



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



ADI MAGAZINE

Rivista Scientifica dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

Federata FeSIN

Fondata nel 1997

da Eugenio DEL TOMA e Giuseppe FATATI

2

giugno
2016



COOPERATIVA ITALIANA DI RISTORAZIONE

80 milioni

di pasti all'anno



365 giorni

per raccontare il valore del cibo



www.cir-food.it

CIBO [●]ECULTURA

Per noi il cibo non è solo nutrimento, ma anche cultura, socialità, tradizione e innovazione. **Questa è la nostra idea di ristorazione: costruire il futuro, iniziando dalla tavola.**

ADI MAGAZINE

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

ADI MAGAZINE
Vol. XX n° 2 - Nuova Serie
GIUGNO 2016

Direttore Responsabile
Eugenio Del Toma

Direttore Scientifico
Mario Parillo

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

Segreteria di Redazione

Vivavoce
Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763.391751
Fax 0763.344880
e-mail: info@viva-voce.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 dietetologico, nutrizionistico
e di educazione alimentare

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

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

Sommario

IL MANTENIMENTO DEL PESO CORPOREO DOPO RIDUZIONE PONDERALE NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ N. CASTALDINI, M. L. PETRONI	67
ALIMENTAZIONE E SPORT, OTTIMIZZARE LA PRESTAZIONE ATTRAVERSO UN ADEGUATO SUPPORTO NUTRIZIONALE A. CALABRÒ, G. PIPICELLI	76
"LA GESTIONE INTEGRATA DELLE LESIONI DA PRESSIONE": DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO TEAM DIREZIONE SCIENTIFICA - F. ROCCHI, L. ROSSI, O. CASSIANI, S. COLOGNESE, C. MARINI	80
REPORT ANNUALE INERENTE ALLE ATTIVITÀ 2015 DEI GRUPPI DI STUDIO, PRESENTATI NELL'AMBITO DEL CORSO NAZIONALE ADI 2015 DI ROMA	84
FAGIOLO TONDINO DI VILLARICCA A. FUSCO, R. CAPRIELLO	117
VADEMECUM DI NUTRIZIONE CLINICA E DIETOLOGIA CARLO ORESTE CANGIANO	122
XXI CONGRESSO NAZIONALE ADI - VICENZA 20-22 OTTOBRE 2016	123
CALENDARIO	124

ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ONLUS

Presidente:	Antonio Caretto (Brindisi)	Responsabili Regionali
Past President:	Lucio Lucchin (Bolzano)	Aloisi Romana (Calabria)
Segretario Generale:	Lorenza Caregaro Negrin (Padova)	Arsenio Leone (Emilia Romagna)
Vice-Segretario Generale:	Barbara Paolini (Siena)	Bagnato Carmela (Basilicata)
Tesoriere:	Anna Rita Sabbatini (Milano)	Carbonelli Maria Grazia (Lazio)
Consiglieri:	Marco Buccianti (Follonica)	Lagattola Valeria (Puglia)
	Claudio Macca (Brescia)	Malvaldi Fabrizio (Toscana)
	Giuseppe Malfi (Cuneo)	Meneghel Gina (Veneto)
	Mariangela Mininni (Potenza)	Monacelli Guido (Umbria)
	Claudio Tubili (Roma)	Paciotti Vincenzo (Abruzzo)
Segreteria Delegata:	Vivavoce	Parillo Mario (Campania)
	Via Angelo da Orvieto, 36	Pedrolli Carlo (Trentino)
	05018 Orvieto (TR)	Petrelli Massimiliano (Marche)
	Tel. 0763.393621 Fax 0763.344880	Petroni Maria Letizia (Lombardia)
	segreteria@adiitalia.net	Pintus Stefano (Sardegna)
	www.adiitalia.net	Situlini Roberta (Friuli)
		Tagliaferri Marco (Molise)
		Trovato Giuseppe (Sicilia)
		Valenti Michelangelo (Piemonte-Valle d'Aosta)

La nutrizione, in ospedale, è parte integrante della terapia

CIR food con il patrocinio dell'Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo ha organizzato a Expo una tavola rotonda dal titolo **'La ristorazione sociosanitaria 2.0: nuovi servizi per un equilibrio tra esigenze e costi'**. Sul banco degli imputati sono saliti in questa occasione la spending review e i famigerati tagli del 5%, che sono stati il punto di partenza e l'occasione per fare un'analisi a 360° del settore in Italia. Con alla mano numeri, prospettive e una vision realistica e propositiva di tutti i soggetti interni e esterni al sistema, un nutrito panel di relatori si è confrontato con l'obiettivo di identificare le prospettive di miglioramento dei servizi ristorativi in ambito sociosanitario.

Ad aprire i lavori, l'intervento di **Salvatore Gioia - Presidente A.L.E. Associazione Lombarda Economi e Provveditori della Sanità** che ha sottolineato quanto la ristorazione sanitaria sia un settore strategico, perché è su di essa che si fonda la gran parte della qualità delle cure che si riesce ad erogare. Come tale, questo servizio deve essere preservato e sviluppato, perché rappresenta un asset importante per il Paese.

I numerosi provvedimenti dei Governi che si sono succeduti tra il 2012 e il 2013, in nome del risparmio, hanno indotto le amministrazioni ospedaliere ad applicare **tagli drastici**, a partire da una consistente riduzione delle giornate di degenza (5.200.000 negli ultimi due anni) fino all'**abbattimento del costo dei pasti**. Un trend confermato anche dalla evoluzione del valore delle prestazioni fra il 2010 e il 2014 che evidenzia una contrazione del 6%, con una perdita di circa 15 milioni di pasti nel periodo.

Gianluca Biglino Direttore Divisione Ristorazione Sociosanitaria di CIR food ha poi precisato come nel costo della giornata di degenza nelle strutture pubbliche il **servizio di ristorazione incide solo per l'1,5%**. Una quota marginale, a fronte dell'importanza che questa svolge per la salute dei pazienti, perché la nutrizione in ospedale è parte integrante della terapia. Questo servizio è a tutti gli effetti un elemento strategico e da tutelare, che va protetto dai rischi di tagli inopportuni, che andrebbero solamente a scapito dei cittadini.



Riprendendo il concetto dell'importanza di una corretta alimentazione per la salute dei pazienti, **il professor Lucio Lucchin, Past President di ADI,**

Associazione Italiana Dietetica e Nutrizione Clinica ha illustrato alcuni dati a sostegno di questa tesi. I numeri parlano di **35mila pazienti all'anno deceduti** di tumore negli ospedali italiani a causa della **malnutrizione** e non della patologia degenerativa per la quale erano stati ricoverati. Inoltre, sono ben **3 su 10 i pazienti che entrano in ospedale malnutriti** per difetto e che a causa di questo deficit allungano la degenza media del 46%, oltre ad avere complicanze di vario genere.

Il **Prof. Lucchin** ha poi sottolineato come in molti paesi europei, la fase di ricovero sia intesa come un **momento educativo** per il paziente che si trova in una situazione di **estrema ricettività e sensibilità**: viene quindi colta come opportunità per trasmettere messaggi di **educazione sanitaria**, tra cui ovviamente quelli alimentari. In Italia, riporta, siamo di tutt'altro avviso e l'obiettivo oggi è quello di accorciare il più possibile la degenza riducendo al minimo il costo del pasto e gli altri servizi ad esso connessi.

Sandra Zuzzi, Presidente FARE, Federazione Associazioni Regionali Economi e Provveditori della Sanità, ha voluto rimarcare invece come lo spirito iniziale della spending review non dovesse essere il taglio lineare delle risorse (come è successo in molti casi) bensì una revisione critica di ciò che era stato fatto, tesa a verificare la sostenibilità o meno dei livelli qualitativi dei servizi. Nel rimarcare questi aspetti, la Presidente ha invocato un cambio di mentalità nella gestione dei servizi di ristorazione ospedaliera nelle strutture pubbliche, suggerendo un ripensamento delle modalità di gestione per bilanciare qualità e sostenibilità.

Un punto di vista condiviso anche da **Anna Fiorenza, Consulente del Ministero dell'Economia e delle Finanze** che, nel definire non positiva la scelta dei tagli lineari, ha rimarcato la necessità di affrontare diversamente il concetto di riqualificazione della spesa, intesa come riorganizzazione di tutto il sistema sanitario. L'obiettivo non è quello di raggiungere il costo più basso, bensì quello ottimale e in grado di coniugare livelli di qualità maggiore spendendo un cifra corretta. La conclusione su quale sarà la ricetta per il futuro della ristorazione ospedaliera è spettata a **Davide Croce, Direttore del CREMS, Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC**. Un pasto poco appetibile, ha sottolineato, non conviene a nessuno, soprattutto in un Paese come l'Italia che sta registrando un drastico invecchiamento della popolazione, con la previsione di aumento di pazienti cronici nei prossimi anni. In questo contesto, si dovrebbe imporre e affermare un **modello di ristorazione socio sanitaria innovativa e 2.0** i cui punti principali sono: coniugare costi e qualità creando economie di scala, effettuare verifiche di qualità che permettano di premiare i soggetti erogatori del servizio, rendere più flessibili gli appalti e promuovere l'immagine del servizio offerto.

Per ulteriori approfondimenti vi invitiamo a visitare il sito:
www.ilgiornaledelcibo.it/ristorazione-sanitaria-convegno-ad-expo

IL MANTENIMENTO DEL PESO CORPOREO DOPO RIDUZIONE PONDERALE NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ

N. Castaldini¹, M. L. Petroni²

1 Direttore Sanitario - Primus Forlì Medical Center - GVM Care & Research - Forlì (FC) - Italia - 2 Presidente ADI Lombardia

Regolazione del peso corporeo

L'eccesso ponderale dipende da un protratto bilancio energetico positivo, risultato da uno squilibrio tra l'intake energetico (proveniente dall'alimentazione) e la spesa energetica totale (Total Energy Expenditure - TEE), a sua volta determinata grossolanamente dalla somma dell'energia spesa per il mantenimento delle funzioni vitali a riposo (Resting Energy Expenditure - REE), di quella legata alla termogenesi dovuta all'alimentazione e di quella necessaria allo svolgimento delle attività quotidiane (Non Resting Energy Expenditure - NREE).

In realtà, l'organismo umano presenta un grado di complessità che supera di gran lunga la semplice equazione sopra descritta, che pur sempre rimane valida. È noto da molti anni, infatti, come il peso corporeo di ciascun individuo tenda a rimanere stabile per lungo tempo; Khosha e Billewicz indicano una fluttuazione media dello 0.5% del peso in periodi di 6-10 settimane⁽¹⁾. Le prime evidenze dell'esistenza di un set point ponderale risalgono agli studi di Keys del 1950, che rilevò come, a seguito di una severa restrizione calorica conseguente a guerre o carestie, non appena disponibile nuovamente una congrua quantità di cibo, gli individui tendevano a riacquisire rapidamente il peso perso⁽²⁾. Sfortunatamente, come vedremo in seguito, questo destino molto spesso accomuna sia gli individui inizialmente normopeso a quelli inizialmente sovrappeso o obesi. Rifacendoci alla semplice equazione sopra riportata, questa stabilità ponderale può essere mantenuta attraverso il controllo dell'intake alimentare e/o della spesa energetica. Tradizionalmente, un ruolo centrale in questo processo è stato attribuito all'apporto alimentare. Tuttavia, è esperienza comune che un calo di peso corporeo ottenuto mediante un regime alimentare restrittivo sia in realtà inferiore rispetto a quanto ci si aspetterebbe da un mero ragionamento matematico sul deficit calorico applicato. Per contro, un incremento dell'introito alimentare produce un incremento di peso corporeo di norma inferiori rispetto al corrispondente apporto calorico. Queste differenze tra il reale ed il teorico suggeriscono che il dispendio energeti-

co venga sottoposto ad una regolazione parzialmente indipendente dall'effettivo apporto alimentare. A questo proposito, Leibel dimostrò come una riduzione del 10% del peso corporeo provocasse una contrazione di circa il 15% del Total Energy Expenditure; al contrario, un pari incremento ponderale comportasse un incremento del 16% del TEE. Tali variazioni, relative soprattutto alla componente "Non Resting" del dispendio energetico, sembra che perdurino per un tempo prolungato con il mantenimento del peso ad un livello diverso da quello iniziale⁽³⁾. Queste osservazioni consentirono di postulare l'esistenza di un set point che, al pari di quanto avviene per la temperatura corporea, mantiene il peso corporeo a un valore impostato, opponendosi sia al tendenziale incremento che al decremento. La sede anatomica fu individuata nell'ipotalamo.

Il set point adipostatico

In seguito a queste pioneristiche scoperte, la regolazione del peso corporeo è stata oggetto di numerosi studi e di nuove acquisizioni.

Esistono diversi fattori che contribuiscono alla determinazione del valore "di default" del peso corporeo; tra questi, sicuramente interviene la predisposizione genetica, alla quale si aggiunge il ruolo esercitato dall'educazione ricevuta e da alcuni eventi precoci di vita, anche fetale quindi con effetti epigenetici (peso della madre, peso alla nascita, ecc...)

Allo steady state, ovvero in condizioni di peso corporeo pari al valore di default, esiste un bilancio neutro tra apporto alimentare e spesa energetica totale. Al mantenimento di questo bilancio concorrono principalmente un sistema omeostatico di regolazione, la cui sede anatomica risiede tra nucleo arcuato ipotalamico, tratto caudale del tronco encefalico, porzioni corticali e sistema limbico. Questo centro è bidirezionalmente connesso con gli organi di senso, il tratto gastroenterico, il pancreas, il fegato, i muscoli ed il tessuto adiposo⁽⁴⁾. Numerosi ormoni e neuropeptidi sono coinvolti in questi complessi sistemi di regolazione. Tra questi, neuropeptide Y (NPY), Ghrelina e Gastric Inhibitory Polypeptide (GIP) esercitano effetto oressizzante; al

contrario, Pro-opiomelanocortina (POMC), Glucagon-like Peptide-1 (GLP-1), peptide YY (PYY), colecistochinina (CCK), insulina e leptina hanno effetto anoressizzante. Alcuni di questi sono anche in grado di modulare il dispendio energetico in entrambe le direzioni agendo direttamente sul sistema nervoso simpatico.

Oltre a questa regolazione omeostatica fisiologica, l'ipotalamo riceve afferenze provenienti dal cosiddetto "circuito edonico di ricompensa"⁽⁴⁾, a sede limbica, attraverso segnali - mediati dai sistemi dopaminergico, endocannabinoide e oppioide - attivati dalla palatabilità e dal piacere provocato dal cibo. In taluni casi, questo circuito sembra possa sovrastare la regolazione omeostatica, spingendo al consumo di cibi particolarmente graditi, spesso ad alta densità calorica, nonostante i segnali fisiologici di sazietà^(4,5). Peraltro, evidenze recenti sembrano attribuire agli acidi grassi saturi assunti con la dieta la capacità, mediata dalle cellule gliali, di indurre alterazioni della normale risposta alla leptina, con conseguenti alterazioni nell'assunzione di cibo⁽⁶⁾ (Figura 1).

Da ricordare come anche l'ambiente partecipi alla regolazione del peso corporeo, attraverso diversi aspetti, tutti prevalentemente condizionanti l'incremento ponderale, tanto da aver spinto alcuni autori a definire "obesogenico" l'ambiente in cui tutti viviamo. Tra questi fattori ambientali vi sono la pressione mediatica verso il consumo di cibo ad alta densità calorica e la sua grande disponibilità, l'aumento progressivo nelle dimensioni delle porzioni, lo stimolo all'appetito compensatorio rispetto allo stress psicofisico al quale siamo sottoposti, a cui contribuisce la scarsità o mancanza di attività fisica, favorita dalla diffusione degli impieghi sedentari. Da ultimo, una costellazione di fattori minori ma non per questo meno importanti, tra cui l'inquinamento (con i cosiddetti distruttori endocrini), la privazione di sonno, alcuni farmaci, che in molti casi contribuiscono all'incremento ponderale in modo non percepito (e dunque non ostacolato o compensato)⁽⁷⁾.

Adattamenti fisiologici al calo ponderale

Con l'istituzione di un persistente bilancio calorico negativo, si innesca una serie complessa ed articolata di processi che tenderanno a riportare il peso corporeo al set point. In primis, questi processi intervengono nell'aumentare l'appetito (e con questo l'introito calorico), attraverso l'incremento dei valori circolanti degli ormoni oressizzanti - tra cui ghrelina e polipeptide inibitorio gastrico (GIP) -

nonché la riduzione contemporanea degli ormoni leptina, PYY, colecistochinina, insulina e GLP-1. Tali variazioni, peraltro, risultano molto persistenti dopo il calo di peso iniziale, anche oltre un anno⁽⁸⁾. All'incremento dell'appetito mediato da ormoni gastroenterici può sommarsi anche quello mediato dal circuito edonico della ricompensa. È stato suggerito che i soggetti obesi presentino una ridotta attivazione delle vie dopaminergiche, con conseguente tendenza all'eccesso dietetico⁽⁹⁾.

Infine, come accennato, esiste una regolazione della spesa energetica conseguente ad un calo di peso, che si realizza attraverso un miglioramento dell'efficienza energetica ed una riduzione dell'attività metabolica. Anche queste variazioni, come quelle precedentemente ricordate, tendono a persistere a distanza di tempo dopo il calo di peso iniziale. In particolare, nei pazienti post-obesi è stato riscontrato da alcuni autori⁽¹⁰⁾ un aumento del quoziente respiratorio, ossia una ridotta capacità di ossidare i lipidi, ma non da altri⁽¹¹⁾.

Tutti i meccanismi sopra menzionati concorrono a una crescita compensatoria del bilancio calorico fino a valori positivi, che si oppongono alla restrizione calorica.

Il quoziente respiratorio è stato dimostrato essere un fattore predittivo di recupero ponderale dopo dieta fortemente ipocalorica⁽¹²⁾. Una bassa ossidazione lipidica postprandiale è stata dimostrata predire il riaccumulo di tessuto adiposo in donne post-obese in età premenopausale⁽¹³⁾.

