IgA, anticorpi antigliadina deamidata IgG, RAST, biopsia intestinale). Il sospetto diagnostico nasce dal riscontro che la sintomatologia scompare rapidamente dopo l'esclusione completa di tutti gli alimenti contenenti glutine dalla dieta. Nel paziente con GS la prova determina la ricomparsa rapida dei sintomi, generalmente entro pochi giorni.
- ❖ La terapia della GS è esclusivamente dietetica e si basa sulla esclusione completa degli alimenti contenenti glutine per un periodo di almeno 24 mesi.



QUALE RAZIONALE PER LA NUTRACEUTICA: NECESSITÀ O BUSINESS?

Take home message

A cura di: Fulvio Sileo, Andrea Strata

ALIMENTI/NUTRACEUTICI E SINDROME MENOPAUSALE

Arrigo Cicero

- ❖ Per la maggior parte dei nutraceutici impiegati nella sindrome premenopausale si può affermare:
- ❖ Per la berberina mancano ancora studi su outcomes clinici importanti
- ❖ Vi sono dati sull'efficacia e sulla sicurezza solamente nel medio termine
- ❖ L'intervento deve essere individualizzato in funzione soprattutto della categoria di rischio dell'intervento e della rilevanza dei problemi della donna.

NUTRACEUTICI E PATOLOGIE DEL TRATTO GASTRO-ENTERICO

Marco Romano

- ❖ Nell'ambito gastroenterologico i risultati sottolineano che la distinzione tra "prodotti alimentari" e "farmaci" in relazione alla attività biologica è molto sottile e che APE potrebbe essere considerato un nutraceutico/alimento funzionale.
- ❖ Una dieta ricca in polifenoli di origine alimentare potrebbe esercitare effetti benefici in svariate condizioni patologiche del tratto GI in cui la alterazione dello stato redox giochi un importante ruolo patogenetico.
- ❖ Sono necessari studi clinici per dare evidenza scientifica di efficacia e per comprendere il meccanismo di azione a livello molecolare.
- ❖ Identificazione dei target molecolari dei nutraceutici
- ❖ Modificare i nutraceutici in modo tale che effetti anti-proliferativi e pro-apoptotici siano limitati a cellule tumorali.
- ❖ Usare i nutraceutici come modello chimico per la sintesi di prodotti più efficaci.
- ❖ Studiare il potenziale effetto sinergistico di due o più nutraceutici.
- ❖ Ipotizzare modificazione di dieta o somministrazione di nutraceutici ad attività anti-carcinogenetica in popolazioni sane, a rischio di particolari forme di cancro a causa di interazioni gene-ambiente note.

CAFFÈ E CIOCCOLATO: DAL PROIBIZIONISMO ALLA NUTRACEUTICA

Mario Di Sapio

- ❖ L'evoluzione delle conoscenze su caffè e cacao dimostrano come può variare il giudizio sugli effetti di un alimento sullo stato di salute.
- ❖ Tuttavia, sebbene si sia passati dal proibizionismo al riconoscimento del ruolo nutraceutico, non siamo ancora in grado di fornire raccomandazioni forti, relativamente al loro utilizzo per il trattamento o la prevenzione di specifiche condizioni patologiche.
- ❖ È necessario aprire una terza fase che, ispirata ai principi dell'Evidence Based Nutrition, preveda la costruzione di trial clinici in grado di fornire prove di efficacia di livello superiore.
- ❖ Gli alimenti sono in grado di interagire con i processi bio-funzionali dell'organismo umano, determinando effetti positivi ma anche negativi e potenzialmente dannosi.
- ❖ Non si può mai prescindere dalla valutazione dello stato di salute della persona a cui si decide di consigliare un regime alimentare rispetto ad un altro.



LA PREVENZIONE NUTRIZIONALE SUL CAMPO: ESPERIENZE A CONFRONTO PER GUADAGNARE SALUTE

Take home message

A cura di: Guido Monacelli, Carmela Bagnato

OSSERVATORIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI DEGLI ITALIANI

Giuseppe Fatati

- ❖ Nessun Paese è ancora riuscito a invertire la tendenza, al momento generalizzata, verso un aumento di peso della popolazione anche se le diverse nazioni mostrano una sempre maggiore consapevolezza della rilevanza del problema
- ❖ Per poter mettere in campo strumenti di prevenzione è necessario avere prima una conoscenza profonda della popolazione a cui questi ultimi sono rivolti. L'Osservatorio Nestlé-Fondazione ADI vuole essere un punto di osservazione nazionale, il più possibile obiettivo, in grado di raccogliere informazioni attendibili
- ❖ La 4^a edizione Osservatorio Nestlé-Fondazione ADI ha raggiunto 9582 partecipanti: 8782 interviste sono state condotte su campione intervistato online; altre 800 interviste sono state fatte telefonicamente su un campione rappresentativo della popolazione per sesso, età, area geografica ed ampiezza centro
- ❖ L'osservatorio ha confermato che 1 italiano su 2 ha problemi di peso e che la maggior parte degli obesi sono sedentari; gli indici di aderenza e scostamento alle raccomandazioni per una sana alimentazione si sono dimostrati validi indicatori
- ❖ L'obesità sembra essere un fenomeno prevalentemente maschile; gli uomini, sebbene più obesi, sono i più soddisfatti del proprio peso, in conseguenza sono meno portati a modificare i propri comportamenti
- ❖ È importante valorizzare i pasti come momento di convivialità e recuperare il piacere di discutere a tavola con la famiglia; attualmente due italiani su 3 mangiano meccanicamente senza distogliere lo sguardo dalla TV.
- ❖ La crisi è in grado di modificare le abitudini alimentari tanto che il prezzo dell'alimento è in grado di condizionare le scelte del 68% degli intervistati (il 25% sceglie sempre il prodotto con prezzo più basso)

GAINING HEALTH. THE DAY AFTER

Silvia Boni

- ❖ importanza decisiva della alimentazione nell'ambito del progetto GUADAGNARE SALUTE, che include oggi anche la lotta a 2 situazioni patologiche (alcol e fumo), ma caratterizzabile per la promozione di stili di vita sani: ciò consentirà di spostare l'accento dalla patologia alla fisiologia
- ❖ la valutazione dei progetti acquisisce sempre maggiore importanza vista la scarsità delle risorse a disposizione e la conseguente necessità della loro ottimizzazione secondo criteri il più possibile basati sulle evidenze disponibili
- ❖ possiamo condividere (FORMEZ ed ADI) la metodologia di programmazione/valutazione dei progetti e l'approccio individuato nella costruzione di linee di indirizzo per una corretta impostazione di attività di prevenzione.
- ❖ questo permette di ipotizzare una fase sperimentale di collaborazione



LETTURA MAGISTRALE

Take home message

A cura di: Giovanni Caldarone, Maria Antonia Fusco

NUTRIZIONE E ONCOLOGIA

Stefano Cascinu

- ❖ Da rilevare il notevole incremento dei casi di tumore nel mondo, legato soprattutto allo stile di vita in generale ed allo stile nutrizionale in particolare
- ❖ L'alimentazione rappresenta un fattore di rischio per la patologia tumorale ma può altresì rappresentare un elemento di prevenzione e di terapia adiuvante
- ❖ L'eccesso calorico, che porta ad un aumento del grasso totale dell'organismo, più che una dieta incongrua, rappresenta il fattore alimentare nocivo, in particolare per alcuni tipi di tumore (K del colon-retto, della prostata, del seno e dell'endometrio)
- ❖ In un discreto numero di casi l'attività fisica e l'intervento nutrizionale possono avere lo stesso effetto positivo della terapia adiuvante; da ricordare che nei soggetti obesi la dose di chemioterapici rischia di essere insufficiente.
- ❖ Nei soggetti clinicamente guariti, spesso si rileva un notevole aumento di peso: la riduzione dell'eccesso ponderale ed un regime alimentare ricco di vegetali, può ridurre il rischio di recidive
- ❖ Nei soggetti che presentano una patologia tumorale maligna l'intervento nutrizionale dovrebbe essere previsto precocemente prima che si instaurino segni di malnutrizione
- ❖ Nei pazienti malnutriti infatti la radio e chemio terapia possono essere altamente tossiche
- ❖ La collaborazione oncologo-nutrizionista clinico deve essere precoce e continuativa.

COMUNICARE IN NUTRIZIONE: TORNARE INDIETRO PER PROGREDIRE

Lucio Lucchin

- ❖ Il mondo della pubblicità si è evoluto dalla semplice "reclame" degli anni 70-80 alla pubblicità su intere pagine di quotidiani agli attuali spot e messaggi che vogliono essere veri e propri "consigli per gli acquisti"
- ❖ Quasi tutto questo mondo offre e propone una serie di novità, metodi, strumenti per la salute che spesso sono controllati solo e scarsamente dai professionisti della nutrizione con totale assenza delle istituzioni e delle Università
- ❖ Dovrebbe quindi migliorare il condizionamento positivo utente-media con maggiore responsabilizzazione degli Ordini professionali, Società scientifiche, Università.
- ❖ L'efficacia della comunicazione sanitario-paziente rappresenta un altro punto vitale della comunicazione: il medico dovrà adattare la sua cultura, la sua esperienza e professionalità al singolo paziente in una vera "arte del comunicare"
- ❖ La comunicazione è fondamentale per le tappe del processo di educazione terapeutica (sensibilizzazione, informazione, apprendimento, aiuto psico-sociale)
- ❖ Il colloquio sanitario-paziente dovrebbe diventare un dialogo tra due "esperti" ove ognuno porta la propria esperienza: il medico che conosce la malattia ed il paziente che la subisce.



L'INTERVENTO NUTRIZIONALE NELLA CHIRURGIA

Take home message

A cura di: Leonardo Di Cosmo, Carlo Pedrolli

QUANTO È IMPORTANTE IL RUOLO DEL NUTRIZIONISTA NELLA CHIRURGIA FAST TRACK?

Giuseppe Vuolo

- ❖ La “fast-track surgery” è un modello di gestione perioperatorio, che comprende l'utilizzazione di varie strategie per migliorare le condizioni del paziente, evitare alterazioni metaboliche, ridurre le complicanze ed ottimizzare le risorse economiche, soprattutto con la diminuzione di complicanze e tempi di degenza.
- ❖ Non è necessario il digiuno preoperatorio ed addirittura è raccomandata l'assunzione di bevande chiare ricche di carboidrati fino a 2-3 ore prima della chirurgia, in quanto vengono ridotte la sete, la fame e l'ansietà, oltre alla resistenza insulinica post-operatoria.
- ❖ Nel caso in cui bisogna utilizzare la nutrizione artificiale è sempre da preferire l'approccio enterale

NUTRIZIONE PERIOPERATORIA

Lorenza Caregaro Negrin

- ❖ La malnutrizione preoperatoria compromette la ripresa postoperatoria e la guarigione delle ferite; aumenta il rischio di complicanze postoperatorie, la durata di degenza e la mortalità.
- ❖ Uno screening nutrizionale preoperatorio mediante test validati (NRS 2002, MUST, MNA) è raccomandato in tutti i soggetti candidati ad interventi di chirurgia maggiore. Dovrebbe essere parte integrante della check-list operatoria.
- ❖ L'applicazione dei protocolli di fast track surgery consente oggi la ripresa dell'alimentazione (con alimenti naturali o integratori) entro 1-3 giorni nella maggior parte degli interventi di chirurgia maggiore, limitando così il ricorso alla nutrizione artificiale.
- ❖ La nutrizione artificiale resta comunque indicata nei soggetti con malnutrizione grave o con complicanze che compromettono la ripresa dell'alimentazione o inducono stress metabolico. La nutrizione enterale rappresenta la prima scelta; quando l'apporto calorico tollerato per via enterale è < 60% del fabbisogno, deve essere integrata con un supporto parenterale. La nutrizione parenterale totale è riservata alle situazioni in cui la nutrizione enterale è controindicata (ischemia intestinale, shock, ileo) o non tollerata.
- ❖ Immunonutrizione: nei pazienti sottoposti a interventi di chirurgia oncologica maggiore è raccomandata la somministrazione preoperatoria di formule arricchite con arginina, acidi grassi ω-3 e RNA, indipendentemente dallo stato nutrizionale; nei soggetti malnutriti la supplementazione con immunonutrienti dovrebbe essere proseguita nel postoperatorio. La supplementazione con glutammina per via parenterale (0.3-0.6 g/kg/die di glutammina dipeptide) è raccomandata al momento solo nei pazienti chirurgici critici. Per quanto riguarda la supplementazione con glutammina per via enterale, non ci sono ancora sufficienti evidenze per raccomandarne l'utilizzo in chirurgia.
- ❖ L'implementazione nella pratica clinica delle linee-guida riguardanti lo screening nutrizionale preoperatorio, le strategie per migliorare la ripresa postoperatoria e l'utilizzo di immunonutrienti nel perioperatorio è ancora incompleta e difficile. Un'integrazione di competenze e una stretta collaborazione tra chirurghi, oncologi, dietisti e dietologi rappresentano importanti strategie per migliorare l'approccio nutrizionale al paziente chirurgico.



I PROBIOTICI TRA LUCI E OMBRE

Take home message

A cura di: Giuseppe Pompucci, Giuseppina Ghiselli

RAZIONALE NELLA PRATICA CLINICA E PROSPETTIVE FUTURE

Massimo Vincenzi

- ❖ Il microbiota intestinale e la barriera GI sono gli elementi chiave per comprendere il complesso meccanismo che permette di mantenere il “gut health”.
- ❖ Qualsiasi alterazione della barriera GI aumenta il rischio di sviluppare infezioni, malattie funzionali e Infiammatorie GI, come anche malattie extraintestinali come disordini metabolici (obesità, diabete, dislipidemie) e immuno-mediate (artrite reumatoide, malattie allergiche)
- ❖ I probiotici rappresentano un supporto in grado di modulare il microbiota intestinale o la barriera GI con effetto specie e ceppo specifico. Alcu-

ni probiotici sono in grado di ridurre l'incidenza e la durata della diarrea da Rotavirus nei bambini, della diarrea associata ad antibiotici nell'adulto e anche dell'infezione da Clostridium difficile. Altri migliorano la sintomatologia della sindrome da intestino irritabile.

PROSPETTIVE FUTURE:

- ❖ Altri effetti clinici dei probiotici come il loro ruolo nelle malattie infiammatorie intestinali, la dermatite atopica, le infezioni respiratorie o genito-urinarie o il trattamento adiuvante sono promettenti, ma attualmente inconsistenti.

ALIMENTI FUNZIONALI: SAPERSI ORIENTARE TRA I TANTI

Marco Buccianti

- ❖ Un alimento perché sia definito funzionale ha bisogno della prova scientifica delle sue capacità di influire positivamente su una o più funzioni fisiologiche, contribuendo a preservare o migliorare lo stato di salute e di benessere e/o a ridurre il rischio d'insorgenza delle malattie correlate al regime alimentare.
- ❖ I functionalfoods sono alimenti tradizionali e diretti a individui sani che desiderano mantenere e/o migliorare il proprio stato di salute.
- ❖ Un'importante problema per l'identificazione dell'effetto funzionale o della riduzione del rischio di patologia è l'identificazione di bio-

marker validati e comuni per aree di applicazione;

- ❖ L'EFSA sta effettuando un grande lavoro sul controllo dei claims che sta dando i primi risultati concreti con l'emanazione del regolamento comunitario 432/2012;
- ❖ Scegliere gli alimenti giusti e creare un virtuoso abbinamento è possibile solo se si conoscono le evidenze scientifiche e le proprietà dei vari componenti bioattivi, ricordando sempre che non è il singolo alimento che apporta il beneficio ma l'interazione di più molecole in un contesto di dieta equilibrata.