Il weight loss

È noto come una riduzione ponderale di circa il 10% (5-10%) rispetto al peso iniziale, indipendentemente dal rientro o meno a valori di BMI normali, esercita un effetto positivo sulla salute ed in particolare sul rischio di malattie cardiovascolari e di diabete⁽¹⁴⁾. Pertanto, questo è l'obiettivo più concreto per migliorare la salute e l'aspettativa di vita dei soggetti obesi.

La maggioranza degli individui in sovrappeso o obesi ha tentato almeno una volta nella vita di perdere peso. Il 63% dei soggetti obesi partecipanti ad uno studio di popolazione negli Stati Uniti ha dichiarato di aver tentato di perdere peso almeno una volta soltanto negli ultimi 12 mesi⁽¹⁵⁾.

Perdere peso rappresenta un risultato possibile, anche per un obeso. Esistono dati molto vari nelle diverse casistiche. Nel Diabetes Prevention Program, il calo ponderale medio è di 7 Kg (circa il 7%)

in 6 mesi, 6 Kg dei quali mantenuti per almeno un anno⁽¹⁶⁾. Stando ai dati del National Weight Control Registry (NWCR), che dal 1994 annovera e monitora volontari maggiorenni obesi che abbiano perso peso (almeno 13,6 Kg) e lo abbiano mantenuto per almeno un anno, la perdita media di peso tra gli iscritti è di 33 Kg. Il calo di peso pari ad almeno i 13,6 Kg richiesti per rientrare nel registro viene mantenuto in media per 5,7 anni. Circa il 55% dei soggetti ha scelto un calo di peso assistito da professionisti, mentre il restante 45 % ha raggiunto il risultato in autonomia. In entrambi i casi, l'associazione di dieta bilanciata ed attività fisica rappresenta l'approccio adottato dalla quasi totalità dei soggetti monitorati (89%); nell'ambito dell'attività fisica, la camminata rappresenta la scelta di gran lunga più comune (Figura 2). Solamente il 10%, invece, ha adottato una strategia unicamente di tipo nutrizionale⁽¹⁷⁾. La chirurgia bariatrica rappresenta allo stato attuale l'intervento terapeutico più efficace nel ridurre il peso corporeo nei soggetti obesi; secondo i vari studi, si registrano percentuali di riduzione ponderale variabile dal 15-30% per il bendaggio gastrico⁽¹⁸⁾, al 20-40% per il by-pass gastrico⁽¹⁹⁾. Peraltro, pare che questi risultati siano mantenuti anche a distanza di anni dalla procedura chirurgica, grazie ad un sovvertimento dei processi fisiologici di controllo del peso corporeo rispetto al valore di set point. La drastica riduzione ponderale ottenuta con la chirurgia si riflette in una netta diminuzione della morbidità associata all'obesità^(20,21); in particolare, sembra che il by-pass gastrico possa risolvere fino all'80% dei casi di diabete mellito di tipo 2 già a partire da pochi giorni dopo la procedura⁽²²⁾.

La chirurgia bariatrica è tuttavia limitata ad una popolazione ristretta e selezionata rispetto alla popolazione degli obesi, che ha proporzioni pandemiche. Pertanto, è necessario applicare strategie alternative, più adatte ad una diffusione ed applicazione di massa.

Fortunatamente, è evidente come sia possibile perdere peso in modo adeguato attraverso programmi di tipo comportamentale e cognitivo-comportamentale. Attingendo nuovamente dalla casistica di Nicklas e coll., il 40% dei soggetti obesi che avevano tentato di perdere peso nel corso dei 12 mesi precedenti era riuscito a perdere almeno il 5% del peso iniziale, mentre il 20% di loro era arrivato ad almeno il 10%⁽¹⁵⁾. In generale, considerando le casistiche di vari studi si evince come i programmi comportamentali - che abbinano dieta equilibrata, attività fisica ed eventuale supporto psicologico-motivazio-

nale - consentano di ottenere un calo ponderale di circa il 7-10% di peso entro i primi 6 mesi circa di trattamento. Purtroppo, molto spesso si osserva un re-incremento di peso dopo il calo iniziale, il cosiddetto "weight regain".

La terapia farmacologica rappresenta uno strumento potenzialmente di estrema utilità nella terapia integrata dell'obesità, sia nella fase di weight loss (dove si associa ad una maggiore riduzione ponderale rispetto alla sola terapia dietetico-comportamentale⁽²³⁾), che nella fase di weight maintenance, anche utilizzata intermittentemente secondo necessità per prevenire il weight regain⁽²⁴⁾. L'efficacia additiva della terapia farmacologica è stata dimostrata anche in pazienti che hanno effettuato una terapia cognitivo-comportamentale condotta secondo i migliori standard di cura⁽²⁵⁾. Al momento in Italia sono approvati per la terapia dell'obesità l'orlistat e - di recentissima introduzione - la liraglutide. Questi farmaci sono tuttavia a totale carico del paziente dal punto di vista del costo e questo, oltre agli effetti collaterali prevalentemente di carattere gastro-intestinale, ne limita per ora l'utilizzo a pazienti selezionati. Sull'efficacia della terapia con nutraceutici sono disponibili per il momento solo dati parziali e pertanto queste terapie non hanno una sufficiente evidenza per essere raccomandate.

Determinanti comportamentali e cognitivi associati al weight regain

Il "weight regain", ovvero il recupero del peso corporeo perso dopo una volontaria contrazione del bilancio energetico, è un evento molto frequente e frustrante, sia per i pazienti che per i terapeuti.

Rifacendoci a Wing e Hill, definiamo come "weight loss maintainers" (WLM) coloro i quali abbiano intenzionalmente perso almeno il 10% del proprio peso corporeo iniziale e abbiano mantenuto il nuovo peso per almeno un anno⁽²⁶⁾. Secondo la sua casistica e coerentemente con questa definizione, solo circa il 25% dei soggetti obesi riescono a mantenere il peso corporeo perso.

A questo proposito, sono interessanti i risultati di uno studio prospettico realizzato da Byrne e coll., intervistando e seguendo per un anno circa 50 donne obese che erano riuscite a perdere almeno il 10% del peso iniziale⁽²⁷⁾. Il 40% di queste ha mantenuto il peso perso ("Maintainers"), il 18% del campione ha continuato a perdere peso ("Reducers"), in contrasto, il 42% ha ripreso più di 3,2 Kg ("Regainers").

Indipendentemente dalle percentuali rilevate nei

diversi studi, appare chiaramente come, a fronte di un calo di peso anche significativo, in una larga parte dei soggetti dimagriti si assiste ad un recupero del peso perso, mentre un'altra parte riesce a mantenere quanto perso e pochi continuano a perdere peso.

Partendo dalle considerazioni sopra esposte, sono stati fatti numerosi confronti tra le due popolazioni - Maintainers e Regainers - per tentare di individuare possibili differenze alla base del diverso destino del peso corporeo.

Sono emersi numerosi aspetti che potrebbero determinare il regain, fondamentalmente di tipo comportamentale. Infatti, come illustrato in precedenza, ogniqualvolta si realizza un calo di peso, l'organismo attiva una serie articolata di risposte - fisiologiche e involontarie - che tendono a contrastare l'ulteriore contrazione ponderale ed a ristabilire il peso precedente. Tali meccanismi non sembrano essere superabili, almeno senza sottoporsi a procedure chirurgiche. Pertanto, salvo che si assista in futuro alla introduzione di terapie farmacologiche efficaci e di costo sostenibile, l'unico modo non chirurgico di compensare questa "contro-regolazione" sembra essere l'adozione ed il mantenimento di comportamenti virtuosi, che nel tempo contrastino il tendenziale regain.

Alimentazione

Tra questi, il principale e imprescindibile elemento è il mantenimento costante di un regime alimentare controllato ipocalorico, onde mantenere un bilancio energetico lievemente negativo e compensare il tendenziale aumento generato dal set point adipostatico⁽²⁷⁾. Non sembra esserci a questo proposito una strategia vincente per tutti: in alcuni pazienti con maggiore tendenza alla disinibizione alimentare il regolare mantenimento di un regime alimentare controllato per tutta la settimana sembra essere preferibile rispetto alla strategia di adottare un approccio più restrittivo durante la settimana rispetto al weekend o alla vacanza, mentre per altri pazienti è vero il contrario. Anche la composizione della dieta utilizzata sia nella fase di weight loss che nel mantenimento può rappresentare un elemento connesso al rischio di regain. Da uno studio realizzato su una ventina di adulti obesi, pare che un regime alimentare a ridotto contenuto di carboidrati, piuttosto che di grassi, possa in un qualche modo proteggere dal recupero del peso perso⁽²⁸⁾, verosimilmente a causa dello shift verso l'ossidazione dei carboidrati a sfavore della ossidazione lipidica osservata durante la fase di mantenimento del peso.

Attività fisica

Intuitivamente, al pari del mantenimento di un regime alimentare controllato, anche la pratica di regolare attività fisica è inversamente correlata al weight regain. Tra le pratiche più comuni nei maintainers sembra esserci la semplice camminata (praticata da oltre il 75% dei membri registrati al National Weight Control Registry). Un ruolo particolarmente importante sembra anche essere rappresentato dalla attività fisica di intensità moderata-intensa praticata per periodi uguali o superiori ai 10 minuti⁽²⁹⁾.

Tuttavia anche nelle persone con bassi livelli di attività fisica è possibile mantenere il peso nel tempo dando una maggiore attenzione alle strategie dietetiche⁽³⁰⁾.

Auto-controllo del peso corporeo

Importante sembra anche essere il regolare e frequente controllo del peso corporeo. Rifacendoci ancora ai soggetti iscritti al National Weight Control Registry, che sono a pieno titolo dei Weight Maintainers, risulta che il 45% circa di loro sia solito pesarsi almeno una volta al giorno, il 31% almeno una volta a settimana. Questo regolare controllo sembra utile nell'intercettare precocemente eventuali incrementi ponderali, meritevoli di intervento correttivo. Uno studio clinico randomizzato ha dimostrato l'efficacia di un metodo basato sul controllo settimanale del peso e l'adozione della cosiddetta "strategia del semaforo"⁽³⁰⁾. Questa prevede misure correttive in caso di aumento del peso oltre il range di oscillazione fisiologica definita come "semaforo verde". Il metodo prevede una prima fase di auto-correzione ("semaforo giallo") ed una seconda fase di supporto da parte di un operatore professionale nel caso in cui l'autocorrezione non risultasse sufficiente ("semaforo rosso"). In quest'ambito, sono stati rilevati migliori risultati in coloro per i quali erano previste in caso di necessità sedute di counseling somministrate vis-a-vis (54,3% di maintainers a 18 mesi) rispetto a coloro nei quali il counseling avveniva via e-mail (45,2% di maintainers); nel gruppo di controllo che non prevedeva il controllo periodico del peso e che riceveva solo indicazioni generiche i maintainers risultavano essere solo il 27,6%.

Fattori psicologici

Un potente predittore diretto ed indipendente di weight regain, emerso dallo studio di Byrne precedentemente citato, è il cosiddetto pensiero dicotomico⁽²⁷⁾. Questo tipo di pensiero tende a considerare in modo netto le cose - bianche o nere, buone o cattive - senza

vie di mezzo. Questo atteggiamento rappresenta un pericolo di perdita di controllo sullo stile di vita nel caso di piccole concessioni alimentari, che potrebbero innescare l'abbandono completo dell'approccio virtuoso. Peraltro, la modalità dicotomica del pensiero è spesso associata ad altre problematiche di carattere psicologico - ansia, depressione, disturbi del comportamento alimentare - che spesso influiscono negativamente sul controllo del peso.

Anche alti livelli di disinibizione alimentare, misurati con una sottoscala dell'Eating Inventory Scale, sono risultati direttamente associati al rischio di weight regain in relazione alla facilità di perdita del controllo sull'intake alimentare conseguente⁽³²⁾. Analoghe considerazioni valgono per la depressione.

Molto importante è anche l'abilità individuale a controllare i meccanismi di ricompensa connessi all'assunzione del cibo, che vengono potenziati dal calo ponderale e possono mantenersi anche per lungo tempo dopo l'iniziale perdita di peso.

Un approccio pratico al mantenimento del peso corporeo perso

Esistono moltissimi modelli, teorie, approcci alla perdita del peso corporeo ed al suo mantenimento. Ciò nonostante, i dati relativi alla percentuale di persone con un peso corporeo eccessivo - sovrappeso o obesi - che riescono effettivamente a perdere peso ed a mantenere tale riduzione nel tempo sono poco incoraggianti.

Partendo dall'analisi della letteratura relativa ai fattori determinanti coinvolti nella fase di mantenimento del peso corporeo in coloro i quali si sottopongono a percorsi volontari di dimagrimento, abbiamo individuato un metodo che riteniamo interessante proporre nella pratica clinica quotidiana. È stato messo a punto dal Dottor Levenson, medico internista che da oltre 25 anni si dedica alla gestione dei pazienti sovrappeso o obesi, specie nella fase di mantenimento⁽³³⁾.

L'approccio è pratico, facile da seguire. Si ispira alla strategia del semaforo in precedenza descritta da Wing e Rena⁽³¹⁾, ma nell'ambito di un approccio psicologico olistico. Innanzitutto, consiglia di scegliere degli obiettivi ragionevoli e flessibili, partendo proprio dalla fase di weight loss e concentrandosi su step progressivi di 2,5 Kg alla volta. Ideale è una riduzione complessiva del 5-10% del peso iniziale. Raggiunto l'obiettivo - già sufficiente a migliorare sensibilmente lo stato di salute ed a ridurre le comorbidità associate - assestarsi o proseguire con le eventuali ulteriori risorse rimaste.

Meglio evitare di darsi delle scadenze temporali entro le quali ridurre il peso. Infatti, seguendo in modo attento il programma di alimentazione ed attività fisica prescritti, si perderà il peso in eccesso alla massima velocità possibile rispetto ai limiti fisiologici precedentemente ricordati. Aspettarsi cali più repentini, peraltro non realizzabili, non farebbe altro che provocare pericolose ansie e frustrazioni, controproducenti rispetto all'obiettivo. Il terapeuta deve essere consapevole che le aspettative non corrisposte possono indurre ad abbandono del programma di riduzione ponderale da parte del paziente⁽³⁴⁾, ma al contempo aiutare lo stesso a riconoscere i benefici sulla salute fisica e psicologica ottenibili già con moderate perdite di peso.

La parola chiave di questo metodo è *mindfulness*, consapevolezza; è l'elemento che deve guidare costantemente le scelte ed i comportamenti del soggetto alla ricerca del mantenimento del peso perso. Infatti, spesso si hanno grandi e forti motivazioni a perdere peso e queste spesso consentono di raggiungere obiettivi anche ambiziosi, ovviamente se supportati da un adeguato programma di alimentazione e di attività fisica, prescritti da personale medico e sanitario competente. Spesso, invece, nella fase di mantenimento questa motivazione tende a diminuire. La ragione principale di questo fenomeno è la diversa durata dei due percorsi; infatti, mentre la fase di weight-loss ha una durata finita, più o meno lunga che sia, quella di mantenimento è, al contrario, il lavoro di una vita, che non avrà mai fine. Ecco perché il primo consiglio concreto che viene fornito è quello di stilare un elenco di motivazioni che spingono il soggetto a mantenere il peso perso; una volta fatto, è opportuno rivedere questo elenco una volta a settimana, apportando le eventuali modifiche. Altro elemento che spinge spesso al fallimento della fase di weight-maintenance è legato a particolari fattori di carattere psicologico, che giocano un ruolo chiave nel condizionare l'andamento del peso corporeo (Figura 3), ai quali il metodo proposto riserva grande attenzione nella valutazione e nella gestione.

Una volta raggiunto il peso desiderato, il metodo del Dr. Levenson propone di introdurre un giorno a settimana nel quale concedersi un minimo di libertà alimentare rispetto alla dieta prescritta. Viene suggerito di adottare una sorta di soglia di tolleranza di 1,3 Kg entro i quali consentire oscillazioni del peso. Pesandosi tutti i giorni - o comunque almeno 3 volte a settimana - si potrà facilmente valutare l'adeguatezza del nuovo regime alimentare. Se,

infatti, il peso rimane entro la soglia di tolleranza, si può mantenere un rapporto di 6:1 tra giorni di dieta attenta e giorni di sensibile libertà alimentare. Addirittura, si può gradualmente passare ad un rapporto di 5:2. Se, al contrario, il peso supera la soglia di sicurezza di 1.3 Kg, allora occorre ritornare ad osservare diligentemente la dieta weight loss tutti i giorni fino a perdere nuovamente l'eccesso ponderale accumulato. Infatti, l'obiettivo della fase di mantenimento non è tanto prevenire il weight regain, piuttosto è perdere il peso riacquisito.

Purtroppo, come ampiamente documentato in letteratura, molte persone non riescono comunque a mantenere il peso perso. Se, pertanto, non si riesce a riprendere il famoso 1.3 Kg di peso recuperato, non occorre sviluppare sentimenti di frustrazione o di scoraggiamento. Si deve semplicemente ammettere che in quel momento non è possibile, aumentando il target peso corporeo di 1.3 Kg, proseguendo con dieta e attività fisica.

Il metodo si applica anche nella gestione delle cosiddette "occasioni speciali", ovvero quelle giornate nelle quali si festeggiano ricorrenze come compleanni, anniversari, feste comandate, ecc... Tali giornate spesso rappresentano una vera e propria occasione di "ricaduta" per l'obeso che ha perso peso. Il consiglio è molto semplice e si rifà al concetto della consapevolezza. Pianificando in anticipo questi giorni speciali, il Dr. Levenson propone una sorta di deposito di calorie. Riducendo l'introito calorico giornaliero abituale, mediamente di 500 Kcal/die, a partire da qualche giorno prima rispetto a ciascuna di tali occasioni, il soggetto potrà disporre di un credito calorico da consumare nell'occasione speciale, senza andare incontro ad incrementi ponderali significativi. Peraltro, viene consigliato di consumare piccole porzioni di cibo a ridotto contenuto calorico prima dell'evento speciale (pane e formaggio light, albumi sodi e nocciole, ecc...), in modo da arrivare non troppo affamati e ridurre così l'introduzione di cibi a più alta densità calorica.