LETTURA

Take home message

A cura di: Maria Antonia Fusco

INTESTINAL MICROBIOTA AND ITS POTENTIAL ROLE IN OBESITY AND METABOLIC DISORDERS

Patrice D. Cani

- ❖ La crescente recente incidenza di malattie metaboliche, tra cui il diabete e l'obesità, nei paesi occidentali è associata a cambiamenti nelle abitudini alimentari. L'obesità è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici e ambientali: crescente evidenza sostiene il possibile ruolo del microbiota intestinale nello sviluppo di obesità, diabete di tipo 2, ed infiammazione di basso grado.
- ❖ Recentemente, è stato proposto che la flora intestinale partecipi al metabolismo del tessuto adiposo tramite il sistema endocannabinoide (BCE) e composti derivati dal microbiota intestinale e specificamente i lipopolisaccaridi (LPS).
- ❖ I batteri intestinali influenzano anche il metabolismo delle cellule intessute al di fuori dell'intestino (nel fegato e tessuto adiposo) e quindi possono modulare nell'ospite l'omeostasi dei lipidi e del glucosio, così come l'infiammazione sistemica.
- ❖ Una serie di studi recenti fornisce nuovi spunti che potrebbero aiutare a stabilire un nesso tra carboidrati indigeribili della dieta che modificano la composizione del microbiota intestinale e l'obesità e l'insulino-resistenza
- ❖ In effetti l'assunzione di una dieta ricca in grassi innesca lo sviluppo di obesità, infiammazione, insulino-resistenza, diabete di tipo 2 e aterosclerosi grazie a meccanismi che dipendono dall'attivazione da parte dei LPS e/o degli acidi grassi del complesso recettoriale CD14/TLR4
- ❖ Infine, i dati ottenuti in modelli sperimentali e in soggetti umani sono a favore del fatto che la modificazione della flora intestinale (con prebiotici e/o probiotici) possono partecipare al controllo dello sviluppo delle malattie metaboliche associate all'obesità. Un certo numero di studi inoltre descrive le differenze caratteristiche tra la composizione e l'attività della flora intestinale degli individui magri e di quelli obesi
- ❖ La flora intestinale è, pertanto, un potenziale bersaglio nutrizionale e farmacologico nel trattamento dell'obesità e disturbi ad essa collegati



OBESITÀ: CHE FARE?

Take home message

A cura di: Leonardo Di Cosmo, Claudio Macca

C'È ANCORA SPAZIO PER IL TRATTAMENTO CONVENZIONALE?

Barbara Paolini

- ❖ Una piccola perdita di peso pari al 5-7% è sufficiente a dare effetti benefici per la salute; nel diabete di tipo 2 il mantenimento del peso perduto, riduce del 25% della mortalità precoce.
- ❖ Il trattamento terapeutico-riabilitativo migliore consiste, in un *team approach* multidimensionale affidato al lavoro integrato delle stesse figure professionali: medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori e infermieri. È indispensabile creare un linguaggio e una cultura comuni all'interno dell'équipe assistenziale al fine di ottenere una vera integrazione funzionale delle diverse competenze. È essenziale, peraltro, definire con chiarezza i confini dell'operato di ogni professionista perché la confusione dei ruoli è un fattore d'insuccesso terapeutico.
- ❖ La sola attività fisica indipendentemente dalla perdita di peso, determina effetti favorevoli sulla salute da determinare una riduzione del rischio di patologie associate
- ❖ Gli interventi comportamentali sulla dieta e sull'attività fisica, da soli o combinati risultano molto efficaci per la perdita di peso, il loro successo può essere addirittura maggiore se associati ad una valutazione psicologica.
- ❖ Le strategie per il mantenimento del peso a lungo termine includono l'esercizio fisico ad alta intensità, la terapia comportamentale, una dieta ipocalorica e mirata sul soggetto, l'automonitoraggio del peso.

ESISTE UN RAZIONALE PER I TRATTAMENTI ALTERNATIVI? REVIEW DELLA LETTERATURA

Gianleone Di Sacco

- ❖ Negli studi osservazionali o interventistici su popolazioni umane, la composizione in macronutrienti della dieta ha dimostrato avere un impatto sui fattori di rischio cardiovascolare e sulla comparsa del diabete
- ❖ Alla luce degli studi di confronto tra diete dimagranti, la composizione in macronutrienti della dieta non modifica i fattori di rischio cardiovascolare, il rischio di comparsa di diabete e la composizione corporea?
- ❖ Nell'animale, alternare periodi di digiuno o di restrizione calorica a periodi di alimentazione normale o eccessiva aumenta la sopravvivenza. Nell'uomo non ci sono dati attendibili.
- ❖ La lorcaserina e l'associazione fentermina/topiramato sono stati registrati dall'FDA per il trattamento dell'eccesso ponderale in pazienti con BMI ≥ 30 kg/m² o in pazienti con BMI ≥ 27 kg/m² in presenza di comorbilità.

CRITICITÀ DEL NUTRIZIONISTA NEL TRATTAMENTO BARIATRICO

Albano Nicolai

- ❖ La Chirurgia Bariatrica:
- ❖ È sempre successiva ad insuccessi pregressi (dieta, farmaci...)
- ❖ È gravata fino ad oggi da inevitabili complicanze di tipo nutrizionale (malnutrizione proteica, vitaminica, ferro ecc.)
- ❖ Necessita di uno stretto monitoraggio con follow up programmati e una riabilitazione psico-nutrizionale per aiutare il pz a raggiungere un buon stato di salute ed un buon rapporto con il cibo per non vanificare le potenzialità dell'atto chirurgico
- ❖ Deve essere eseguita in strutture ad alta specialità che garantiscono un intervento plurispecialistico integrato, necessario prima dell'intervento, indispensabile dopo
- ❖ Fondamentale la selezione attenta dei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica.

LETTURA

Take home message

A cura di: Maria Luisa Amerio, Gianfranco Guarnieri

LA CHIRURGIA METABOLICA

Giuseppe Fatati

- ❖ Le procedure bariatriche si associano a un notevole miglioramento sia della sensibilità insulinica sia della secrezione insulinica
- ❖ Gli standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-2010 AMD-SID affermano che il ricorso alla chirurgia bariatrica può essere preso in considerazione per pazienti adulti (età 18-65 anni) con BMI > 35 kg/m² e diabete tipo 2
- ❖ la chirurgia gastrointestinale per la terapia del diabete nei pazienti con B.M.I. inferiore a 35 Kg/m² è da considerare una priorità di ricerca
- ❖ gli effetti positivi della chirurgia bariatrica sulla patologia micro e macrovascolare non sono stati ancora indagati e, di converso, sono stati segnalati alcuni casi di ipoglicemie ripetute legate a iperplasia della beta cellula con conseguente iperinsulinemia.
- ❖ è assolutamente necessario una diversa stratificazione dei pazienti eleggibili al trattamento chirurgico che non può essere considerato una risposta pratica, a breve termine, ad una epidemia globale
- ❖ non va sottovalutato il ruolo che la conoscenza dei meccanismi che giustificano l'azione positiva della chirurgia bariatrica può avere nell'ispirare e facilitare lo sviluppo di nuovi farmaci da utilizzare nella pratica clinica

UP-DATE IN NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Marco Zanello

- ❖ la nutrizione artificiale (NA) interagisce direttamente e rapidamente con alcuni processi adattativi fisiopatologici. Il tentativo di coprire i fabbisogni nutrizionali con NA precoce può peggiorare la prognosi. I nutrienti possono condizionare negativamente alcuni eventi metabolici positivi. La NA è una terapia metabolica e si può considerare un potente strumento farmaco-terapeutico che sostituisce alcune funzioni
- ❖ il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) chirurgico può essere migliorato con un adeguato intervento nutrizionale. Positivi effetti dell'ERAS (enhanced recovery after surgery), approccio terapeutico integrato multidisciplinare.
- ❖ una NA appropriata genera risparmio ("spendere per risparmiare") e guadagno terapeutico.



MALNUTRIZIONE: UN PROBLEMA INGIUSTIFICATAMENTE TRASCURATO

Take home message

VITAMINA D ED OSTEOPOROSI NELL'ETÀ SENILE

Fabrizio Malvaldi

- ❖ Alle latitudini temperate, l'80% del fabbisogno di vitamina D è garantito dall'irradiazione solare ed il restante 20% viene assicurato dall'alimentazione. La vitamina D3 è contenuta quasi esclusivamente nei grassi animali, mentre trascurabile è la quota di vitamina D2 presente in alcuni grassi vegetali. La nostra alimentazione presenta un contenuto di vitamina D inferiore ai fabbisogni. Pertanto la supplementazione di vitamina D è importante in certe categorie di persone e in particolare negli anziani.
- ❖ La vitamina del sole è amica del cuore, oltre che delle ossa. Secondo uno studio danese presentato a Londra, al meeting della Società europea dell'ipertensione (Esh), assumere pillole di vitamina D una volta al giorno aiuta a ridurre la pres-

sione alta con la stessa efficacia di un farmaco antipertensivo. La vitamina D non rappresenterebbe una cura contro l'ipertensione - precisa lo studio - ma un valido aiuto, soprattutto nei mesi invernali.

- ❖ I dati epidemiologici consentono comunque di presumere carenti tutti gli anziani che non stiano assumendo supplementi. In presenza di carenza o insufficienza vanno somministrate nell'arco di 1-4 settimane dosi cumulative di vitamina D variabili tra 300.000 e 1.000.000 di UI. La dose giornaliera (o equivalenti settimanali, mensili o trimestrali) di mantenimento, dopo aver raggiunto livelli normali di 25(OH)D, varia in funzione dell'età e dell'esposizione solare, con un range tra 800 e 2.000 UI/die.

QUALE TERAPIA FARMACOLOGICA PER IL MALNUTRITO?

Fabrizio Muratori

- ❖ Il riconoscimento della malnutrizione quale causa di ridotta funzionalità dell'organismo ha reso necessario conoscere i cambiamenti dello stato metabolico e della composizione corporea avvenuti nel paziente. Di conseguenza, nella determinazione qualitativa e quantitativa dei fabbisogni nutrizionali, è necessario considerare lo stato nutrizionale e lo stato metabolico del paziente, come pure della patologia di base e delle relative terapie.
- ❖ Un'adeguata supplementazione nutrizionale, soprattutto proteica/aminoacidica è indispensabile affinché possa instaurarsi una risposta anabolica. Inoltre in alcuni pazienti l'associazione di terapie anabolizzanti può essere vantaggiosa.
- ❖ L'incremento della disponibilità di aminoacidi,

in particolare quelli essenziali, è il fattore chiave nel promuovere la sintesi proteica muscolare. La rapidità con la quale si innalzano i livelli di aminoacidemia sembra giocare un ruolo importante nel determinare lo stimolo anabolizzante sul muscolo, sia nei soggetti adulti sani che nei soggetti anziani normali o sarcopenici, indipendentemente dal tipo di integrazione utilizzato (aminoacidica o proteica)

- ❖ L'integrazione aminoacidica con miscele bilanciate contenenti tutti gli aminoacidi essenziali così come la supplementazione con proteine del siero del latte addizionate con leucina, sembrano dare risultati incoraggianti in termini di risposta anabolica in soggetti anziani sarcopenici ipercatabolici



PRIORITÀ NUTRIZIONALI: MISCELLANEA I

Take home message

A cura di: Stefano Pintus, Mario Parillo

ANTIOSSIDANTI E PICCOLI FRUTTI

Maurizio Battino

Cosa si sa oggi sull'argomento trattato:

- ❖ Una corretta alimentazione, associata all'adozione di un regime alimentare bilanciato, si riflette su un buon stato di salute dell'individuo che la adotta. Una dieta ricca in frutta, verdura e cereali fornisce una varietà di composti bioattivi che svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione di malattie cardiovascolari, neurodegenerative e tumorali.
- ❖ I piccoli frutti a bacca rossa (berries) assumono un ruolo di particolare importanza per il consumatore, sia da un punto di vista psicologico-sensoriale, sia da un punto di vista salutistico, essendo ricchi di composti naturali bioattivi, che aiutano a mantenere un buon stato di salute e a prevenire numerose patologie cronico-degenerative.
- ❖ Tra i berries, la fragola (*Fragaria x ananassa*,

Duch.) rappresenta la specie di maggior consumo, ed è una fonte inestimabile di micronutrienti (soprattutto vitamina C) e composti fitochimici (polifenoli) dalle spiccate capacità antiossidante. Numerosi studi condotti su soggetti sani hanno dimostrato che questi composti esercitano la loro azione protettiva anche *in vivo*, sia a livello plasmatico che a livello cellulare.

Prospettive future

- ❖ Studi sugli effetti di un consumo di fragole a lungo termine, soprattutto se a carico di soggetti con un alto indice di rischio per specifiche patologie croniche, sono fortemente auspicabili al fine di confermare e avvalorare i dati finora conosciuti.

PERCHÉ L'ONCOLOGO HA BISOGNO DEL NUTRIZIONISTA?

Claudio Graiff

- ❖ La gestione del paziente oncologico necessita di un lavoro di gruppo che vede coinvolti diversi specialisti. In questa equipe il nutrizionista ha certamente un ruolo primario.
- ❖ La sindrome anoressia-cachessia se non affrontata precocemente può essere una concausa per

la sospensione anticipata del trattamento oncologico.

- ❖ L'inizio precoce del trattamento di supporto nutrizionale può migliorare significativamente la sopravvivenza di ammalati affetti da neoplasie.

DISFAGIA: DALLE LINEE GUIDA AL COUNSELING NUTRIZIONALE

Annarita Sabbatini

- ❖ La Malnutrizione Calorico-Proteica (MCP) è in grado di condizionare negativamente l'outcome del paziente oncologico.
- ❖ Lo screening nutrizionale è uno strumento che permette di individuare precocemente i pazienti a rischio di malnutrizione, affinché questi possa-

no essere poi candidati ad una valutazione nutrizionale più approfondita.

- ❖ La disfagia correla con calo ponderale, alterazioni dello stato di nutrizione e MCP.
- ❖ L'intervento nutrizionale in corso di disfagia ha i seguenti obiettivi: prevenire o correggere la

MCP e la disidratazione, ridurre il rischio di ab-ingestis e facilitare l'alimentazione spontanea. Nell'ottica di una riabilitazione nutrizionale, in base al grado e al tipo di disfagia, si possono individuare 4 livelli diversi di dieta.

- ❖ Al fine di ottimizzare l'apporto calorico-proteico dei regimi alimentari a consistenza modificata può essere necessario l'uso di supplementi nutrizionali.
- ❖ Quando invece l'assunzione calorica non è sufficiente a coprire almeno il 60-70% dei fabbisogni nutrizionali, si rende necessario ricorrere alla nutrizione artificiale. Se possibile, la via enterale è da preferirsi rispetto a quella parenterale. È disponibile una vasta gamma di miscele e sonde per nutrizione enterale specifiche per le diverse esigenze e condizioni cliniche.