Oltre a questi suggerimenti pratici, il Dottor Levenson tratta ampiamente la sfera emotiva del soggetto con problemi di peso e, in questo, parte da un punto fondamentale: quello di mettere al centro di tutto il soggetto che sta combattendo una dura battaglia contro il suo peso, convinti che sia molto più facile perdere peso che mantenere il peso perso nel tempo. Il soggetto viene invitato a guardare a se stesso come ad una persona nello specchio (il cosiddetto "esercizio dell'uomo nello specchio"), trattando se stessi nello stesso modo con cui si tratterebbe una persona

cara in difficoltà nel corso di una dura battaglia contro un problema di salute. Dolcezza e comprensione verso se stessi sono elementi indispensabili per riuscire a mantenere il peso. Al contrario, sentimenti come autocritica, colpa, vergogna - molto frequenti soprattutto quando non si riesce a tenere sotto controllo il peso - non fanno altro che peggiorare la situazione, generando una spirale viziosa che rende molto difficile se non impossibile realizzare l'obiettivo. Per mantenere il giusto approccio, anche psicologico, il metodo prevede esercizi di meditazione e rilassamento, nonché la ripetizione il più possibile dell'"uomo nello specchio".

Viene ripetutamente consigliato di eseguire regolarmente esercizi di meditazione e di rilassamento, che permettano di ridurre i sentimenti negativi come ansia, frustrazione, autocritica e comunque la maggior parte dei cosiddetti ostacoli non fisici al mantenimento del peso (Figura 3), che spesso rappresentano un trigger psicologico potente e molto comune che innesci l'abbandono del programma, con la conseguente ripresa del peso senza controllo.

Conclusioni

Il mantenimento del peso perso dopo calo ponderale rappresenta una delle principali sfide che i dietologi devono affrontare nella loro pratica clinica. La conoscenza dei meccanismi fisiopatologici, comportamentali e psicologici che caratterizzano i processi della perdita e del recupero del peso è indispensabile per pianificare strategie di successo. Le tecniche di automonitoraggio (regola del "semaforo"), le tecniche di mindfulness e una regolare attività motoria rappresentano strumenti preziosi per aiutare i pazienti in questa delicata fase, che può durare anni. A queste potranno auspicabilmente affiancarsi in futuro le terapie farmacologiche, anche assunte in maniera intermittente secondo necessità.

Bibliografia

1. Khosha T., Billewicz WZ. Measurement of changes in body weight. *British Journal of Nutrition*, 1964, 18: 227-170
2. Keys A., Brozek J, Henschel A. (1950) The biology of human starvation. University of Minnesota press, Minneapolis. MN.
3. Leibel R.L, Rosenbaum M, Hirsch J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. *NEJM*. 332: 621-628.
4. Lenard N.R., Berthoud H-R. (2008). Central and peripheral regulation of food intake and physical activity: pathways and genes. *Obesity*. 16 (Suppl. 3): S11-S22.
5. Egecioğlu E. et al. Hedonic and incentive signals for body weight control. *Rev Endocr Metab Disord* 2011; 12: 141-151.

6. Valdearcos M, Robblee MM, Benjamin DI, Nomura DK, Xu AW, Koliwad SK. Microglia dictate the impact of saturated fat consumption on hypothalamic inflammation and neuronal function. *Cell Rep* 2014; 9: 2124-2138.
7. McAllister EJ, Dhurandhar NV, Keith SW, ARonne LJ, Baskin M et al. Ten putative contributors to the obesity epidemic. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2009; 49: 868-913.
8. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, Purcell K, Shulkes A, Kriketos A et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Eng J Med* 2011; 365: 1597-1604.
9. Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W et al. Brain dopamine and obesity. *Lancet* 2001; 357: 354-357.
10. Filozof CM, Murúa C, Sanchez MP, Brailovsky C, Perman M, Gonzalez CD, Ravussin E. Low plasma leptin concentration and low rates of fat oxidation in weight-stable post-obese subjects. *Obes Res*. 2000; 8: 205-10.
11. Weinsier RL, Nelson KM, Hensrud DD, Darnell BE, Hunter GR, Schutz Y. Metabolic predictors of obesity: contribution of resting energy expenditure, thermic effect of food, and fuel utilisation to four-year weight gain of post-obese and never-obese women. *J Clin Invest* 1995; 95: 980-985.
12. Valtuena S, Salas-Salvado J, Lorda PG. The respiratory quotient as a prognostic factor in weight-loss rebound. *International Journal of Obesity* 1997; 21, 811-817.
13. Ellis AC, Hyatt TC, Gower BA, Hunter GR. Respiratory Quotient Predicts Fat Mass Gain in Premenopausal Women. *Obesity* 2010; 18: 2255-2259.
14. National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in the adults; The evidence report. *Obes Res* 1998; 6 (suppl): S1S-21S.
15. Niklas JM, Huskey KW, Davis RB, Wee CC. Successful weight loss among obese US adults. *Am J Prev Med* 2012; 42: 481-485.
16. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Eng J Med* 2002; 346: 393-403.
17. Wyatt HR, Grunwald GK, Mosca CL, Klem M, Wing RR, Hill JO. Long-term weight loss and breakfast in subjects in the National Weight Control Registry. *Obes Res* 2002; 10: 78 - 82.
18. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K et al. Bariatric surgery: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2004; 292: 1724-1737.
19. Cummings DE, Overduin J, Foster-Schubert KE. Gastric bypass for obesity: mechanisms of weight loss and diabetes resolution. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 2608-2615.
20. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357: 753-761.
21. Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357: 741-752.
22. Rubino F. Bariatric surgery: effects on glucose homeostasis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9: 497-507.
23. Astrup, Arne, et al. "Effects of liraglutide in the treatment of obesity: a randomised, double-blind, placebo-controlled study." *The Lancet* 374.9701 (2009): 1606-1616.
24. Wirth, Alfred, and Jutta Krause. "Long-term weight loss with sibutramine: a randomized controlled trial." *Jama* 286.11 (2001): 1331-1339.
25. Wadden, Thomas A., et al. "Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity." *New England Journal of Medicine* 353.20 (2005): 2111-2120.
26. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance. *Annu Rev Nutr* 2001; 21: 323-341.
27. Byrne S, Cooper Z, Fairburne CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Beh Res Th*. 2004 Nov; 42 (11): 1341-56.
28. Ebbeling CB, Swain JF, Feldman HA, Wong WW, Hachey DL, Garcia-Lago E et al. Effects of dietary composition on energy expenditure during weight-loss maintenance. *JAMA* 2012; 307: 2627-2634.
29. Catenacci VA, Grunwald GK, Ingebrigtsen JP, Jakicic JM, McDermott MD, Phelan S, Wing RR, Hill JO, Wyatt HR. Physical activity patterns using accelerometry in the National Weight Control Registry. *Obesity* 2011; 19: 1163-70.
30. Catenacci VA, Odgen L, Phelan S, Thomas JG, Hill J, Wing RR, Wyatt H. Dietary habits and weight maintenance success in high versus low exercisers in the National Weight Control Registry. *J Phys Act Health*. 2014; 11: 1540-8.
31. Wing, Rena R., et al. "A self-regulation program for maintenance of weight loss." *New England Journal of Medicine* 355.15 (2006): 1563-1571.
32. Stunkard AJ, Waterland RA. The three-factor eating questionnaire-eating inventory. In: St. Jeor ST, ed. *Obesity assessment: tools, methods, interpretation*. New York: Chapman and Hall, 1997; 343-51.
33. *Maintaining your weight loss; a mindfulness-based guide to the adventure of a lifetime*. David Levenson.
34. Dalle Grave R, Calugi S, Compare A, El Ghoch M, Petroni ML, Tomasi F, Mazzali G, Marchesini G. Weight Loss Expectations and Attrition in Treatment-Seeking Obese Women. *Obes Facts*. 2015; 8 (5): 311-8.

Figura 1. Modificato da F L Greenway1. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *International Journal of Obesity* (2015) 39, 1188-1196; doi: 10.1038/ijo.2015.59

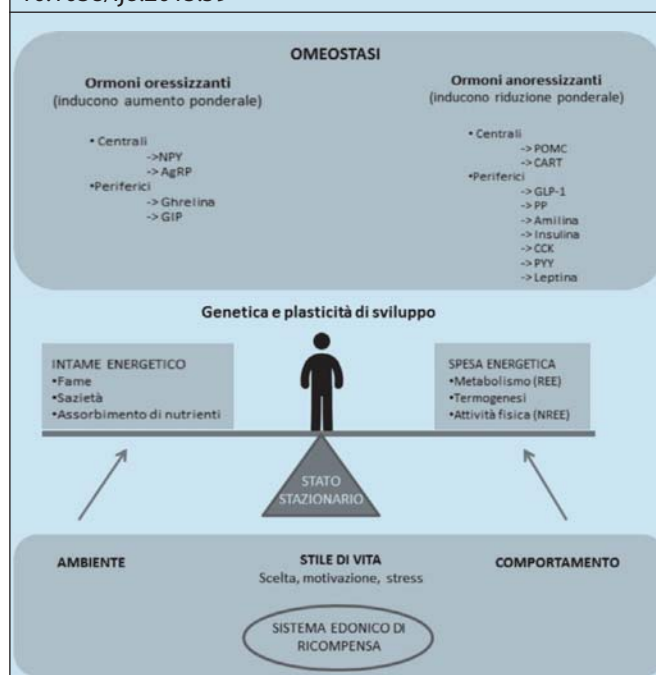


Figura 2. Modificato da Wing, Rena R., and James O. Hill. "Successful weight loss maintenance." Annual review of nutrition 21.1 (2001): 323-341

ATTIVITA'	% RIPORTATA DI COINVOLGIMENTO
Camminata	76.6
Bicicletta	20.6
Sollevamento pesi	20.3
Esercizio aerobico	17.8
Corsa	10.5
Salire di scale	9.3

Figura 3. Modificato da "Maintaining your weight loss; a mindfulness-based guide to the adventure of a lifetime". David Levenson

Ostacoli non fisici al mantenimento del peso	
• Autocritica • Colpa • Vergogna • Paura di fallire • Sentimento di privazione • Sabotaggio intenzionale • Sabotaggio non intenzionale • Pensiero dicotomico	• Pensare che le persone magre possano mangiare ciò che vogliono • Negazione • Razionalizzazione • Procrastinazione • Ostacolo del «nuovo tentativo»

Figura 4. Modificato da "Maintaining your weight loss; a mindfulness-based guide to the adventure of a lifetime". David Levenson

Metodo Levenson per Weight-Maintainance	
• Stabilire peso target ragionevole • Dieta di mantenimento e attività fisica regolare • Accettare oscillazioni fisiologiche di 1,3 Kg • Controllo quotidiano del peso corporeo • Se peso stabile, inserire una giornata a settimana di attenta libertà alimentare	• Se il peso si mantiene stabile, valutare se inserirne una seconda • Mantenere il peso entro l'oscillazione fisiologica, eventualmente ritornando a dieta di mantenimento 6 giorni su 7 o 7 su 7 • Una volta ritornati al peso target, valutare se reintrodurre una giornata di attenta libertà alimentare

APPROCCIO METABOLICO ALLA MALNUTRIZIONE DELL'ANZIANO

AMINOACIDI ESSENZIALI MODULATORI DELLE SINTESI PROTEICHE
PER PRESERVARE LA MASSA MUSCOLARE



AMINOTROFIC®
30 buste da 5,5 g

AMINOTROFIC® R
14 buste da 5,5 g

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

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

ALIMENTI DIETETICI DESTINATI A FINI MEDICI SPECIALI

BREVETTO EUROPEO 948373

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



AMINOGLUTAM®
30 buste da 25 g

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

AMINOGLUTAM® NG
30 buste da 25 g
PER NUTRIZIONE ENTERALE

ALIMENTI DIETETICI DESTINATI A FINI MEDICI SPECIALI

ALIMENTAZIONE E SPORT, OTTIMIZZARE LA PRESTAZIONE ATTRAVERSO UN ADEGUATO SUPPORTO NUTRIZIONALE

A. Calabrò*, G. Pipicelli

*Dietista, Dottore in Scienze delle Attività Motorie e Sportive

La via del successo di ogni sportivo, amatore o agonista che sia, passa obbligatoriamente attraverso una serie di step, che, se intersecatisinergicamente tra di loro, possono portare al tanto ambito miglioramento della prestazione atletica.

Un ruolo molto importante, ai fini del miglioramento di tale performance, è ricoperto sicuramente dall'alimentazione⁽¹⁾.

Già nell'antica Grecia, nel V secolo A.C. il medico e atleta Ikkos da Taranto, intuì che il miglioramento dei risultati sportivi, dei propri allievi, potesse essere influenzato anche da un adeguato regime dietetico. Fu così che decise di sviluppare dei particolari piani alimentari, da far seguire ai propri atleti durante gli allenamenti e nei giorni di gara. Queste intuizioni e queste innovative strategie dietetiche, per quel tempo, gli garantirono l'appellativo di "primo fondatore della scienza dell'alimentazione applicata allo sport", appellativo che fu confermato successivamente persino da Platone e Pausania⁽²⁾.

La vittoria della 62esima Olimpiade, da parte di Eurimene di Samo, pugile greco del VI secolo A.C., secondo molti studiosi di quel tempo, è da attribuirsi soprattutto al particolare regime alimentare impostato dal suo maestro Pitagora, il quale prescrisse al giovane atleta una dieta ricca in proteine animali al posto della consueta alimentazione, che per i partecipanti agli agoni olimpici di quel periodo era esclusivamente a base di fichi e formaggio⁽³⁾.

Oggi più di prima, grazie all'evoluzione di materie, (quali le scienze dell'allenamento, biochimica dell'esercizio fisico e della nutrizione, fisiologia della nutrizione e dello sport) l'alimentazione ha ricoperto un ruolo sempre più di prestigio nelle preparazioni sportive di agonisti ed amatori di tutte le discipline sportive.

Purtroppo, di pari passo alle innumerevoli scoperte e innovazioni in ambito nutrizionale, sono nati innumerevoli falsi miti, molti dei quali senza il benché minimo fondamento scientifico. Errori, frutto spesso di fantomatici "esperti dell'alimentazione", che nonostante il non possesso delle competenze accademiche non solo specifiche, ma anche semplicemente di base, il più delle volte si sostituiscono alle apposite figure professionali preposte ad elaborare un corretto piano nutrizionale dell'atleta nel

rispetto dei sistemi energetici, del gesto atletico e della fisiologia e biochimica dello sport e dell'alimentazione.

Dunque, con la volontà di fare un po' di chiarezza, di seguito elencheremo alcune linee guida generali che possono essere utili a tutti gli sportivi, indipendentemente dal tipo di disciplina sportiva e del livello con la quale essa viene praticata.

Linee guida generali

- **Incremento calorico:** L'attività fisica, moderata o intensa, senza ombra di dubbio aumenta il dispendio energetico⁽⁴⁾, influenzando mediamente del 15-30% sul fabbisogno calorico giornaliero⁽⁵⁾. Bisogna inoltre sottolineare che il metabolismo basale di un soggetto sportivo, è maggiore rispetto a quello di un soggetto di pari peso che non pratica nessuna attività^(6, 7) per una maggiore presenza di massa magra^(8, 9) e per gli effetti dell'EPOC (Excess Post Oxygen Consumption)⁽¹⁰⁾. Dunque l'alimentazione di un soggetto attivo, dovrà essere necessariamente "riadeguata", in termini quantitativi, rispetto alla dieta di un soggetto sedentario⁽¹¹⁾.

Risulta dunque fondamentale stimare il fabbisogno energetico dello sport praticato dal singolo atleta, che dovrà essere considerato nella progettazione della sua dieta. Tuttavia oltre al dispendio calorico delle singole discipline praticate, è bene sottolineare che ad esse vanno sommate le richieste energetiche per le comuni attività ed eventualmente, qualora l'atleta fosse amatore o dilettante, le attività professionali.

Nella tabella sottostante riportiamo il dispendio calorico medio stimato per alcuni sport:

Tab. 1. Dispendio calorico totale per ora (da Kesterer e Knipping)

Consumo energetico per ora (Kcal/h) - (secondo Kesterer e Knipping)					
Tipo di sport		Incremento Orario	Tipo di sport		Incremento orario
Corsa piano	Velocità	500	Marcia veloce		350
	Mezzofondo	330	Lotta libera		900
	Fondo	750	Pugilato		600
	Su pista	220	Sollevamento pesi		450
Ciclismo	Su strada	360	Scherma		600
	Su strada contro vento	600	Pallacanestro		600
	Velocità	700	Pallamano		600
	Fondo	450	Calcio		400
Sci	Diacrosa	900	Salto in alto e in lungo		400
	Fondo	750	Rugby		500
Pattinaggio	Artistico	600	Nuoto		450
	Velocità	720	Pallanuoto		600
	Singolo	800	Lancio del peso e del disco		480
Tennis			Canottaggio		500
	Doppio	350			

È bene sottolineare che tali valori sono approssimativi, e possono modificarsi in base alla padronanza del gesto atletico, alle condizioni meteorologiche e ad altre variabili, (es. terreni di gioco, piste, fattori emotivi), nonché delle varie specialità delle singole discipline. Tuttavia nell'impossibilità di approfonditi test valutativi, per calcolare in modo diretto la spesa calorica totale dell'atleta, questi valori possono essere dei validi riferimenti per progettare un corretto regime nutrizionale.

Nella pratica quotidiana, invece, capita spesso di imbattersi in atleti amatori e non amatori che, si autoinfliggono o che sono costretti dai propri preparatori a seguire diete incredibilmente rigide, totalmente squilibrate, ed eccessivamente monotone. In questi casi è bene precisare, che un apporto calorico ridotto (in cui spesso vengono sacrificate le calorie derivanti dai carboidrati) rispetto al dispendio energetico totale, e una dieta poco varia, non solo può inficiare negativamente sulla prestazione, ma può inoltre andare a compromettere il sistema immunitario, il sistema endocrino e intaccare la massa magra⁽¹²⁾.

- **Corretta idratazione:** Se l'acqua è alla base di ogni qualsivoglia corretto regime alimentare, essa più di qualsiasi altro nutriente, è tassello fondamentale nella performance atletica.

Le perdite idriche, a volte anche notevoli quando si pratica attività fisica, devono essere reintegrate, pena il calo della performance nei casi più lievi; nei casi più gravi (come una perdita di liquidi pari al 3% del peso corporeo è già considerata disidratazione) si può incorrere in colpi di calore e cali di pressione^(13, 14).

Paradossalmente nel corso di stress fisici e termici, gli atleti non riequilibrano le perdite idriche che si verificano con la sudorazione, (è stato stimato che solo due terzi dell'acqua persa con la sudorazione). Molto spesso si pensa che sia opportuno idratarsi con l'ausilio di bevande arricchite in Sali minerali.

Uno dei tanti falsi miti che intendiamo sfatare:

Il sudore è composto dal 99% di acqua, e per solo l'1% da Sali minerali⁽¹⁵⁾. Dunque, l'utilizzo di bevande arricchite di Sali minerali può essere un'abitudine non propriamente corretta, in quanto le perdite sono prettamente di liquidi e non di minerali. È doveroso sottolineare come una corretta idratazione e una dieta equilibrata, sono sufficienti anche al corretto bilancio elettrolitico, fondamentale nella regolazione dei fluidi nei vari compartimenti dell'organismo e al corretto fun-

zionamento di tutti i sistemi e apparati, da quello muscolare al cardiocircolatorio⁽¹⁵⁾.

- **Alimentarsi prima e durante l'attività fisica:** ancora oggi può capitare di sentire alcune affermazioni come: "prima di allenarsi bisogna mangiare qualcosa di dolce per dare energia", "durante l'attività è opportuno bere una bevanda zuccherina, per ridurre la fatica". Nulla di più sbagliato! Attuare questo tipo di strategie dietetiche, non solo non migliorerà la prestazione, ma potrebbe persino peggiorarla; l'introduzione di zuccheri a rapida disponibilità, infatti innalzerà sì i livelli di glicemia ematici, ma questo effetto energetico durerà solo per una manciata di minuti. Successivamente l'insulina veicolerà tali zuccheri al di fuori del torrente ematico, con un contraccolpo repentino sui livelli ematici di glucosio (ipoglicemia) che potrebbe causare una sensazione di stanchezza e spossatezza⁽¹⁶⁾.

Sarebbe opportuno invece, consigliare l'assunzione di carboidrati, durante la prestazione, soltanto nelle attività che hanno una durata stimata sopra i 60'^(17, 18). Questa assunzione dovrebbe avvenire attraverso l'ausilio di bevande o gel che contengono carboidrati in forma combinata facendo attenzione a prevenire i disturbi gastrointestinali. Per le discipline che durano meno di un'ora, salvo casi speciali, non è necessario introdurre nessun tipo di alimenti durante o negli immediati momenti prime della prestazione, a patto che l'ultimo pasto preallenamento o pre gara (che deve essere consumato, salvo casi particolari, almeno 3 ore prima della gara, per evitare reazioni di nausea o disagio) sia stato sufficientemente ricco di glucidi.

Vista l'importanza che riveste l'idratazione è bene precisare che essa usata correttamente, rappresenta una universale strategia alimentare da attuare nel pregara/prestazione e durante la stessa. Assumere almeno 0,5 l di fluidi 2 ore prima dell'attività fornisce le scorte necessarie per ottenere un'idratazione ottimale e un tempo adeguato per eliminare i liquidi in eccesso⁽¹⁹⁾. Durante l'attività fisica è raccomandazione, specie se questa è di lunga durata, di non fare affidamento allo stimolo della sete come guida all'assunzione di liquidi.

- **Alimentarsi dopo l'attività fisica:** Cibi ad alto I.G. consumati dopo l'attività, sono molto più efficaci, rispetto a quelli a basso I.G. nel rifornire i substrati di glicogeno utilizzati durante il gesto atletico. Tuttavia Tarnopolsky e coll.⁽²⁰⁾ suggeriscono che dopo l'attività è consigliabile e più efficace

introdurre un mix di tutti i macronutrienti, per migliorare il recupero. Bisogna ricordare, infatti, che non sono solo le scorte di glicogeno ad essere intaccate durante l'attività fisica, ma anche le proteine muscolari e che quindi l'introduzione di una quota proteica garantirà una buona disponibilità di aminoacidi per iniziare la ricostruzione muscolare e facilitare il recupero.

- **Integrazione:** un tema molto in voga negli ultimi anni è quello dell'integrazione. Oggi il mercato dei supplementi alimentari vanta guadagni record (negli USA il fatturato annuo è superiore ai 4 miliardi di dollari)⁽²¹⁾. E, l'uso di integratori alimentari, anche in Italia, ha visto una crescita esponenziale anche se ancora non ai livelli d'oltreoceano. Purtroppo le persone fanno spesso uso e abuso di tali prodotti senza che ve ne sia un reale bisogno, spinti da campagne pubblicitarie di produttori e di venditori che promettono miracoli e prestazioni migliori tramite l'utilizzo di essi. È bene precisare che, nel momento realmente necessario, gli integratori possono svolgere un ruolo fondamentale, per sopperire agli aumentati fabbisogni e all'impossibilità di usare in determinati momenti alimenti convenzionali. Tutto questo, ovviamente, deve essere preceduto da un'attenta analisi e valutazione delle richieste sportive e degli introiti nutrizionali, e non fatto quindi per sopperire una dieta poco varia e bilanciata, o con l'idea che un determinato integratore sia più efficace di un alimento ai fini del miglioramento della prestazione.

Conclusioni

La scelta di intraprendere un'attività sportiva, amatoriale o professionistica che sia, deve essere supportata da un corretto piano nutrizionale il quale deve passare da alcune linee guida ben salde: quali e un aumentomoderato dell'introito calorico, una corretta e costante idratazione e un regolare recupero delle energie.

È bene precisare, che in natura non esiste un alimento che possa migliorare le prestazioni in allenamento o in gara, ma sicuramente un'alimentazione ben bilanciata rientra prepotentemente nelle varie tappe che costituiscono la strada per l'ottenimento della massima performance sportiva, garantendo ad ogni atleta un ottimo stato psicofisico.

Questo delicato ruolo deve essere ricoperto dai professionisti del settore, e non da chi, senza opportune basi e nozioni si improvvisa nutrizionista, proponendo regimi alimentari sbilanciati che anziché

aiutare l'atleta, mettono spesso in seriopericolo la propria salute.

Sono note infatti, le vicende di, ballerine e sportivi vari che hanno messo a repentaglio la propria salute, spinti il più delle volte da fantomatici preparatori a seguire diete sbilanciate o troppo rigide, con il solo scopo di rientrare in una determinata categoria di peso.

In altri casi, sono proprio gli atleti stessi ad auto-infliggersi regimi dietetici "miracolosi", alla ricerca del salto di qualità e del miglioramento della performance.

Tutto questo va contro il significato di sport quale promotore del benessere e di salute.

Perché è questo il primo obiettivo dello sport, e a questo si deve mirare prima di tutto quando si decide di intraprendere un'attività sportiva, indipendentemente che essa sia con finalità amatoriale o agonistica.

Non bisogna dimenticare infatti, che l'esercizio fisico in primis è sinonimo di promozione del benessere, e che esso passa anche da un corretto regime alimentare che deve essere impostato secondo le ben note linee guida internazionali e non dettato soltanto dalla ricerca spasmodica del successo.

"Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico, ne' in eccesso ne' in difetto, avremmo trovato la strada per la salute." (Ippocrate, 460-377 a.C).

Bibliografia di riferimento

1. American Dietetic Association, Dietitians of Canada. *Nutrition and Athletic Performance*, Am. Coll. Of Sports Medicine, Special Communications, 2009.
2. Smith W., *Iccus in Dictionary of Greek and Roman Biography and Mythology*. 1849.
3. Riedweg C., *Pitagora: vita, dottrina e influenza*.
4. MacLean et al. *Regular exercise attenuates the metabolic drive to regain weight after long-term weight loss*. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 2009 September; 297 (3).
5. McArdle W.D., Katch F.I., Katch V. L. *Fisiologia applicata allo sport*. Casa Editrice Ambrosiana. 2009, pp 200.
6. Sjodin A.M. et al. *The influence of physical activity on BMR*. Med. Sci. Sports Exerc. 1996 Jan; 28 (1): 85-91.
7. Stiegler P., Cunliffe A. *The role of diet and exercise for the maintenance of fat-free mass and resting metabolic rate during weight loss*. Sports Med 2006; 36 (3): 239-62.
8. Beachle T. R., Earle R. W. *Manuale di condizionamento fisico e di allenamento della forza*. 2010. Calzetti e Mariucci Editori pp 277-278.
9. Westerterp K.R., Meijer G.A., Kester A.D., Wouters L, ten Hoor F. *Fat-free mass as a function of fat mass and habitual activity level*. Int. J. Sports Med. 1992 Feb; 13 (2): 163-6.
10. Gaesser GA, Brooks GA. *Metabolic bases of excess post-*

- exercise oxygen consumption: a review.* Med Sci Sports Exerc. 1984; 16 (1): 29-43.
11. Thompson JL, Manore MM, Skinner JS, Ravussin E, Spraul M. *Daily energy expenditure in male endurance athletes with differing energy intakes.* Med Sci Sports Exerc. 1995; 27: 347-54.
 12. Burke L.M., Loucks A.B, Broad N. Energy and carbohydrate for training and recovery. J. Sports Sci. 2006; 24: 675-85.
 13. Armstrong L.E., et all. Influence of diuretic-induced dehydration on competitive running performance. 1985 Medicine and Science in Sports and Exercise, 17, 456-461.
 14. Sawka M.N., Pandolf K.B., Effects of body water loss of physiological function and exercise performance in: Fluid homeostasis during exercise, Vol. 3. Perspectives in exercise science and sports medicine (pp 1-30), Carmel, IN, Benchmark Press.
 15. Wilmore J. H., Costill D. L., Nutrizione e sport in: Fisiologia dell'esercizio fisico e dello sport. 2005 Calzetti e Mariucci editori. Pp. 492-494.
 16. Costill D.L et all. Effects of elevated plasma FFA and insulin on muscle glycogen usage during exercise. Journal of Applied Physiology. 1977 43: 695-699.
 17. Coyle E.F. et All. Carbohydrate feeding during prolonged strenuous exercise can delay fatigue. Journal of Applied Physiology. 1983; 55, 230-235.
 18. Ivy J. L. et All. Influence of caffeine and carbohydrate feeding on endurance performance, Medicine and Science in Sport and Exercise. 1979 11, 6-11.
 19. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and fluid replacement. Med Sci Sports Exerc 28:I-VII.1996
 20. M. A. Tarnopolsky, M. Bosman, J. R. MacDonald, D. Vandeputte, J. Martin, B. D. Roy. Postexercise protein-carbohydrate and carbohydrate supplements increase muscle glycogen in men and women. J ApplPhysiol 83:1877-1883. 1997.
 21. N.A. Ratamess, Coaches' Guide to Performance-Enhancing Supplements. Monterey, CA: Coaches Coice Books. 2006.

“LA GESTIONE INTEGRATA DELLE LESIONI DA PRESSIONE”: DALL’OSPEDALE AL TERRITORIO

TEAM Direzione Scientifica

F. Rocchi¹, L. Rossi², O. Cassiani³, S. Colognese⁴, C. Marini⁵

¹Responsabile medico Medicina e Lungodegenza C.d.C. Villa Verde Reggio Emilia; ²Coordinatore TEAM nutrizionale NAD AUSL-Re

³Responsabile Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo C.d.C. Villa Verde Reggio Emilia

⁴Responsabile Formazione e Sviluppo Direzione delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia

⁵Dietista Medicina e Lungodegenza C.d.C. Villa Verde Reggio Emilia, libero professionista attività ambulatoriale

La creazione del valore deve essere realizzata non solo verso l'esterno, ma anche all'interno. Per fare ciò si deve lavorare non solo sui nuovi attributi di valore da offrire ai clienti, ma anche su quelli da ridurre drasticamente o eliminare. In questo modo si riesce a rompere l'assunto “più valore ai clienti = più costi” e a creare offerte allo stesso tempo dirompenti sul mercato e profittevoli per l'azienda. “Strategia Oceano blu” W. Chan Kim - Renée Mauborgne

L'unione delle forze determina una minore dispersione di energia: in sanità 5+5+5+5 può fare 15, se si lavora sui temi della resilienza, della resistenza e della capacità di trazione. Perché parlare di Valutazione economica? Il Budget per la sanità limitato, l'Aumento della spesa e l'Invecchiamento della popolazione determinano la necessità di una maggiore razionalità di impiego delle risorse. In Italia i malati affetti da lesioni della cute (decubito, varici, diabete) sono circa 2.000.000. La spesa per la cura di questi pazienti si aggira intorno agli 850 milioni di euro, quasi come gli USA (1 miliardo di euro) che però hanno una popolazione 5 volte superiore alla nostra; a questo bisogna sommare un costo indiretto sul sistema produttivo, infatti vengono perse ogni anno circa 460.000 giornate di lavoro (pazienti e chi fa assistenza); la patologia influenza lo stato emozionale, il 32% dei pazienti afferma di risentirne in maniera severa.

Le valutazioni economiche in sanità ci permettono di: valutare le priorità nell'utilizzo delle risorse e concentrare gli sforzi sui programmi sanitari di maggior efficacia per il miglioramento della salute. Il presupposto per un'efficace prevenzione e trattamento delle lesioni è rappresentato quindi da un approccio multidisciplinare alla patologia che veda impegnate diverse figure professionali:

- ✓ dietista
- ✓ farmacista
- ✓ fisioterapista
- ✓ infermiere
- ✓ medico

✓ nutrizionista

✓ operatore socio-sanitario
per affrontare il problema dal punto di vista clinico, farmacologico e assistenziale.



A conclusione di un progetto di collaborazione tra Aziende Ospedaliere e Territoriali, sia pubbliche che private della Provincia di Reggio Emilia, che ha “coagulato” intorno ad un tavolo di lavoro tutte le forze dei professionisti che quotidianamente gestiscono la problematica “lesioni da pressione”, il 29 Novembre 2014 si è tenuto a Reggio Emilia il convegno “La gestione integrata delle lesioni, dalla nutrizione alla medicazione”. L'evento for-

mativo, informativo, educativo è stato organizzato da un team multidisciplinare di specialisti, provenienti dalle principali Strutture Sanitarie della Provincia, sia pubbliche che private, ed è stato patrocinato dal Collegio IPASVI di Reggio Emilia.

Presenti oltre 200 professionisti provenienti da tutta la Regione Emilia Romagna ed alcuni rappresentanti della Regione Veneto, il convegno ha dato impulso ad un proficuo dibattito su un tema tanto rilevante e sempre più emergente in tutte le strutture sanitarie, siano esse ospedaliere o territoriali, compreso lo stesso domicilio degli assistiti.

Diversi sono stati i professionisti che a vario titolo hanno voluto sostenere con la loro disponibilità una giornata che è diventata il punto di partenza per strategie future, collaborazioni e reti di servizi che hanno come unico obiettivo quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da lesioni.

La prevenzione dell'insorgenza, la gestione ed il trattamento delle ferite acute, croniche e delle lesioni da pressione rappresentano, sia in ambito domiciliare che ospedaliero, attività "nursing sensitive outcomes", vale a dire che gli esiti, positivi o negativi sul paziente, sono direttamente correlati alla qualità dell'assistenza infermieristica erogata nei vari setting/contesti di cura. Queste attività richiedono un notevole impegno in termini di risorse umane, materiali e tecnologie.

L'incidenza delle lesioni da decubito è un indicatore negativo della qualità della vita e dell'assistenza; la loro presenza ha un significato prognostico sfavorevole.

Dalla nutrizione alla medicazione: la chiave per tentare di risolvere il problema delle lesioni da decubito è la prevenzione e la gestione tramite un approccio integrato, dove ogni professionista (nutrizionista, farmacista, dietista, anestesista, fisioterapista, infermiere, ecc...) entra in scena per recitare la sua parte in sintonia con gli altri attori.

La medicina sin dalle sue origini ha considerato importante la presenza di uno stato nutrizionale nel corso di qualunque processo morboso. Ippocrate già nel V sec. A.C. affermava: "i vostri alimenti siano il vostro primo medicamento" La malnutrizione è diffusamente trattata nei testi, nelle conferenze e nei congressi, ma raramente le raccomandazioni sono trasferite alla pratica; il peso e l'altezza sono difficilmente leggibili sui documenti clinici nonostante la loro rilevanza clinica. I dati antropometrici (peso, altezza...) sono fondamentali al pari dei cinque segni vitali. Il ricovero ospedaliero rappresenta un momento importante di verifica delle condizioni

nutrizionali del paziente anziano e anche l'occasione per impostare un programma alimentare in grado di correggere e prevenire le conseguenze della malnutrizione eventualmente presente, che andrà a caratterizzare il percorso del paziente quando rientrerà sul territorio. La prevenzione, la diagnosi e la terapia nutrizionale della malnutrizione costituiscono uno dei momenti cardine della cura dell'anziano ospedalizzato, in quanto risultano essenziali per migliorare la prognosi e la qualità di vita dei pazienti a tutti i livelli del percorso assistenziale.

È fondamentale che la movimentazione del paziente sia effettuata in maniera corretta; infatti manovre scorrette che causano attriti e sfregamenti possono favorire l'insorgenza di UDP

Per strutturare un "team multidisciplinare" che sia in grado di gestire a 360° la problematica prevenzione ed insorgenza di lesioni cutanee, occorre innanzitutto implementare la formazione, omogeneizzando i comportamenti clinico-assistenziali.