PRIORITÀ NUTRIZIONALI: MISCELLANEA II

Take home message

A cura di: Giuseppe Malfi, Patrizia Ugenti

DCA: PRIMI FEEDBACK DALLA CONSENSUS CONFERENCE

Teresa Di Fiandra

- ❖ Prevedere sempre, nella gestione clinica di un paziente con DCA, la collaborazione con un team psicologico-psichiatrico.
- ❖ Fare riferimento per una corretta e appropriata gestione clinica del paziente ai percorsi illustrati dalla Consensus Conference
- ❖ Organizzare al meglio le risorse disponibili nelle realtà locali per dare adeguata risposta ai pazienti nelle differenti fasi di malattia. (ambulatorio, DH, degenza)

ORTORESSIA: RISULTATI DELLO STUDIO ADI

Annalisa Maghetti

- ❖ Nell'effettuare la diagnosi di ortoressia prestare attenzione alla presenza associata di un DCA o di una comorbidità psichiatrica.
- ❖ Fare chiarezza con i pazienti su quelle che sono le reali intolleranze alimentari e le diagnosi scientificamente riconosciute disponibili per evidenziarle, sottolineando che molte metodiche alternative non sono riconosciute dall'Istituto Superiore di Sanità.
- ❖ Prestare la massima attenzione alle caratteristiche psicologiche dei nostri pazienti e, soprattutto, ai messaggi che trasmettiamo loro, al fine di non innescare quei timori, fobie o ossessioni rispetto al cibo, che possono, delineando la diagnosi di ortoressia, compromettere la loro qualità di vita.



LETTURA

Take home message

A cura di: Gianfranco Guarnieri, Enrico Bertoli

OBESITÀ PEDIATRICA

Claudio Maffeis

- ❖ un peso alla nascita < 2.5 o > 4,5 kg facilita l'insorgenza di obesità, che riduce l'aspettativa di vita (rischio cardiovascolare, steatosi epatica, insulino-resistenza, ipertrigliceridemia, aumento delle LDL ossidate, ecc). Opportuno valutare il grasso viscerale con il rapporto vita/statura.
- ❖ se si Riduce il peso del bambino, cala anche il rischio CV da adulto: terapia precoce multidimensionale!
- ❖ i lattini formulati odierni causano meno obesità, perché è stato ridotto il contenuto proteico
- ❖ la glicemia non deve essere > 100 mg/dl; se è < 86 md/dl non occorre OGTT.

IPERURICEMIA. NUOVO FATTORE DI RISCHIO PER LA SINDROME METABOLICA?

Antonio Caretto

- ❖ L'iperuricemia è un problema crescente nella popolazione in quanto legato allo stile di vita ed ad alcune malattie metaboliche (sindrome metabolica, insuff. renale, ipertensione arteriosa,..).
- ❖ A livello terapeutico si raccomanda una perdita graduale di peso attraverso l'attività fisica, mentre diete fortemente ipocaloriche risultano iperuricemizzanti, particolare attenzione a diete ipoglicidiche-iper proteiche in quanto ricche in purine e chetogeniche.

LA PASTIERA. IL DOLCE DELLA RELIGIONE, LA RELIGIONE DOLCE

P. Zuliani

Biologa, ADI Campania

Tutte le religioni fanno della rinuncia e dei sacrifici una delle strade principali per entrare nella “vita compiuta” che non è quella terrena.

Anche la nostra non sfugge a questa regola ed è segnata nella sua esistenza da digiuni e cilici, anche se nel corso della sua vita (lunguissima) si è progressivamente addolcita passando dal rigore del rispetto assoluto delle regole all’indulgenza dell’età matura quando le cose si guardano con un occhio meno turbato dai furori della giovinezza come fanno le madri autoritarie che si trasformano in nonne bonarie.

In questa sua “maturità” le privazioni si sono così letteralmente “addolcite” e hanno trovato scorciatoie e trucchi, soprattutto per quanto riguarda l’alimentazione, per essere aggirate come accadde per la cioccolata in tazza, letteralmente un’invenzione del clero che per superare il divieto di mangiare cibi solidi durante la quaresima li sostituì con la nuova materia venuta dall’America. Una religione quindi indulgente e dolce che trova addirittura nelle sue celebrazioni rituali l’occasione per praticare la buona tavola. E così la pastiera è una metafora ed una celebrazione, con tutta la complessa simbologia dei suoi ingredienti, della (ri)nascita del Cristo. A partire dal tempo di preparazione che per questo dolce inizia la sera del giovedì santo per essere poi consumato il giorno di Pasqua, esattamente nell’arco di tempo che trasformò un sovrano in un Dio. E dentro questo dolce: l’uovo simbolo della vita che risorge e si rinnova, il grano che marcisce nella terra per poi risorgere sotto forma di spiga, la farina e la ricotta omaggio dei pastori di una religione che, prima di trasformarsi nello “splendore” della chiesa, era povera e rurale ed ancora le spezie in rappresentanza dei popoli più lontani del mondo che in una notte d’inverno arrivarono attraverso tre maghi a testimonianza di una nascita umana prima della (ri)nascita divina ed infine lo zucchero per esprimere la dolcezza del figlio dell’uomo.

Tutto “semplice” dunque ed “interamente” spiegato? Nemmeno per idea perché la dolcezza della religione cattolica si esprime anche nella sua capacità di indulgenza che tende ad includere piuttosto che a

combattere, anche nei suoi dolci. La pastiera infatti ha una tradizione precedente al cattolicesimo. Prima di essere fatta propria e letteralmente ingurgitata dalla nostra religione, caratterizzava i riti pagani del periodo che oggi corrisponde al periodo pasquale che festeggiavano il ritorno della primavera. In questa festa la dea Cerere veniva omaggiata con dolci poveri a base di farro o grano, ricotta ed uova simboli di fertilità, di vita e di rinascita.

Siamo alle fine della storia? Ancora no, perché ancora più sotto, dove sta la sfoglia, c’è una leggenda che la lega al mito della sirena partenope di una città come Napoli che è una delle pochissime città che ha come mito di fondazione una figura femminile direttamente legata al culto della dea madre. Alla sirena venivano offerti come doni gli stessi ingredienti del dolce che oggi noi conosciamo. La pastiera è dunque, se possiamo azzardare una definizione, una matrioska culturale con una storia dentro l’altra. E così quando ne mangiamo una fetta facciamo un atto di fede, un viaggio storico, un excursus simbolico.

La mia ricetta della Pastiera napoletana

Per tre pastiere di media grandezza
(circa 24 porzioni)

Ingredienti

- pasta frolla q.b.
- 600 gr di ricotta romana
- 500 gr di zucchero
- 600 gr di grano cotto preparato
- 7 uova di cui 4 intere e 3 solo il tuorlo
- cannella in polvere
- 70g di cedro candito
- vanillina
- 2 fiale di aroma di fiori d’arancia

Preparazione del grano

Mettere in una pentola 500 gr di latte, 600 gr di grano precedentemente “ammollato” in acqua per almeno un giorno (in alternativa utilizzare il grano cotto in barattolo), 50 gr di burro, un pizzico di sale, una buccia di arancia, una di limone, una stecca di

cannella. Cuocere a fuoco lento, rimestando continuamente, per 30-40 minuti. Far raffreddare ed eliminare la cannella e le buccette.

Esecuzione

Incorporare lo zucchero nella ricotta già stemperata mescolando molto bene, aggiungere le uova, il grano, il cedro tagliato a pezzettini, la cannella e gli aromi in base ai propri gusti. Foderare, con la pasta frolla tirata con matterello in sfoglia da mezzo centimetro, un ruoto di media altezza (circa 25 cm di diametro), versarvi il composto e coprire l' impasto con striscioline di pasta frolla così come per la crostata. Infornare per un'ora abbondante a 180 C°. La superficie deve essere dorata.

Esiste anche una versione sorrentina della pastiera

che aggiunge all'impasto anche crema pasticciera nella stessa quantità della ricotta.

La pastiera va consumata dopo almeno un giorno, anche se il rispetto della tradizione ne imporrebbe tre, perché “deve arrepusare” ovvero “deve asciugare” a temperatura ambiente. Prima di servirla spolverare con zucchero a velo.

Composizione media di una fetta di pastiera (circa g150)

- 530 calorie
- 11,6 g di proteine
- 27,0 g di lipidi
- 68.4 g di carboidrati
- 278 mg di colesterolo

Ma ne vale davvero la pena!!!

APROTEN

Benessere a tavola



ALIMENTI A BASSO CONTENUTO PROTEICO

Novità

**I NUOVI
PIATTI PRONTI
DA GUSTARE**

Risetti

Fusilli

Gemmine



Numero Verde
800-318357
WWW.APROTEN.COM

L'infiammazione nella Malnutrizione e Malattie Metaboliche

Cause e Terapie Nutrizionali

LECCE 17 - 19 ottobre 2013

PRESENTAZIONE

La ricerca scientifica è negli ultimi anni in continuo progresso sulla connessione tra infiammazione, malattie metaboliche e malnutrizione. L'infiammazione cronica è strettamente associata allo stress ossidativo con esagerata presenza di specie molecolari altamente reattive. Infatti, un'infiammazione cronica di basso grado e lo stress ossidativo svolgono un ruolo fondamentale nell'obesità e nelle malattie metaboliche associate, quali l'insulino-resistenza, il diabete mellito tipo 2, la sindrome metabolica e la malattia cardiovascolare.

Errati introiti nutrizionali hanno un'importanza cruciale nel loro determinismo. Lo sviluppo dell'infiammazione sistemica, correlata con l'obesità e con l'insulino-resistenza, sarebbe legato ad un'alterata produzione di varie adipocitochine, di citochine pro-infiammatorie e proteine della fase acuta ed è presente in diversi organi coinvolti nel controllo dell'omeostasi metabolica. Proprio questa correla la progressione verso la sindrome metabolica e il diabete tipo 2.

Strategie nutrizionali, così come l'assunzione di micronutrienti, possono impedire lo sviluppo dello stress ossidativo e l'infiammazione, svolgendo un ruolo di prevenzione verso l'insorgenza e le complicità di queste malattie metaboliche.

Anche nella malnutrizione proteico-calorica, l'aumentato catabolismo proteico e lipidico si correla ad un aumentato rilascio di citochine pro-infiammatorie. L'infiammazione sistemica è associata alla perdita di peso nel paziente neoplastico, ma svolge anche un ruolo nelle varie tappe della carcinogenesi.

Data l'attualità della tematica e la necessità di aggiornamento da parte di tutti gli operatori nel campo della nutrizione clinica e delle malattie metaboliche, si è ritenuto fondamentale approfondire tali argomenti in questo Corso che ha l'obiettivo di comprendere meglio i rapporti che esistono tra l'infiammazione e la nutrizione e migliorare l'approccio terapeutico degli operatori.

Il Corso avrà una impostazione teorico-pratica e sarà articolato in sessione plenarie e parallele (con partecipazione a numero chiuso). Le sessioni parallele avranno un format identico e saranno gestite con una nuova modalità di comunicazione interattiva, stimolante per l'apprendimento e il confronto scientifico.

Antonio Caretto
SEGRETARIO GENERALE ADI

Direttore del Corso

Antonio Caretto
Segretario Generale ADI
U.O.C. Endocrinologia, Malattie
Metaboliche e Nutrizione Clinica
Ospedale Perrino - Brindisi

Comitato Organizzatore

SEZIONE ADI PUGLIA
Presidente
Pesce Sabino
Past President
Caretto Antonio
Segretario Generale
Sturdà Maria Rosaria
Vicesegretario
Magno Mauro
Tesoriere
Valenzano Anna Antonia
Consiglieri
Anelli Riccardo
Celona Angela
Chiri Stefania
Cisternino Anna Maria
Lagattolla Valeria

Comitato Scientifico

ADI - ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI DIETETICA E NUTRIZIONE
CLINICA ONLUS
Presidente
Lucio Lucchin, Bolzano
Past President
Giuseppe Fatati, Terni
Segretario Generale
Antonio Caretto, Brindisi
Tesoriere
Maria Rita Spreghini, Roma
Consiglieri
Lorenza Caregaro Negrin, Padova
Mario Di Sapia, Napoli
Pasqua Oteri, Messina
Fulvio Sileo, Bergamo
Massimo Vincenzi, Faenza (RA)

Segreteria Scientifica

Antonio Caretto
Valeria Lagattolla
U.O.C. Endocrinologia,
Malattie Metaboliche
e Nutrizione Clinica
Ospedale Perrino - Brindisi
Tel 0831 537 428/418/425
carettoa@tin.it

Segreteria Organizzativa

PROMEEETING® ●●●●
convegni & relazioni pubbliche
Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763.34.48.90
Fax 0763.34.48.80
info@prommeeting.it
www.prommeeting.it



FLOGOSI E NUTRIZIONE

- Aspetti fisiopatologici
- Fattori ambientali
- Effetto dei nutrienti
- Stress ossidativo

FLOGOSI, NUTRIZIONE E PATOLOGIA

- Obesità
- Diabete mellito
- Controllo e compenso glicometabolico
- Sindrome metabolica
- Neoplasie
- Malnutrizione proteico-calorica

FLOGOSI E TERAPIA NUTRIZIONALE IN

- Prevenzione primaria e secondaria
- Nutraceutica
- Nutrizione artificiale

SESSIONI TEORICO-PRATICHE

ESERCITAZIONI INTERATTIVE CON VIDEO

WORKSHOP E GRUPPI DI STUDIO

INFORMAZIONI

Presentazione Lavori Scientifici

Deadline 2 settembre 2013

Nell'ambito del programma scientifico del Corso, sono previste Sessioni di Comunicazioni orali e poster. Coloro che desiderano presentare una comunicazione orale o poster sui temi congressuali dovranno fare pervenire il riassunto entro la scadenza prevista. Tutte le comunicazioni orali e i poster accettati, saranno inseriti nella penna USB distribuita al momento dell'accreditamento. Gli abstract dovranno essere inviati a

Segreteria Scientifica Dr. Antonio Caretto: carettoa@tin.it
e p.c. **Segreteria Organizzativa** Prometing: info@prometing.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 secondo 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 abstract inviati via fax. Si ricorda che la presentazione di una comunicazione orale o poster è subordinata all'iscrizione al Corso 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.

Crediti Formativi ECM

È stata attivata la procedura di accreditamento presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua per le seguenti figure professionali:

- MEDICO-CHIRURGO
- BIOLOGO - DIETISTA - FARMACISTA - INFERMIERE

DISCIPLINE DI RIFERIMENTO PER LA PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO

Scienza dell'alimentazione e dietetica, endocrinologia, malattie metaboliche e diabetologia, gastroenterologia, medicina dello sport, pediatria, igiene degli alimenti e della nutrizione, oncologia, medicina generale (medici di famiglia), medicina interna.

METODO DI VERIFICA

La documentazione ECM (scheda anagrafica, questionario qualità, gradimento e test di apprendimento) dovrà essere riconsegnata alla Segreteria Organizzativa al termine del Corso. I crediti formativi assegnati al Corso saranno visibili sul sito www.adiitalia.net e www.prometing.it

Per conseguire i crediti ECM è necessario:

- Garantire la propria presenza in sala per il 100% della durata dei lavori
- Aver risposto correttamente all'80% dei quesiti del questionario di apprendimento

- Aver consegnato il questionario di valutazione compilato in ogni sua parte
 - Aver compilato la scheda di valutazione in ogni sua parte con i propri dati
- Alla fine del Corso 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.