Da qui siamo partiti con un progetto ambizioso focalizzato sui seguenti obiettivi:

- imparare a riconoscere le diverse tipologie di lesioni (ferite acute, croniche, lesioni da pressione), secondo le ultime Linee guida emanate dalla Regione Emilia Romagna;
- selezionare ed utilizzare correttamente gli strumenti operativi appropriati da impiegare nella pratica assistenziale quotidiana (scale di valutazione ed accertamento del rischio di insorgenza di lesioni, scale e sistemi di stadiazione ed evoluzione delle lesioni maggiormente utilizzate a livello internazionale);
- applicare nella pratica assistenziale quotidiana le indicazioni di "Best Practice" per il trattamento delle diverse tipologie di lesioni;
- imparare a selezionare ed utilizzare le diverse tipologie di medicazioni avanzate (I e II linea) nel trattamento delle ferite acute, croniche e delle lesioni da pressione, rispettando indicazioni, controindicazioni ed appropriatezza relativa (secondo le Linee Guida ed i Protocolli emanati dalla Regione Emilia Romagna);
- omogeneizzare i comportamenti clinico-assistenziali, considerando i diversi percorsi formativi ed esperienziali dei singoli professionisti e dei gruppi professionali;
- elaborare uno strumento innovativo integrato, in formato elettronico, ad uso ospedaliero e territoriale, per la corretta stadiazione (anche fotografica) ed il trattamento avanzato di tutte le tipologie di ferite e lesioni.

Da recenti studi condotti all'interno delle nostre aziende (in modo particolare l'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia), confermati anche a livello internazionale, si è evidenziato come alcuni tipi di lesioni (ed in modo particolare le LDP) siano in aumento, così come la loro sottostima.

Utilizzando concetti e strumenti propri dell'analisi organizzativa, valutate le risorse e le barriere presenti, le conoscenze e le competenze disponibili, i flussi di lavoro tramite la mappatura delle attività, abbiamo evidenziato:

- a) una scarsa attenzione alla prevenzione;
- b) una forte disomogeneità nei comportamenti clinico-assistenziali non solo tra Strutture differenti ma anche all'interno di ogni singola U.O.;
- c) una pratica quotidiana "non EBP", che non segue indicazioni e raccomandazioni ricavate da Linee Guida internazionali, condizionata da variabili "operatore dipendenti" e da "mode" stratificate nel corso degli anni (frequentemente su base empirica).

Gli strumenti di analisi sono risultati particolarmente utili ed efficaci per la valutazione del fabbisogno formativo, laddove hanno portato alla luce importanti "gap di conoscenza".

Col preciso intento di omogeneizzare e standardizzare i comportamenti clinico-assistenziali secondo le più recenti raccomandazioni EBP, sono stati strutturati 3 "pacchetti" formativi "ad hoc" rivolti a differenti target:

- 1) Medici ed Infermieri;
- 2) Personale OSS;
- 3) Studenti del CDL per Infermieri (OBTV: mantenere congruità tra formazione-didattica ed attività clinica agita nei vari contesti di tirocinio)

Parallelamente alla formazione si è iniziato ad agire "il cambiamento" partendo dalle aree di inappropriata (es: dismissione completa della garza iodoformica).

Conclusi gli eventi formativi, si è reso necessario elaborare uno strumento univoco, omogeneo, evidencebased e condiviso tra tutti i professionisti per la corretta stadiazione ed il trattamento avanzato di tutte le tipologie di ferite e lesioni: un supporto inizialmente cartaceo e poi informatico che fosse al contempo adeguato per l'assessment, il trattamento ed il follow-up (nel rispetto delle Linee Guida e dei Protocolli emanati dalla Regione Emilia Romagna). È stata quindi creata la "Scheda di valutazione e trattamento ferite e lesioni" ad uso infermieristico che è stata somministrata in versione "demo" a tutto il personale medico ed infermieristico di un Dipar-

timento "pilota" dell'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia. Dopo diversi "rimaneggiamenti" è stata presentata ufficialmente la versione definitiva in sede di riunione collegiale.

Ottenuto il nulla osta da parte della Direzione, è stata attivata la fase di "testing" (che si è conclusa dopo circa 6 mesi di sperimentazione). Raccolte le osservazioni, e valutati i risultati, la scheda è stata definitivamente adottata da tutte le S.C. Dipartimentali.

Concluso il primo step si è passati alla validazione "di contenuto" dello strumento (Ufficio Legale, Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Informatico, Focus group multiprofessionali). Ricevuta l'autorizzazione definitiva, il supporto è stato presentato ed implementato a livello aziendale ed inserito come scheda tecnica su Matilde (cartella informatizzata medico-infermieristica).

Tre saranno gli utilizzi previsti:

- a) per la stadiazione ed il trattamento avanzato di ferite acute, croniche e lesioni da pressione;
- b) per la continuità assistenziale ed il follow-up intraospedaliero;
- c) per la continuità assistenziale ed il follow-up ospedale-territorio (una volta completato l'allineamento degli applicativi interaziendali).

Alcuni Indicatori di processo

- n. di schede "valutazione e trattamento ferite e lesioni" compilate/n. di pazienti con ferite e lesioni*100

Alcuni Indicatori di risultato (Esiti/Outcome)

- % di pazienti con riduzione della superficie di lesione del 50% in 3 settimane che ricevono una valutazione ed un trattamento secondo schema "codice colore prevalente"

Verrà proposta una disseminazione/applicazione del modello c/o:

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia;
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- Servizio Infermieristico Domiciliare di Reggio Emilia e Provincia;
- Casa di Cura Privata Polispecialistica Villa Verde di Reggio Emilia (Progetto di collaborazione - Ospedale-Territorio).
- Altre Strutture territoriali interessate al progetto di continuità assistenziale

La stabilità del sistema si ottiene eliminando le cause di fluttuazione del processo: la metodologia Lean
Disegnare il PDTRA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale): consente l'integrazione delle competenze professionali e

l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, consentendo così una presa in carico unica del paziente.

- 1) il termine "percorso" per definire: l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia, l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente.*
- 2) i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" per definire: la presa in carico totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, gli interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità*

L'importanza della gestione multi focus relativa alla lesione e quindi intraprendere la strada del PDTA sono sostenuti dalle evidenze di efficacia, efficienza ed economicità sostenuti da alcuni capisaldi legislativi:

1996 legge finanziaria art.1 comma 28 -sui tetti di spesa: "i medici... conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa" e DL 229/99 "... Il PSN 1998-2000 indica le linee guida ed i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire...lo sviluppo di modalità sistematiche di revi-

sione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA"

Rimediare ad un errore di copione potrebbe rendere difficoltosa la riuscita dello spettacolo, quindi risulta necessario che ogni attore sappia perfettamente la propria parte, solo in questo modo la storia potrà avere un lieto fine. (apertura "sui generis" è stata affidata ad un autore e regista teatrale). Partendo dalla digressione relativa alla simbologia della lesione, l'obiettivo è stato definire l'importanza della gestione integrata e multidisciplinare di ogni singolo evento legato alla salute. Punti di vista, percezione, consuetudini hanno efficacia se dalla condivisione dei simboli si arriva alla definizione univoca di strategie di intervento. Una visione d'insieme sul trattamento delle lesioni da pressione, per favorire la collaborazione tra le varie figure professionali, con lo scopo di razionalizzarne gli interventi e di ottenere il miglior risultato possibile.

In un momento storico in cui vogliamo partecipare alla costruzione del modello assistenziale in sanità, riteniamo che la nostra esperienza testata nella provincia di Reggio Emilia, possa offrire spunti di riflessione a professionisti sanitari impegnati su tutto il territorio italiano.

REPORT ANNUALE INERENTE ALLE ATTIVITÀ 2015 DEI GRUPPI DI STUDIO, PRESENTATI NELL'AMBITO DEL CORSO NAZIONALE ADI 2015 DI ROMA.

Sul sito www.adiitalia.net - gruppi di studio, è presente l'elenco aggiornato dei gruppi e le rispettive attività in corso.



LINEE GUIDA RISCHIO PROFESSIONALE INAPPROPRIATEZZA CLINICA PROCEDURE



LINEE GUIDA

"Raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche"

ART. 3 Decreto Balduzzi (Responsabilità professionale)

L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, si attiene a protocolli diagnostico-terapeutici, a linee guida e buone pratiche elaborate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale, risponde dei danni derivanti da tali attività solo nei casi di dolo e colpa grave.

Il DM 380/2000 nell'allegato tecnico

... La cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura

STORIA DEL GRUPPO

CORSO MPC

QUESTIONARIO ADI RISTORAZIONE

QUESTIONARIO ADI-SINPE-CA

Ictus Cerebrale: Linee Guida Italiane di Prevenzione e Trattamento

SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

VII Edizione

Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento

Stesura del 14 marzo 2012

Raccomandazione Grado D

- La valutazione dello stato di nutrizione e l'intervento nutrizionale sono indicati come componente essenziale dei protocolli diagnostici-terapeutici dell'ictus, sia in fase acuta che durante il periodo di riabilitazione.
- È indicato che figure professionali esperte (medico nutrizionista, dietista) facciano parte del gruppo multidisciplinare che gestisce il lavoro della stroke unit.
- È indicato includere le procedure di valutazione del rischio nutrizionale fra gli standard per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

PROGETTO

COINVOLGIMENTO: Presidenti Regionali (Direttivo Regionale)

Invio Aziende Ospedaliere, Presidio Ospedaliero ASL

FINALITÀ: rilevare la presenza e l'utilizzo di screening del rischio nutrizionale, nonché sulla metodologia di presa in carico del paziente sotto il profilo nutrizionale

STRUMENTO: questionario

OBIETTIVO FINALE: presentazione dati tavolo tecnico ministeriale

Raccomandazione Grado D

- È indicato che, all'ingresso nell'ospedale e nella struttura riabilitativa, si proceda entro 24-48 h alla valutazione del rischio nutrizionale.

I protocolli diagnostici includono:

- gli indici nutrizionali integrati
- le misure antropometriche
- gli indici biochimici
- la rilevazione dell'assunzione dietetica
- le condizioni mediche associate

Da ripetere nel corso del ricovero con periodicità differente, in relazione al rischio nutrizionale individuale.



GRUPPO DI STUDIO MALNUTRIZIONE PROTEICO CALORICA E NUTRIZIONE ARTIFICIALE

La presente indagine conoscitiva mira a valutare la presenza di alcuni comportamenti nelle comuni prassi clinica in particolare, rilevare la presenza e l'utilizzo di screening del rischio nutrizionale, nonché sulla metodologia di presa in carico del paziente sotto il profilo nutrizionale

Le chiediamo gentilmente di compilare il presente questionario, apponendo una X vicino al quadratino corrispondente la risposta prescelta, e di restituirlo via mail al mittente. GRAZIE!!

Azienda Sanitaria ☐

Presidio Ospedaliero ASL ☐

Denominazione/Codice identificativo

Raccomandazione Grado B

- Nel soggetto affetto da ictus in fase acuta la terapia nutrizionale artificiale di scelta è rappresentata dalla nutrizione enterale.
- È indicato il trattamento precoce e comunque non oltre 5-7 giorni nei pazienti normonutriti e non oltre le 24-72 ore nei pazienti malnutriti.



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
10-12 DICEMBRE 2015

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Attività fisica, salute ed alimentazione per lo sport

Coordinatore
Michelangelo Giampietro

Alcune aree di interesse, organizzativo e scientifico (1)

Brescia

- diabetici tipo 1 e tipo 2, sindrome metabolica;
- utilizzo, in collaborazione con aziende del settore, di **nuove tecnologie smart** per misurare sia l'attività fisica che vari parametri biologici durante l'esercizio.

Firenze

- **pazienti oncologici** (mammella e colon), focalizzandosi su aspetti strumentali ecocardiografici per lo studio della cardiotoxicità;
- **sindrome metabolica post-trapianto del rene.**



ADI
Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

MASTER ALIMENTAZIONE PER L'ATTIVITÀ FISICA E LO SPORT

Alcune aree di interesse, organizzativo e scientifico (2)

Padova

- anziani autosufficienti e fragili;
- pazienti bariatrici.

Ospedale e ASL Biella

- somministrazione intra-ospedaliera dell'esercizio fisico
- (Progetto Europeo EMP H).

Emilia Romagna

- modello delle "palestre sicure".



SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO
www.simse.org

- La SIMSE è una Società che, dal 2006, con il supporto della SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) e della COLMED (Collegio Docenti Universitari Medicina Interna), valorizza alcuni aspetti specifici della prescrizione dell'esercizio fisico individualizzato in diverse malattie cronico degenerative e nel soggetto anziano;
- L'attenzione è rivolta a figure professionali come gli Specialisti in **Medicina dello Sport**, i Laureati triennali in **Scienze Motorie e Fisioterapia** e Laureati Magistrali in **Scienze e Tecniche Preventive ed Adattate**, specializzati nella prescrizione e/o somministrazione di programmi di esercizio fisico (**aerobico, contro resistenza, per la flessibilità e l'equilibrio**).
- Ha iniziato ad interessarsi anche dell'ambito nutrizionale.



www.federtennis.it

Quattro modi per seguire il Tennis: 1. In diretta, 2. In streaming, 3. In audio, 4. In video.

on line
Le web tv del Tennis

Scuole Tennis
Trofeo Tennis

Proposte Campi Veloci
Servizi e servizi

BMW Official Car FIT

07 I.S.F. "ROBERTO LOMBARDI" att. 15 Attività, bandi e date 2016

CARATTERISTICHE DEL BANDO DI CONCORSO PER EDUCATORE ALIMENTARE PER IL TENNIS

Nella formazione e nella crescita di un giocatore di tennis l'educazione alimentare sta assumendo un valore sempre più importante. Per tale motivo, a partire dall'anno didattico 2016/2017, per poter ottenere il riconoscimento di una Super o di una Top School verrà richiesto obbligatoriamente di possedere tale figura nel proprio organigramma. Pertanto l'Istituto, anticipatamente a tale obbligatività, organizzerà i suddetti Corsi a cui potranno partecipare solamente i laureati in Medicina, in Biologia, e in Scienze dietetiche.

CORSE PREVISTE:

n. 8: Lombardia, Lazio, Puglia, Veneto, Toscana, Campania, Emilia Romagna, Sicilia;

POSTI A DISPOSIZIONE:

n. 20 per Corso;

TITOLO DI STUDIO:

Laurea in Medicina, in Biologia o in Scienze dietetiche.

BANDO EDUCATORE ALIMENTARE 2016

www.federtennis.it

07 I.S.F. "ROBERTO LOMBARDI" att. 15 Attività, bandi e date 2016

Educatori Alimentari

Super School

Top School

www.federtennis.it

07 I.S.F. "ROBERTO LOMBARDI" att. 15 Attività, bandi e date 2016

1	CLASSE DI LAUREA	PUNTI
1.1	Medicina e chirurgia (vecchio ordinamento, classe 46/S D.M. 589/99 o classe LM-41 D.M. 276/04)	
1.2	Biologia (vecchio ordinamento, classe 6/S del D.M. 509/99 o classe LM-6 del D.M. 276/04)	
1.3	Scienze della nutrizione umana (classe 09/S del D.M. 589/99 o classe LM-61 D.M. 276/04)	
1.4	Scienze dell'alimentazione e della nutrizione umana (magistrale classe LM-61 del D.M. 276/04)	
1.5	Dietetica (classe SNTD del D.M. 509/99 o classe L/SNTD del D.M. 276/04)	
1.6	Scienze dell'alimentazione e della nutrizione umana (triennale classe L-13 del D.M. 276/04)	

Per la sostituzione dei titoli dei laureati dovranno produrre la fotocopia del documento attestante il titolo di studio preceduta con dichiarazione di conformità all'originale.

www.federtennis.it

07 I.S.F. "ROBERTO LOMBARDI" att. 15 Attività, bandi e date 2016

	1° Corso	2° Corso	3° Corso	4° Corso
Sede	LOMBARDIA	LAZIO	PUGLIA	VENETO
Periodo di svolgimento	26/27 febbraio	01/02 aprile	29/31 maggio	24/25 giugno
Scadenza domanda	29 gennaio	29 febbraio	19 aprile	24 maggio

	5° Corso	6° Corso	7° Corso	8° Corso
Sede	TOSCANA	CAMPANIA	EMILIA ROMAGNA	SICILIA
Periodo di svolgimento	09/10 settembre	07/08 ottobre	04/05 novembre	09/10 dicembre
Scadenza domanda	05 agosto	06 settembre	04 ottobre	05 novembre

CORSO DI FORMAZIONE PER EDUCATORI ALIMENTARI DELLA FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS

- Metabolismi energetici e lavoro muscolare
- Classificazione delle discipline sportive
- Cenni di fisiologia e metodologia dell'allenamento del tennis
- Peso corporeo e predizione della composizione corporea
- Saper comunicare: anche l'educazione alimentare
- La nazione alimentare del tennista nella fase di allenamento
- Fabbisogno energetico
- Fabbisogno di carboidrati e fibre
- Fabbisogno di proteine
- Fabbisogno di lipidi
- Fabbisogno di micronutrienti
- Termoregolazione e fabbisogno idrico
- La preparazione nutrizionale per la gara e i tornei di tennis
- Miti e folle alimentari
- L'alimentazione del tennista con patologie metaboliche e nutrizionali: diabete, celiachia, ecc.
- Riconoscere e prevenire i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e dell'immagine corporea
- L'intervento nutrizionale nella prevenzione e terapia dell'overtraining
- Prodotti dietetici e integratori per lo sport
- Test di valutazione





XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
10-12 DICEMBRE 2015

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Etica e bioetica

Coordinatore
Marco Tagliaferri




460 – 377 a.C.



Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento e di esercizio fisico, né in difetto, né in eccesso, avremmo trovato la strada giusta per la Salute.



Componenti

Achiropita Pucci (Cosenza)

Celeste Vitale (Termoli)

Mario Di Sapio (Napoli)

Monica Mazzocchetti

Borghi della salute

Tacuinia Sanitatis

Manuali di Scienza Medica – scritti e miniati – che trattavano le cose fondamentali per mantenersi in salute, sotto forma di precetti, le proprietà di frutta ed ortaggi nonché spezie, ma anche cenzi sulle stagioni, eventi naturali, turbamenti dell'animo, riportandone i loro effetti sul corpo umano. Una vera e propria guida per la salute.