Quote di Iscrizione

SOCI ADI	ENTRO IL 2 SETTEMBRE 2013	DOPO IL 2 SETTEMBRE 2013
MEDICO - BIOLOGO	€ 300,00	€ 400,00
DIETISTA- INFERMIERE	€ 250,00	€ 350,00
NON SOCI ADI		
MEDICO - BIOLOGO	€ 450,00	€ 550,00
DIETISTA-INFERMIERE	€ 400,00	€ 500,00

La quota ridotta è riservata ai Soci in regola con il pagamento della quota sociale 2013

LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche • Kit congressuale
- Volume degli Atti (numero speciale di ADI Magazine) • Penna USB
- Materiale e dossier ECM • Attestato di partecipazione • Open Coffee
- Colazione di lavoro a buffet di venerdì 18 ottobre
- Cocktail di Benvenuto di giovedì 17 ottobre

SOCI ADI UNDER 30	ENTRO IL 2 SETTEMBRE 2013	DOPO IL 2 SETTEMBRE 2013
TUTTE LE CATEGORIE	€ 130,00	€ 150,00

Si prega di allegare il documento di identità per poter usufruire della quota di iscrizione agevolata. La quota ridotta è riservata ai Soci in regola con il pagamento della quota sociale ADI 2013.

LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE:

- Partecipazione alle sessioni scientifiche • Kit congressuale • Penna USB
- Materiale e dossier ECM • Attestato di partecipazione • Open Coffee
- Colazione di lavoro a buffet di venerdì 18 ottobre

CENA SOCIALE

	ENTRO IL 2 SETTEMBRE 2013	DOPO IL 2 SETTEMBRE 2013
TUTTE LE CATEGORIE	€ 90,00	€ 110,00

Tutte le quote sopra indicate sono IVA 21% esclusa.

Modalità di Pagamento

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato alla Segreteria Organizzativa **PROMETING** tramite:

- **bonifico bancario** (al netto di spese bancarie) presso Crediumbria - Agenzia di Orvieto
IBAN: IT63 C 07075 25701 000000800891

Si prega di indicare la causale del versamento e di allegare la copia del bonifico alla scheda di iscrizione

- **carta di credito** (VISA, Mastercard)

Non verranno accettate iscrizioni prive del pagamento della quota.

CALENDARIO

APRILE 2013

**Nu. Me. NUTRITION AND METABOLISM
5th INTERNATIONAL MEDITERRANEAN MEETING
UPDATE DIABETE, OBESITÀ E NUTRIZIONE ARTIFICIALE**

Terni, 18-20 aprile

Informazioni www.fondazioneadi.com

MAGGIO 2013

XIX CONGRESSO NAZIONALE AMD

Roma, 29 maggio - 1 giugno

Informazioni www.aemmedi.it

GIUGNO 2013

36° CONGRESSO NAZIONALE SIE

Padova, 5-8 giugno

Informazioni www.sie2013.it

SETTEMBRE 2013

9th JOINT MEETING OF PAEDIATRIC ENDOCRINOLOGY SIEDP

Milano 19-22 settembre

Informazioni www.siedp.it

49th EASD ANNUAL MEETING EASD

Barcellona, 23-27 settembre

Informazioni www.easd2013.com

OTTOBRE 2013

**XV CORSO NAZIONALE ADI
L'INFIAMMAZIONE NELLA MALNUTRIZIONE E MALATTIE
METABOLICHE**

CAUSE E TERAPIE NUTRIZIONALI

Lecce, 17-19 ottobre

Informazioni www.adiitalia.net - www.prometing.it

SID PANORAMA DIABETE

Riccione, 20-23 ottobre

Informazioni www.siditalia.it

**114° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA INTERNA**

Roma, 26-28 Ottobre

Informazioni www.simi.it

4° GIORNATE INTERREGIONALI SIO

Firenze, ottobre

Informazioni www.sio-obesita.org

NOVEMBRE 2013

**12° CONGRESSO NAZIONALE AME ASSOCIAZIONE MEDICI
ENDOCRINOLOGI**

UPDATE IN ENDOCRINOLOGIA CLINICA

Bari, 7-10 novembre

Informazioni www.associazionemediciendocrinologi.it

XIX CONGRESSO NAZIONALE SIEDP

Bari 21-23 novembre

Informazioni www.siedp.it

DICEMBRE 2013

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLA TIROIDE AIT

Roma, 5-7 dicembre 2013

Informazioni www.siedp.it

INCONTRI SEZIONI REGIONALI ADI

**Corso di Aggiornamento Sezione ADI Emilia Romagna
NUTRACEUTICA E INTEGRAZIONE RAZIONALE:
FOCUS SUGLI ASPETTI METABOLICO-NUTRIZIONALI**

Bologna, 8 marzo e 5 aprile 2013

Informazioni Dott.ssa Annalisa Maghetti
(a.maghetti@gmail.com)

**Incontro dibattito Sezione ADI Marche
ALIMENTARSI BENE PER VIVERE MEGLIO**

Ancona, 21 marzo 2013

Informazioni Dott. Enrico Bertoli
(e.bertoli@univpm.it)

**Convegno Regionale Sezione ADI Puglia
OBESITÀ: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, CLINICI E TERAPEUTICI.
UPDATE 2013**

13 aprile 2013

Informazioni Sabino Pesce
(pscsbn@gmail.com)

**Convegno Sezione Regionale ADI Sardegna
ESERCIZIO FISICO, SPORT E ALIMENTAZIONE NELLE DIVERSE
ETÀ DELLA VITA**

Cabras, 17-18 maggio 2013

Informazioni Dott. Stefano Pintus
(stepintuss@gmail.com)

**Convegno Regionale Sezione ADI Piemonte
MONOTEMATICO SULLA DISFAGIA**

Cuneo, 18 maggio 2013

Informazioni
Dott. Giuseppe Malfi
(malfi.g@ospedale.cuneo.it)

**Convegno Regionale Sezione ADI Emilia Romagna
SEX AND THE ADI**

Parma, 8 giugno 2013

Informazioni Dott.ssa Annalisa Maghetti
(a.maghetti@gmail.com)

**Convegno Sezione Regionale ADI Sardegna
LATTE, UN AMICO O UN NEMICO?**

Portoscuso, 8 Giugno 2013

Informazioni Dott. Stefano Pintus
(stepintuss@gmail.com)

IL RUOLO DI *Lactobacillus casei* Shirota (LcS) NELL'ANZIANO

A cura del Dipartimento Scientifico di Yakult Italia

Il sistema immunitario e il microbiota intestinale nell'anziano

L'equilibrio della microflora intestinale può essere alterato da molteplici fattori, tra cui l'assunzione di farmaci, lo stress, scorrette abitudini alimentari, patologie preesistenti dell'apparato gastrointestinale, l'avanzare dell'età. A tale proposito, numerosi studi hanno dimostrato come in soggetti ultrasessantenni si riscontrino delle differenze a livello di microbiota intestinale rispetto ad individui più giovani, quali una diminuzione di bifidobatteri e un incremento di clostridi ⁽¹⁾. Tale situazione di disbiosi può contribuire alla genesi di condizioni patologiche quali, ad esempio, stipsi, diarrea e, di conseguenza, al venir meno di una corretta funzionalità intestinale.

Anche l'intero sistema immunitario dell'anziano è soggetto ad un complessivo declino, caratterizzato sia da una deregolazione dei processi infiammatori, sia da una ridotta capacità della risposta immunitaria nel discriminare tra molecole estranee e molecole proprie dell'organismo ⁽²⁾.

L'anziano è dunque un soggetto "delicato" che necessita, oltre che di un corretto apporto di macro e micro-nutrienti, anche di una adeguata supplementazione, tale da favorire l'equilibrio della flora intestinale e garantire i benefici che da esso derivano.