1. Cibi e bevande convenienti.
2. Movimento e Riposo.
3. Aria buona
4. Sonno frequente
5. Regolazione dei sentimenti



EDUCATIONAL HEALTH PROGRAM



I Borghi della salute

Associazione di Promozione Sociale



Progetto:



GRUPPO DI STUDIO La Dieta e la Salute
a cura di
Coordinatore Marco Tagliaferri

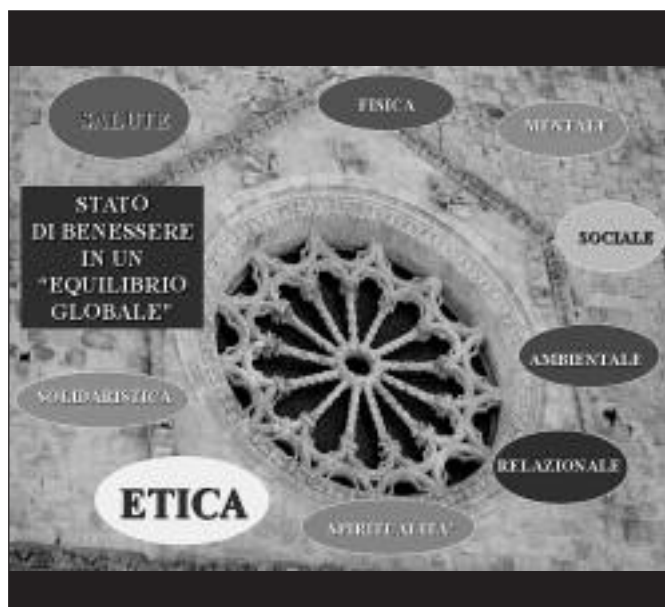
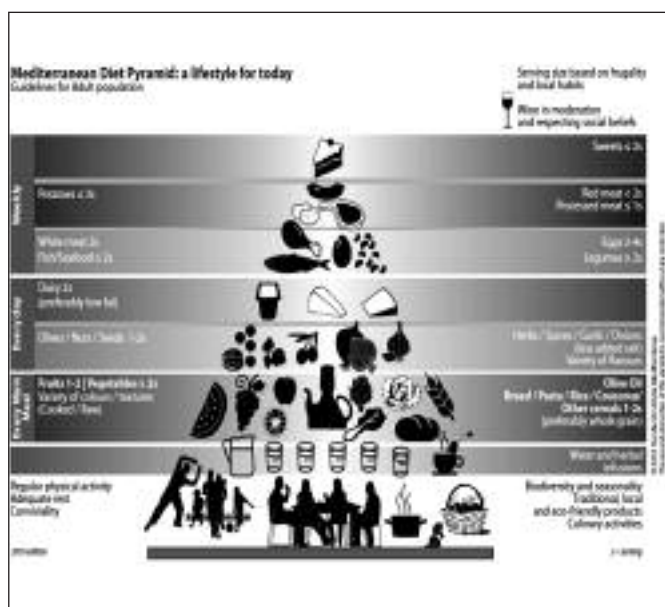
The mediterranean diet: a change in lifestyle as well as food



The Mediterranean diet
inscribed in 2010 on the Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity

...However, the Mediterranean diet (from the Greek *alaio*, or way of life) encompasses more than just food. It promotes social interaction, since communal meals are the cornerstone of social customs and festive events. It has given rise to a considerable body of knowledge, songs, maxims, tales and legends. The system is rooted in respect for the territory and biodiversity, and ensures the conservation and development of traditional activities and crafts linked to fishing and farming in the Mediterranean communities which Soria in Spain, Koroni in Greece, Cilento in Italy and Chefchaouen in Morocco are examples. Women play a particularly vital role in the transmission of expertise, as well as knowledge of rituals, traditional gestures and celebrations, and the safeguarding of techniques.

Pertanto la dieta mediterranea comprende più di un semplice cibo. Promuove l'interazione sociale, dal momento che i pasti comuni sono la piena angolare di costumi sociali e eventi festivi. Il sistema è radicato nel rispetto del territorio e della biodiversità e garantisce la conservazione e sviluppo delle attività tradizionali e artigianali legati alla pesca e all'agricoltura nelle comunità del Mediterraneo.





Si tratta di dare il giusto valore ad una **"cultura della salute"** in grado di rendere il cittadino **"soggetto e protagonista"** della propria qualità di vita; libero ed autonomo nei propri orientamenti di vita ma responsabile delle proprie scelte, nella consapevolezza che scelte Etiche errate producono danni alla salute, alla vita, alla società.



Art.2 – Concessione del marchio
Il marchio "Borghi della salute" è concesso ai Comuni d'Italia, o ad altre istituzioni rappresentative di specifici territori.

Art. 4 – Obblighi
L'istituzione aderente si obbliga a promuovere nell'arco dell'anno **iniziative** orientate *A tutelare la salute, Promuovere il ben essere, migliorare la qualità della vita*
L'Associazione "Liberi di essere" si impegna a favorire, valorizzare, e divulgare tali iniziative, riservandosi di nominare un **"Referente"** per ogni Istituzione aderente.



Si tratta di favorire, quindi, una nuova **"cultura del ben essere"** fondata su scelte eticamente fondate in grado di orientare ciascuno verso comportamenti **"giusti"** per non crearsi un danno.



Tradizione Arte e Storia

Convivialità **ITINERARI DELLA SALUTE**

Nordic Walking Ambiente

Ad
Cammina...Salute



Restipica
Italia da conoscere

RETE DEL MEDIO TERRANEO

ADI

ADESIONI




RETE DEI CAMMINI

- **ITINERARI**
- **PERCORSI NATURALISTICI**
- **CAMMINI RELIGIOSI**
- **PER LA VIA DELL'ACQUA**

dal
Fare
al
Mobilitare

VERSO UNA CULTURA DEL BENESSERE
Sicuramente SI con il Nordic Walking Mediterraneo 2p/b.
ambiente, storia, territorio, movimento, alimentazione, benessere e salute.

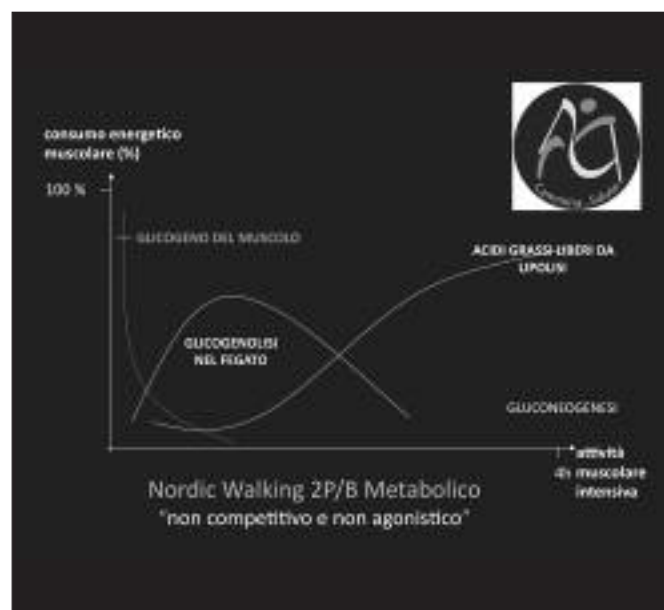
STILE DI VITA



2p/b
Molise
EDUCATORI AL BENESSERE

Nordic Walking Mediterraneo 2p/b è il saper coniugare il giusto movimento, una sana alimentazione, la rigenerazione mentale e fisica, una socializzazione eticamente orientata, in un ambiente pulito.

Progetto




Armonia nel camminare



ambiente sano

**ATTIVITA' DI MOVIMENTO
GLOBALE, ARMONICA, UNIVERSALISTICA**

Cultura e Tradizioni

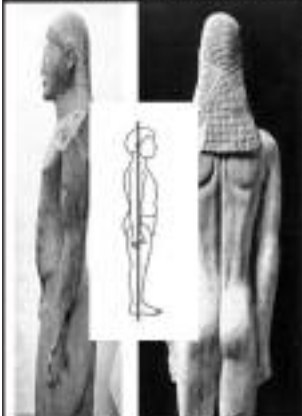
Certificazione
dei Prodotti
Tipici Locali

Le produzioni Tipiche:
da generatori di
VALORI TERRITORIALI a
fattori di
(1) MARKETING
TERRITORIALE
(2) TURISMO
SOSTENIBILE

Famiglia di San Martino in Pensile

Tipicità e Salute

La postura perduta: tra ritorno alla storia e proposta dell'oggi



Arte del Camminare bene

La vita di oggi, troppo spesso, ci impone una "postura sbagliata": nel camminare, nello stare seduti, nel correre. Ciò provoca un adattamento negativo della colonna vertebrale che induce dolori, tipo di mal di schiena, che spesso diventano cronici, inducendo disabilità.

Cammina ... Salute



Nordic Walking 2p/b Mediterraneo



In cammino... verso il
Peso ... salute

Ciclo di lezioni di
EDUCAZIONE
ALIMENTARE per far
conoscere, approfondire,
sperimentare, che è
possibile modificare i
propri stili di vita per
partecipare ad un "Ben
Essere" proattivo per la
realizzazione dei propri
progetti di vita.



**E' immorale
consigliare di
non mangiare.**

**E' etico,
invece,
consigliare di
saper
mangiare.**

**Educare a saper discernere il "CIBO" che
fa bene da quello che fa male.**



Risto ... Salute

**Ristoranti.
Trattorie.
Agriturismi.
Locande.
Mense.**

**Tracciabilità
degli alimenti**



**Centri educativi:
dall'Orto alla Tavola passando per la cucina.**

**1. PRODUZIONE
2. CUCINA SALUTISTICA
3. SALUTE E GUSTO A TAVOLA**



BORGHI DELLA SALUTE
come nuova frontiera Etica
della Prevenzione, della cura,
della riabilitazione.

**Talvolta è necessario fare
dei cambiamenti,
dobbiamo evitare le
situazioni che ci creano
fastidio
ma soprattutto dobbiamo
intervenire rispetto a
quelle che ci fanno male.**
N. Sparks

Grazie

I Borghi della salute intendono andare in questa direzione.

XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
30-12 DICEMBRE 2015

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Gruppo di studio DCA

Coordinatore
Massimo Vincenzi


Centri ADI DCA - Lombardia

Reggio - A.O. Papa Giovanni XXIII

- Team composto da: medico nutrizionista, dietista, psichiatra, psicologo, gastroenterologo/tendone, infermiere
- Spazio sanitario dedicato al team (S)
- Coordinatore: medico nutrizionista
- Si effettuano incontri multidisciplinari (S)
- Frequenza: settimanale
- Tipologia di attività: ambulatoriale

Milano - Istituto Auxologico Italiano Ospedale San Luca

- Team composto da: medico nutrizionista, dietista, psicologo, chirurgo bariatrico, endocrinologo, fisiatra
- Spazio sanitario dedicato team (S)
- Coordinatore: medico nutrizionista
- Si effettuano incontri multidisciplinari (S)
- Frequenza: settimanale
- Tipologia di attività: ambulatoriale, daycare (D)

Milano - AD Niguarda Ca Granda

- Team composto da: medico nutrizionista, dietista, psicologo, psichiatra
- Spazio sanitario dedicato team (S)
- Coordinatore: medico nutrizionista
- Si effettuano incontri multidisciplinari (S)
- Frequenza: quindicimale
- Tipologia di attività: ambulatoriale (D)

Adiano - Servizi Clinici di Prevenimento, Diagnostica e Nutrizione Clinica

- Team composto da: dietista, psicologo, biologo nutrizionista, medico diabetologo
- Spazio sanitario dedicato team (S)
- Coordinatore: medico diabetologo
- Si effettuano incontri multidisciplinari (S)
- Frequenza: quindicimale
- Tipologia di attività: ambulatoriale, daycare (D)

XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
30-12 DICEMBRE 2015

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Componenti

Lorenza Caregaro
Valentina Culicchi
Francesca De Donà
Elena D'Ignazio
Annalisa Maghetti
Fabrizio Malvaldi
Simonetta Marucci
Giuseppe Malfi
Barbara Paolini
Elisa Pasquini
Roberta Situlin
Daniela Vassallo
Pierandrea Vinci
Maria Crapis

Nuova adesione:

THE ADI-O STUDY

A cura di Annalisa Maghetti

Il test ORTO-15 è stato proposto a 1240 soci ADI di cui 517 hanno partecipato allo studio.



Il nostro studio evidenzia che l'Ortoressia Nervosa è frequente nella popolazione analizzata (55%) specialmente tra biologi, liberi professionisti, divorziati, non fumatori, soggetti magri e a dieta.

CENTRI ADI DCA

Censimento centri ADI DA, inseriti nel sito ADI

Centri ADI DCA Regionali

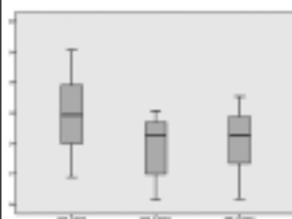


Orthorexia prevalence among health care professionals involved in nutrition education:
the ADI-O Study

Mediterranean Journal of Nutrition and
Metabolism

PROGETTO DI PREVENZIONE IN DCA a cura di Elena D'Ignazio

- I progetti di prevenzione di terza generazione hanno come obiettivo di ridurre i fattori di rischio legati al DA ed il loro sviluppo.
- Abbiamo proposto a 220 alunne di Ravenna un progetto di prevenzione selettiva basata sulla dissonanza cognitiva, 21 autoselezionate, 19 partecipanti, 2 DA (escluse)
- Differenze statisticamente significative *per:



EDE-Q tot ($p=0,006$)
Sottoscale Restrizione ($p=0,002$)
Preocc per il peso ($p=0,031$)
Preocc per le forme ($p=0,024$)
* somministrazione test pre, post e a 6 mesi dall'intervento

RISCHIO DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO IN SCUOLE SUPERIORI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA A DIVERSO INDIRIZZO DI STUDI

R. Situlin, C. Bernardotto, FG Di Girolamo

INSODDISFAZIONE CORPOREA IN DONNE IN ETA' POST-MENOPAUSA GRUPPO DCA ADI

Situlin, Vinci, Di Pasquale, Maghetti, Zoni, Aloisi,
Pintus, Cardamone, Vincenzi

SCOPI, METODI E CASISTICA

Valutare la presenza di fattori di rischio di DCA in studenti di ambo i sessi di Istituti superiori a diverso indirizzo di studio della provincia di Gorizia (FVG) tramite dati antropometrici, TEST EAT-40 e questionario di frequenza consumi alimentari.

MODA
SERVIZI SOCIALI
TURISMO
ELETTRONICA
MECCANICA
COMMERCIO

I. Professionali			I. Tecnici	
F	M	età	F	M
56	18	14-16	44	158
54	56	> 17	18	92

RAGIONERIA
GEOMETRI
PIRITI
- meccanica
- elettrotecnica
- grafica
- comunicazione
- informatica
- telecomunicazioni



Totale	497
F	172
M	325



CASISTICA, METODI E RISULTATI

CASISTICA: 88 donne afferenti Ambulatorio di nutrizione (Bologna, Cagliari, Catanzaro, Trieste) Età, media 59 ± 9 anni, IMC 31 ± 8, kg/m² 98% in menopausa.

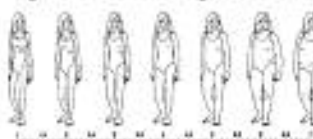
METODI: Test delle figurine di Collins per valutazione insoddisfazione corporea;

Questionario SCOFF Sick, vomito, Control, controllo cibo, One stone, (calo recente di peso di 6kg, Fat sentirsi grassa; Food, preoccupazione per il cibo), per valutazione rischio DCA

Test Collins 1:
Autovalutazione

P-D Score medio
2 ± 1

Figura 2 D 12 %
Figura 3 D 39 %
Figura 4 D 35 %



P= Peso percepito D= Peso desiderato

Test Collins 2:
Valutazione di altri

P-D Score medio
1.88 ± 0,9

Figura 2 D 7 %
Figura 3 D 39 %
Figura 4 D 25 %

RISULTATI

IMMAGINE CORPOREA

- Nell'autovalutazione il 51 % (Figura 20 + 3 D) delle donne considerava come ideale le figurine a sinistra di quella di peso pari alla mediana del normopeso
- Nella valutazione riferita ad altri i risultati sono sovrapponibili a quelli dell'autovalutazione (46% dei casi)
- L'uso di un'effettiva si associa spesso a disagio corporeo

RISCHIO DCA

- Il test SCOFF è positivo in un quarto delle donne e potrebbe indicare la presenza di un DCA o comunque di un difficile rapporto con il peso e con il cibo.

IMPORTANZA DI VALUTARE DISAGIO CORPOREO E RISCHIO DCA ANCHE IN DONNE IN ETÀ MATURE

RISULTATI 2. PUNTEGGIO TOTALE ALL' EAT-40

ISTITUT %		IP		IT		IP		IT	
		maschi				femmine			
rischio	EAT 40	14-16	≥ 17	14-16	≥ 17	14-16	≥ 17	14-16	≥ 17
alto	>30	11,1	8,6	8,9	15,1	30,4	42,6	20,5	38,9
medio	21-29	33,3	31	24,7	28	33,3	33,3	40,9	53,3
basso	<21	55,6	56,9	66,5	57	30,4	24,1	38,6	27,8

IP = Istituti Professionali; IT = Istituti Tecnici

- ♦ Valori più frequentemente alti: F > M Nelle femmine
- ♦ IP > IT specie 14-16 anni
- ♦ Aumento con l'età

CONCLUSIONI

- ❖ NELLE POPOLAZIONI DI STUDENTI VALUTATE SONO PRESENTI DIVERSI INDICATORI DI RISCHIO DI DCA (Femmine > Maschi, Istituti Professionali > Tecnici)
- ❖ LE DIFFERENZE TRA LE TIPOLOGIE DI SCUOLE EVIDENZIANO L'IMPATTO DEI FATTORI CULTURALI
- ❖ SONO NECESSARI INTERVENTI DI PREVENZIONE MIRATI A:
 - SVILUPPO ABILITA' CRITICHE VERSO LA SPINTA ALLA MAGREZZA
 - SOSTEGNO ALL'AUTOSTIMA GLOBALE E A TOLLERANZA TRA PARI (indipendentemente dall'aspetto fisico)
 - EDUCAZIONE ALIMENTARE NON RIGIDA
 - MULTIDISCIPLINARITA'



GRUPPO ADI DCA

A cura di: S. Guisinger, D. Shuldberg, S. Marucci

The adapted-to-flee-famine. Adattato a fuggire la carestia: Nuovo punto di vista sulla genesi della iperattività nella Anoressia Nervosa.

Milano 2014

TAVOLO TECNICO DI LAVORO PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE MULTIDISCIPLINARE IN AMBITO DCA

Il tavolo si è insediato il 9 aprile 2015 e ha il compito di stendere le linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale multidisciplinare nei DCA.

Partecipa in rappresentanza ADI il Dr. Vincenzi capofila del sottogruppo che ha il compito di elaborare il capitolo riguardante la valutazione nutrizionale e il monitoraggio nutrizionale durante la fase terapeutica nell'ambito dell'anoressia nervosa

A questo lavoro hanno contribuito i componenti del gruppo DCA ADI

GRUPPO ADI DCA

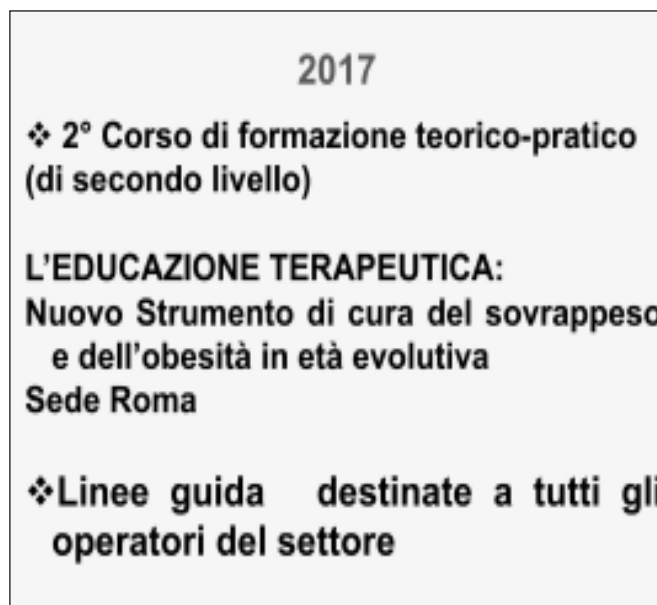
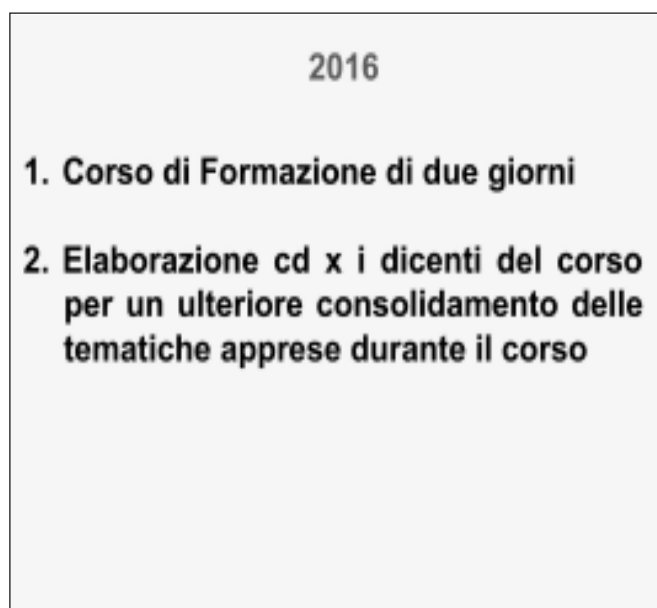
A cura di: B. Ceccarini, M. Paradiso, A. Ciarrocchi, S. Marucci

Relazione tra modifiche della composizione corporea, rilevate tramite bioimpedenziometria (BIA) e risultati ai test psicologici EDI-2 e SCL90 in soggetti con disturbo del comportamento alimentare

Milano 2014

PROGETTUALITA' FUTURA

- Implementazione e regolare funzionamento del blog DCA sul sito Web con ampliamento della parte documentale, in parte già realizzata, e apertura di una finestra di dialogo con il pubblico
- Argomenti da sviluppare: food addiction e obesità, fattori di rischio per l'obesità, aspetti nutrizionali dei DCA
- Revisione ed implementazione della mappa dei servizi dietetici ADI con attività rivolta ai DCA



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
30-12 DICEMBRE 2012

ADI
Associazione italiana di nutrizione clinica

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Relazione professionale con il paziente

Coordinatore
Patrizia Zuliani



Nel 2011-2012 viene formalizzato il Gruppo di Studio ADI
«Relazione Professionale in dietologia»

Coordinatore : P.Zuliani

R.Balzano, Y.Castanò, A.R.Cozzolino, C. Di Giacomo, O. M.S. Hassan, M.P. Laria, C.M.Russo, M. Solis, C.Vitale, D. Vona, L.Zoni

Obiettivo del gruppo di studio:
Migliorare i rapporti di comunicazione tra il professionista della nutrizione e il paziente e tra il professionista della nutrizione e le diverse figure professionali.



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
30-12 DICEMBRE 2012

ADI
Associazione italiana di nutrizione clinica

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Componenti

Raffaella Balzano
Ilenia Castanò
Anna Rita Cozzolino
Cristiana Di Giacomo
Odette Misa Sonia Hassan
Maria Paola Laria
Cristina Maria Russo
Maria Solis
Celeste Vitale
Daniela Vona
Luisa Zoni

Le figure professionali che afferiscono a questo gruppo sono quella del medico, del biologo e del dietista.

Sempre però c'è stata la collaborazione con Psicologi e Psicoterapeuti
Dott.ssa Adele Iadevaia
Dott. Fabio Fois
Dott.ssa Francesca Clementi
Dott. Fabio De Romanis



2010

ADI 60
60 ANNI DI ATTIVITÀ AL SERVIZIO DELLA NUTRIZIONE CLINICA

2011

ADI 61
61 ANNI DI ATTIVITÀ AL SERVIZIO DELLA NUTRIZIONE CLINICA

2011

XVI Corso Nazionale ADI
ROMA
30-12 DICEMBRE 2012



2012

ADI 62
62 ANNI DI ATTIVITÀ AL SERVIZIO DELLA NUTRIZIONE CLINICA

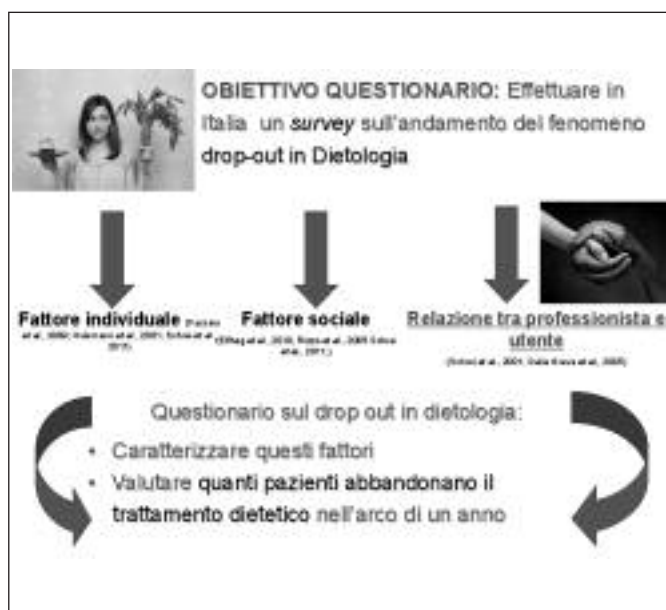
2012

ADI 62
62 ANNI DI ATTIVITÀ AL SERVIZIO DELLA NUTRIZIONE CLINICA

2012

ADI 62
62 ANNI DI ATTIVITÀ AL SERVIZIO DELLA NUTRIZIONE CLINICA





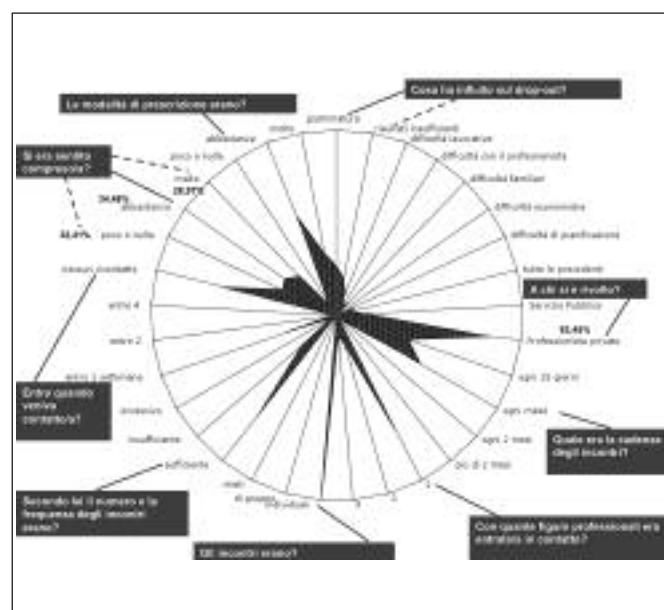
L'inflamazione nella Malnutrizione e Malattie Metaboliche Cause e Terapie Nutrizionali

XV CORSO NAZIONALE ADI

Drop out in dietologia. Caratterizzazione del fenomeno in utenti normopeso, sovrappeso e con moderato grado di obesità

R. Balzano
P. Capobianco, I. Castano, F. Clementi, A.R. Cazzolino, M. Di Sapia, C. Di Sapia, C. Di Giacomo, O.M.S. Hassan, M. Solis, C. Vitale, D. Vona, R. Zalloni

LECCE 17 - 19 ottobre 2013



Gli utenti intervistati avevano intrapreso mediamente nel 2012 un unico intervento dietetico, motivato soprattutto da ragioni estetiche e principalmente in strutture private.

L'adesione al trattamento dietetico era stata inferiore ai 6-12 mesi a prescindere dal risultato, dal tipo di trattamento dietetico e dall'approccio del professionista.

Nella sezione sociale il campione non ha indicato nessuna difficoltà economica nell'intraprendere un trattamento dietetico e poche o nessuna difficoltà a conciliare la dieta con il lavoro.

Non è stato individuato un andamento definito per la soddisfazione dell'utente nei confronti del professionista. Questo ultimo risultato potrebbe riflettere sia una certa confusione fra gli utenti derivante dalla incapacità di valutare appieno la diversità di approccio dei professionisti, che dall'intenzione degli utenti di modificare il proprio comportamento alimentare anche dopo i sei mesi successivi all'inizio del trattamento dietetico.

La causa di drop out maggiormente indicata da questa utenza campionaria è la difficoltà a seguire una dieta grammata, il che indicherebbe che il trattamento dietetico è percepito solo come una prescrizione da seguire per brevi periodi e non come un intervento volto al cambiamento dello stile di vita.

L'inflamazione nella Malnutrizione e Malattie Metaboliche Cause e Terapie Nutrizionali

XV CORSO NAZIONALE ADI

COME COMUNICARE ED INTERAGIRE IN DIETOLOGIA

Gruppo di studio ADI «Relazione professionale in dietologia»
A.R.Cozzolino

R.Balzano, I.Castano, C.Di Giacomo, O.M.S. Hassan, M.Kazari, C.M. Russo, M. Solis, C. Vitalis, D. Vona, L.Zoni, P. Zulliani

LECCE 17 - 19 ottobre 2013

La giostra delle opportunità

ADI
Associazione Italiana di Dietologia e Nutrizione

Tecniche di Counseling in Dietologia
Corso di Aggiornamento
Seconda Giornata

U.O. di Diabetologia e Psicologia d'Urgenza
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini -
Gruppo di Studio ADI: Relazione professionale in dietologia
29 marzo 2014
Aula Magna Ospedale "C. Forlanini"
Direttore del Corso: Claudio Tubili
Co-direttore: Patrizia Zulliani

Comitato scientifico:
C. Tubili, E. Clementi, O. M.S. Hassan, R. Geri
Gruppo di studio ADI: R.Balzano, I.Castano,
A.R.Cozzolino, C. Di Giacomo, O. M.S. Hassan,
M.P. Loria, C.M.Russo, M. Solis, D. Vona

CORSO TEORICO-PRATICO
Il Counseling nella gestione terapeutica:
la giostra delle opportunità come percorso
guida nelle varie fasi della relazione

17 - 18 Ottobre 2014
Grand Hotel Varesinelli (GE)

La comunicazione efficace con il paziente è alla base di una buona relazione terapeutica nel percorso dietologico che in questo corso si rappresenta mediante la metafora della Giostra.

Ogni elemento della giostra, infatti, dal Botteghino alla Ruota panoramica, racconta uno stadio della relazione con le relative criticità che vedono coinvolti non solo l'utente, ma anche il professionista al quale verranno indicate le tecniche e le strategie per affrontarle e superarle.

I docenti saranno attivamente coinvolti durante tutte le fasi del percorso.

Info e prenotazioni: www.larussa.it

01 IL BOTTEGHINO.mp4

La giostra delle opportunità

Corso di formazione
Caserta ottobre 2014

Il Counseling nella gestione terapeutica:
la giostra delle opportunità come percorso
guida nelle varie fasi della relazione

Da FEBBRAIO 2015
Incontri mensili di approfondimento teorico

E' stato creato all'interno del gruppo un laboratorio sull'ascolto empatico con la supervisione per l'analisi del processo relazionale

Un ulteriore momento di crescita è stato il laboratorio teorico pratico sul riconoscimento delle emozioni con una piece teatrale come prodotto finale presentata a Roma nel settembre 2015.



Roma 25 Settembre 2015
Ospedale San Camillo - Aula A Piastra
Docente del corso: Prof. Claudio Tubili

**«Approcci Innovativi
al paziente obeso e dismetabolico:
dalla Nutraceutica
Alla relazione con il paziente»**

Workshop satellite
GRUPPO DI STUDIO ADI
Relazione professionale in dietologia



Disgusto Tristezza Rabbia Paura
Gioia Segretezza

**"Ascolto
in
dietologia"**



**Sono di scena le
emozioni**
Pieve teatrale a cura del
Gruppo di studio su un testo
Cristina Maria Russo



**"La relazione di aiuto
secondo l'approccio
centrato sulla persona"**



**"Demo di
ascolto empatico"**

LE CINQUE EMOZIONI PRIMARIE E...



Abbiamo deciso di studiare il nostro comportamento durante la prima visita in fase di anamnesi alimentare.

La verifica ha riguardato otto professionisti supportati da un/una collega/ tirocinante che misurava il tempo di ascolto.

Su 47 prime visite il cliente è stato interrotto 39 volte prima dei 23 secondi. In fase di anamnesi alimentare: generalmente il cliente fa un recall di ciò che inserisce nella sua dieta in maniera spontanea anche se parziale.



Se avessimo la pazienza di aspettare la fine del suo racconto senza interrompere la nostra raccolta dati sarebbe sicuramente più completa.

In una seconda verifica, infatti, su un campione di 29 pazienti sempre con lo stesso gruppo di professionisti, che si proponeva di ascoltare senza fare domande, abbiamo verificato che il cliente, in 22 casi, entro il minuto e mezzo, dà la risposta spontaneamente senza bisogno di sollecitazione.



Solo 1,9% dei clienti è capace di riprendere il filo del discorso

Beckman, H.B., Frankel, R.M. Annals of Internal Medicine, 1984;101, pp.692-696



Sono stato capace di ascoltare e comprendere il mio paziente nella sua individualità e contemporaneità? Di cogliere le sue emozioni?



Il vero problema della comunicazione è che non ascoltiamo per capire, ma per rispondere

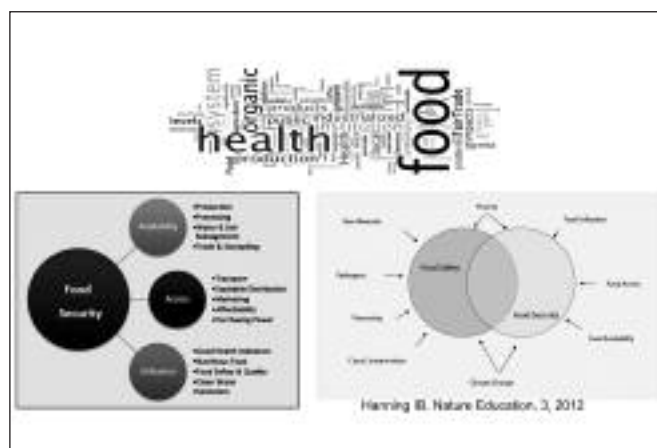
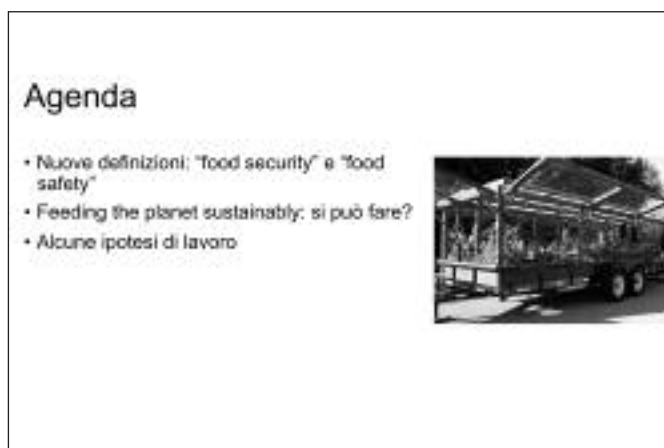
E Come sempre Oggi insieme a tutti voi ripartiamo da qui

Programmazione del gruppo di studio

Obiettivi 2016

Corso esperienziale sull'ascolto empatico che ripercorra il workshop di Roma avendo a disposizione almeno una giornata

Corso base e corso avanzato: Diario alimentare come strumento di comunicazione e cura con il paziente. Pro e contro. Primavera 2016



Agenda

- Nuove definizioni: "food security" e "food safety"
- Feeding the planet sustainably: si può fare?
- Alcune ipotesi di lavoro





[Home](#)
[About this site](#)
[Contact](#)
[Your name](#)
[English](#)



AGRICULTURE AND RURAL DEVELOPMENT

European Commission - Agriculture and Rural Development - Events

Home
The CAP
Policy areas
Market actions
External relations
CAP funding
Analysis
Media
Citizen's committee
Publications
News
Press and media

Events

**Sustainable Food hearing/workshop:
"Feeding the planet sustainably: from foresight to better integrated policies"
(Brussels, 19-20/11/2012)**

This event was organized in the context of the impact assessment preparing the 'Sustainable Food' initiative announced by the Commission.