Effetti benefici della somministrazione orale di LcS

Stipsi

In Italia, un'ampia indagine promossa dalla FIRI ⁽³⁾ (Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Invecchiamento) ha documentato - in una popolazione di oltre 5000 soggetti ultra sessantacinquenni - una prevalenza di stipsi del 24%. La prevalenza di stipsi risulta significativamente più elevata nelle donne, nei soggetti maggiormente disabili e nei pazienti che assumono un numero elevato di farmaci. La stipsi è una condizione clinica che colpisce non solo il soggetto anziano, ma anche larga parte della popolazione generale. A questo proposito, in uno studio (randomizzato in doppio-cieco controllato verso placebo) ⁽⁴⁾ sono stati coinvolti 70 uomini e donne (18-70 anni), soggetti a costipazione cronica idiopatica. Durante lo studio, è stata somministrata per 4 settimane una bevanda probiotica (65 ml/giorno) contenente 6.5×10^9 UFC del ceppo *Lactobacillus casei* Shirota (LcS) (gruppo trattato) o 65 ml/giorno di placebo (gruppo di controllo). Al termine del periodo di trattamento, i sintomi di costipazioni (moderate e severe) sono diminuiti significativamente ($p < 0,001$) nel gruppo trattato, nessun cambiamento è stato osservato nel gruppo di controllo. Anche l'occorrenza di feci dure e feci caprine è risultata diminuita nel gruppo trattato ($p < 0,011$) (nessuna variazione è stata rilevata nel gruppo di controllo). Al termine dello studio, la frequenza di evacuazione è aumentata a 6 volte/settimana, dopo assunzione del probiotico. Questo studio ha dimostrato che l'assunzione giornaliera del ceppo *Lactobacillus casei* Shirota può contribuire a ridurre la severità della costipazione, migliorando la consistenza delle feci e la frequenza di defecazione. I risultati suggeriscono che, in associazione ad una dieta ricca di fibre alimentari, l'impiego di alimenti probiotici può contribuire a trattare i sintomi della stipsi.

CDAD (*Clostridium difficile* associated diarrhea)

Il *Clostridium difficile* (CD) è considerato il principale patogeno delle epidemie di diarrea in ambito ospedaliero e si manifesta con discreta frequenza anche con carattere epidemico. L'anziano ricoverato

si configura dunque come un soggetto maggiormente suscettibile a questo tipo di infezione a causa delle ridotte capacità della propria risposta immunitaria.

Quattro reparti di geriatria in due ospedali della Gran Bretagna ⁽⁵⁾ hanno introdotto nuove strategie preventive nei confronti delle infezioni da *C. difficile*: ai pazienti è stata offerta quotidianamente una bevanda di latte scremato contenente il ceppo LcS ($6,5 \times 10^9$ UFC per porzione). L'efficacia di queste strategie è stata controllata misurando gli episodi di diarrea e rilevando le infezioni causate da *C. difficile*. Gli autori hanno osservato che l'introduzione di LcS nell'alimentazione giornaliera di tutti i pazienti anziani ha contribuito alla riduzione significativa (90%) delle infezioni causate dal patogeno *C. difficile*.

Sistema immunitario

La letteratura scientifica riporta crescenti evidenze sulla capacità di LcS di stimolare le difese naturali dell'organismo associate all'intestino. In particolare, in uno studio clinico caso-controllo ⁽⁶⁾, 19 volontari (9 di età intermedia 30-45 anni, 10 anziani di 55-75 anni) con una ridotta attività delle cellule NK hanno assunto per tre settimane una bevanda probiotica contenente il ceppo LcS (4×10^{10} CFU al giorno) oppure una bevanda non fermentata, di composizione nutrizionale simile al precedente ma senza LcS (gruppo controllo). L'attività delle cellule NK è risultata significativamente aumentata nei soggetti di età intermedia, rispetto alla baseline; per quanto concerne più specificatamente i soggetti anziani, la somministrazione di LcS ha consentito il mantenimento dell'attività delle cellule NK, prevenendone così il fisiologico declino. Un altro studio ⁽⁷⁾ condotto nel 2012 su 30 soggetti anziani sani, a cui è stato somministrata una bevanda probiotica contenente 1.3×10^{10} CFU per 4 settimane, ha messo in luce sia un incremento significativo dell'attività delle cellule NK che un aumento dei livelli di IL-10 rispetto a quelli di IL-12; in seguito all'assunzione di LcS si è dunque osservato un profilo citochinico ad azione prevalentemente anti-infiammatoria rispetto alla baseline.

Conclusioni

I risultati dei diversi studi illustrati suggeriscono che l'assunzione regolare di specifici ceppi probiotici, in questo caso del ceppo *Lactobacillus casei* Shirota, nel soggetto anziano può svolgere non solo un'azione modulatoria delle funzioni immunitarie, ma anche garantire un corretto transito intestinale. Prossimamente, verranno condotti studi pilota al fine di verificare gli effetti della somministrazione di LcS in pazienti anziani alimentati tramite PEG.

Bibliografia

¹⁾ Hopkins MJ et al. *Age and disease related changes in intestinal bacterial populations assessed by cell culture, 16S rRNA abundance, and community cellular fatty acid profiles.* Gut 2001; 48:198-205.

²⁾ Gomez C et al. *Innate immunity and aging* Exp Gerontol. 2008; 43(8):718-728.

³⁾ Pilotto A et al. *The prevalence of constipation and its association with drug use in elderly outpatients: a multicentre study.* Am J Gastroenterol. 2008; 103(11):2816-23.

⁴⁾ Koebnick C et al. *Probiotic beverage containing Lactobacillus casei Shirota improves gastrointestinal symptoms in patients with chronic constipation.* Can J Gastroenterol 2003; 17(11):655-659.

⁵⁾ Lewis J et al. *The potential of probiotic fermented milk products in reducing risk of antibiotic-associated diarrhoea and Clostridium difficile disease.* Int J Dairy Technology 2009; 62(4):461-471.

⁶⁾ Takeda K, Okomura Ko. *Effects of a fermented milk drink containing Lactobacillus casei Shirota on the human NK-cell activity.* The Journal of Nutrition 2007; 137(1): 791-793.

⁷⁾ Dong H et al. *Immunomodulatory effects of a probiotic drink containing Lactobacillus casei Shirota in healthy older volunteers.* Eur J Nutr. 2013 Jan 10

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 Seriani 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: L. Lucchin

Segretario Generale: A. Caretto
 Tesoriere: Maria Rita Spreghini
 Consiglieri: R. Bianco, L. Caregaro Negrin, M. Di Sapia, L. Oteri, F. Sileo, M. Vincenzi

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

PROMETING

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

Tel. 0763.393621 - Fax 0763.344880

info@adiitalia.net - segreteria@adiitalia.net

www.adiitalia.net

Quote Sociali ADI

Pari a € 40,00 per le Lauree Triennali o € 70,00 per le Lauree Magistrali, 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

Si prega di segnalare alla Segreteria Delegata ADI Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 Orvieto (TR)

Tel. 0763.393621 - Fax 0763.344880) le variazioni di indirizzo, indicando la nuova destinazione, completa di codice di avviamento postale.

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). Il titolo del lavoro, il riassunto e le parole chiave vanno riportati anche in inglese.

RASSEGNE

Devono essere inviate in triplice copia e non superare le 30 pagine escluse tabelle, figure, bibliografia e riassunto. Il titolo della rassegna ed il riassunto vanno riportati anche in inglese.

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. Il titolo del caso clinico va riportato anche in inglese.

TABELLE E FIGURE

Le tabelle, numerate con numeri romani, devono essere corredate di didascalia. 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 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 alla redazione:

Mario Parillo

Responsabile UOC

Geriatrics, Endocrinologia, Malattie del Ricambio

AORN S. Anna e S. Sebastiano - Caserta

Tel. 0823.232348 - 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 PROMETING.

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 PROMEETING Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 ORVIETO (TR) - Tel. 0763.393621 - Fax 0763344880 - info@adiitalia.net

Quote sociali da versare **entro il 15 marzo** di ogni anno solare

- € 40,00 per le Lauree Triennali € 70,00 per le Lauree Magistrali

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 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 inviarci la ricevuta via fax al seguente numero: 0763.344.880 oppure via e-mail.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare

PROMEETING - 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