The hearing/workshop gathered 75 external participants representing the

Help us improve this website

Did you find what you want?

Yes ☐ No ☐

What were you looking for?

Any suggestions?

- **1: Informing the consumer on the impact of food choices**
 - Measure of food sustainability
 - Messages to the consumers
 - Use of info by consumers
- **2: The potential of food services to deliver sustainable food**
 - Problems and barriers faced by Food services
 - HGPP
 - Link between environmental concerns and nutrition guidelines
- **3: Supplying and consuming Sustainable Food: breaking down the barriers in the system**
 - Seeds and land
 - Sustainability metric
 - Policy intervention




M. Stein, A. Pizzani, J. Lacroix, R. Serrhini

[illegible]

Agenda

- Nuove definizioni: "food security" e "food safety"
- Feeding the planet sustainably: si può fare?
- Alcune ipotesi di lavoro



Norma italiana UNI 11584 MAGGIO 2015

- Servizi di ristorazione collettiva –
- **Requisiti minimi per la progettazione di menu**
Food services – Minimum requirements to design a menu
- La norma fornisce gli elementi per progettare i menù destinati alla ristorazione collettiva, pubblica e privata, da parte di Enti Pubblici, Aziende, Professionisti.
- La presente norma non si applica ai servizi di ristorazione commerciale.
- Le parti hanno sentito la necessità di condividere l'esigenza di progettare menù in coerenza con la disponibilità economica, le strutture operative ed il personale dedicato. Per le considerazioni precedenti, si è voluto sottolineare l'importanza fondamentale che la progettazione del menù sia effettuata da soggetti con competenze professionali nei rispettivi ambiti di responsabilità tecnico-scientifica, secondo metodologie ispirate ad una progettazione condivisa, conoscendo e tenendo in debito conto le esigenze del committente e del consumatore.

Glossario, termini e definizioni

- **progettazione del menù:**
 - Formulazione di menù, secondo i principi di sostenibilità, diversificata per tipologie di utenti, con indicazione delle ricette, degli ingredienti e relative quantità, dei valori nutrizionali, della composizione bromatologica redatta secondo dieta.
- **gastronomia:**
 - Disciplina che studia nelle sue varie forme (culturali, scientifiche, storico-sociali, antropologiche, etnografiche ecc.) gli alimenti, l'elaborazione tecnico pratica di ricette e menù, i processi di trasformazione culinaria, la loro presentazione e comunicazione al consumatore.
- **consuetudine/tradizione alimentare:**
 - esprime il legame con gli elementi che caratterizzano le comunità, quali il territorio, l'identità, gli interessi e le affinità.

A

Children's Food Security and Intakes from School Meals

Final Report

Executive Summary Report No. 10
May 2015

By STEPHAN PATAKIAN and ANNE GORTON, Mathematica Policy Research, Inc.

Abstract

Using 2009 American Health and Nutrition Survey (AHS) data, Mathematica Policy Research, Inc. (MPRI) conducted a cross-sectional study of school meals in the United States. The study found that children from low-income households are more likely to be overweight and obese than children from higher-income households. This difference is especially evident for the highest participation rate of the school meal program, which is for children from low-income households. The study also found that children from low-income households are more likely to be overweight and obese than children from higher-income households. This difference is especially evident for the highest participation rate of the school meal program, which is for children from low-income households.

Keywords: School meals, food security, child health, nutritional status, AHS, MPRI, Mathematica Policy Research, Inc.

This study was conducted by Mathematica Policy Research, Inc., under a cooperative research contract with the U.S. Department of Education. Mathematica Policy Research, Inc. is a non-profit organization that provides research and evaluation services to the U.S. Department of Education and other federal agencies.



Glossario, termini e definizioni

- **valutazione sensoriale:**
 - Disciplina impiegata per misurare, analizzare ed interpretare le sensazioni che possono essere percepite dai sensi (vista, udito, gusto, olfatto, tatto).
- **percezione (sensoriale):**
 - esperienza percettiva data all'elaborazione soggettiva (sulla base di interessi, abitudini ecc.) dei dati forniti dagli organi di senso. Tale elaborazione acquista validità oggettiva se trova conferme nella sperimentazione scientifica.
- **accettabilità:**
 - condizione di un prodotto ritenuto gradevole in termini di attributi sensoriali da un individuo o da una popolazione.
- **preferenza:**
 - termine generico che si riferisce al confronto tra due o più prodotti su basi edonistiche (piacere-di-gusto).

A



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
10-12 DICEMBRE 2015

ADI
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Nutrizione e prevenzione

Coordinatore
Guido Monacelli



Gruppo di studio **ADI**
NUTRIZIONE, SOLIDARIETA' E PREVENZIONE



PROGETTI ATTIVI:
BERTOLI, GIARETTA, MONACELLI, MORINI

USU Umbria

Gruppo di studio **ADI**
NUTRIZIONE (SOLIDARIETA') PREVENZIONE



ADI

USU Umbria

SEZIONE ADI UMBRIA
Progetto "Mucche in comodato d'uso" Etiopia



- 86
- 87
- 88
- 89
- 127
- 174
- + 3

USU Umbria

Gruppo di studio **ADI**
NUTRIZIONE (SOLIDARIETA') PREVENZIONE



- **STATI CARENZIALI**
- - carenza di acido folico in gravidanza - 70 mln € anno



USU Umbria



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
30-31 DICEMBRE 2016

ADI
Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Grave obesità

Coordinatore
Maria Grazia Carbonelli

Gruppo di studio ADI Grave Obesità'

- Stilare un questionario da inviare ai centri italiani che si occupano di grave obesità
- 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 nutrizionale del grave obeso bariatrico

GRUPPO DI STUDIO ADI GRAVE OBESITA'

- Luca Busetto,
- Irene Del Ciondolo
- Lorenzo Maria Donini
- Barbara Neri
- Barbara Paolini
- Maria Letizia Petroni
- Stefano Pintus
- Irene Del Ciondolo
- Elisa Lapini
- Maria Grazia Carbonelli
- Franca Filippi
- Patrizia Bigarelli
- Giacomina Franco

Stilare un questionario da inviare ai centri italiani che si occupano di grave obesità



QUESTIONARIO DA INVIARE AI CENTRI ITALIANI CHE SI OCCUPANO DI GRAVE OBESITÀ

1. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

2. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

3. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

4. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

5. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

6. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

7. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

8. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

9. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

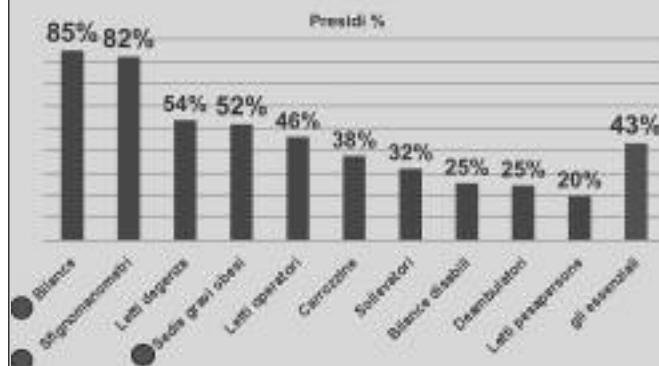
10. Dati generali del centro (nome, indirizzo, telefono, fax, email, sito web, codice postale, città, regione, provincia, paese)

I numeri Italiani indagine PASSI 2008

- Percentuale di gravi obesi 0,5%
- Percentuale di diabetici tra i gravi obesi 24%
- Mortalità per o associata a obesità 3809 casi

- Stabilire gli standard di cura e i requisiti minimi per i centri che vogliono trattare i gravi obesi

Presidi per gravi obesi



NUOVE RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE NUTRIZIONALE DEL PAZIENTE BARIATRICO

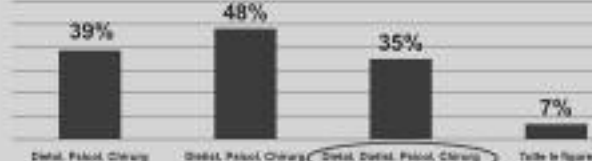
Documento ADI SIOB SIO



Prof. Maria Grazia Carbonelli
Dir. SIO Dietologia e Nutrizione
Azienda Ospedaliera San Carlo Francesco - Roma

Team multidisciplinare

% delle figure più importanti in un team G.O.



- Tra le figure presenti in un centro che si occupa efficacemente della grave obesità, il Medico dietologo, il Dietista, lo Psicologo e il Chirurgo bariatrico sono da considerarsi le più importanti.
- Ma solo il 35% è composto da tale gruppo
- il 39% escludendo il Dietista
- Più frequente (48%) escludendo la figura del Medico Dietologo

Attualmente in Italia vi sono diversi Centri di riferimento per la terapia della Grave Obesità ma non tutti dispongono di un team nutrizionale dedicato.

Gruppo di lavoro per le indicazioni nutrizionali in chirurgia bariatrica.

“Manuale di Nutrizione Clinica per la Chirurgia Bariatrica”
approvato da



Prof. Maria Grazia Carbonelli
Dir. SIO Dietologia e Nutrizione
Azienda Ospedaliera San Carlo Francesco - Roma

Progetto svolto dal 2013

- Stilare linee guida nutrizionali per la gestione nutrizionale pre e post chirurgia in pazienti che effettuano interventi di chirurgia bariatrica (in collaborazione con la Sicob).
- Coinvolgimento anche di SIO

Gruppo di lavoro per le indicazioni nutrizionali in chirurgia bariatrica
(coordinatore M.G. Carbonelli - revisore L. Busetto)

• Maria Grazia Carbonelli e Barbara Neri - medici dietologi
• Patrizia Squarotti, Franca Filippi e Giacomina Frasca - Dietiste
• Pierluigi Merli - chirurgo
• Unità Operativa di Dietologia e Nutrizione
• Azienda Ospedaliera San Carlo Francesco - Roma

• Giovanna Nigamini - dietista
• Stefania Lucifora - chirurga

• Unità Operativa di Chirurgia Bariatrica e Metabolica
• Azienda Ospedaliera Università Cattolica - Roma

• Eufemia Silvani - Rita Schiana di Cova, Gastroenterologia
• Settimio Padellaro - dietista
• Cristiano Blandino - dietologo
• Unità Operativa di Chirurgia Interventiva e Metabolica
• Azienda Ospedaliera Poma - Mantova - Italia



• Stefano Padellaro - medico dietologo
• Roberto Mancini - chirurgo

• Unità Operativa di Chirurgia Bariatrica
• Azienda Ospedaliera Brotzu - Cagliari

• Barbara Padellaro, Irene Del Grande ed Elise Lepini - medici dietologi
• Giuseppe Vatti - chirurgo
• Unità Operativa di Chirurgia Metabolica
• Azienda Ospedaliera Università - Salerno



La Nutraceutica è una “Scienza” molto giovane e controversa, che corre il rischio di dare false indicazioni nutrizionali.

COMPONENTI ATTUALI

STEFANIA AGRIGENTO
ANTONIO CARETTO
ARRIGO CICERO
VALERIA LAGATTOLLA
CLAUDIO MACCA

NECESSITA' DI APPROFONDIRE L'ARGOMENTO PER DARE MAGGIORE SCIENTIFICITA' A E STANDARDIZZARE L'UTILIZZO DI TALI PRODOTTI COME COADIUVANTI NELLA TERAPIA DELLE MALATTIE METABOLICHE

NUTRACEUTICA

Si riferisce allo studio di sostanze contenute in alimenti, piante o fonti microbiche che hanno degli effetti benefici sulla salute

ATTIVITA' IN CORSO

“STANDARD ADI-SIO PER LA CURA DELL'OBESITA'”

“PROSSIMA INDIVIDUAZIONE DI UN PROGETTO DI RICERCA CON ABOCA”

MECCANISMI

- INDUZIONE MECCANICA DELLA SAZIETA' (es. FIBRE)
- RALLENTAMENTO DIGESTIONE E ASSORBIMENTO DI CHO E LIPIDI
- STIMOLAZIONE DEL METABOLISMO (es. EGCG)
- INSULINO-SENSIBILIZZANTI (es. BERBERINA, CURCUMINA)
- EUBIOSI INTESTINALI (PROBIOTICI)
- RIDUZIONE ANSIA E DEPRESSIONE CORRELATI ALLA FAME
- INTEGRAZIONE NUTRIZIONALE IN CORSO DI DIETE DRASTICHE

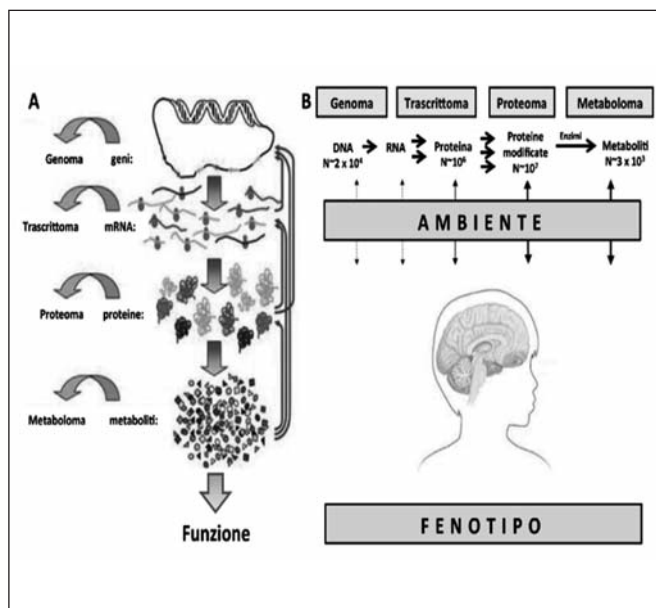
XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA 10-12 DICEMBRE 2015

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE IN NUTRIZIONE
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici
PROGRAMMA DEFINITIVO

Alimentazione e Nutrizione in età Pediatrica
Coordinatori
NICOLA CECCHI
GIUSEPPE MORINO

SANTOBONO PAUSILIPON





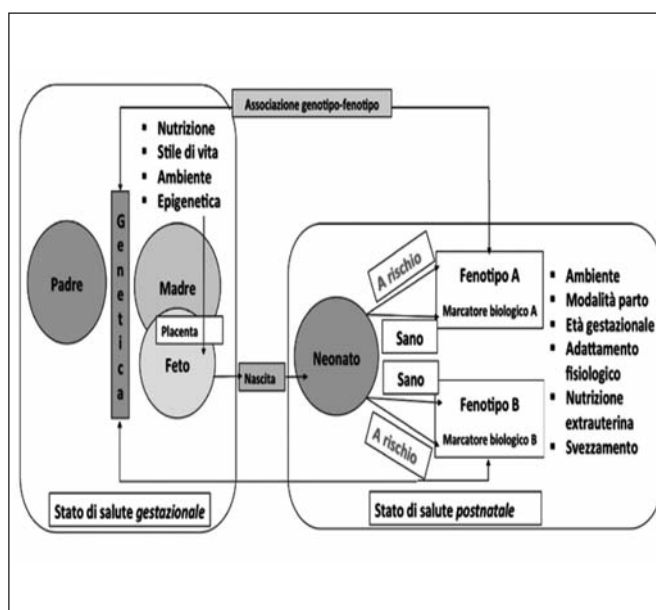
**The First 1000 Days:
Conception to the 2nd birthday**



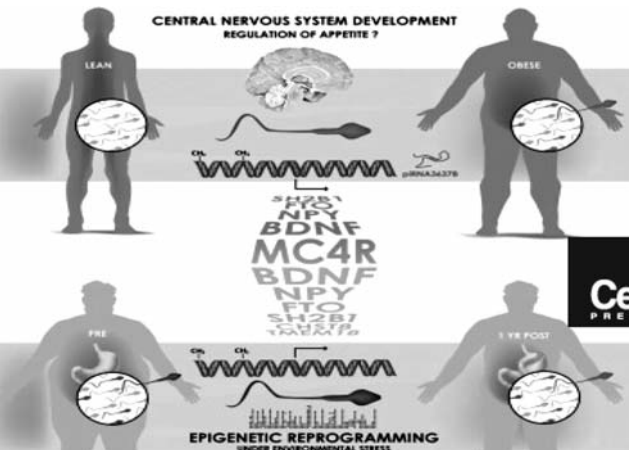
Conception to birth 9 months
1st year
2nd year

270 days + 365 days + 365 days = 1000 days

**A unique window of opportunity
To fight modern epidemics**

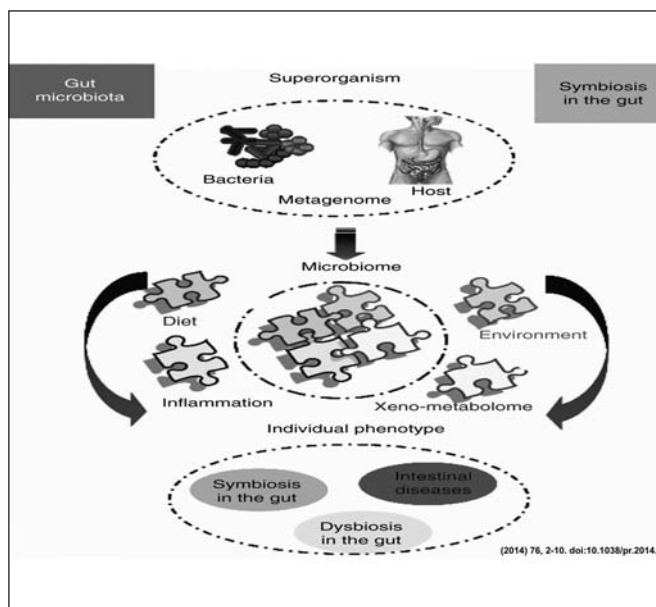


**CENTRAL NERVOUS SYSTEM DEVELOPMENT
REGULATION OF APPETITE?**



GASTRIC BYPASS-INDUCED WEIGHT LOSS
Obesity and Bariatric Surgery Drive Epigenetic Variation of Spermatozoa in Humans

Cell PRESS





Proposta di azione/soluzione

Proponente:...MORINO.....

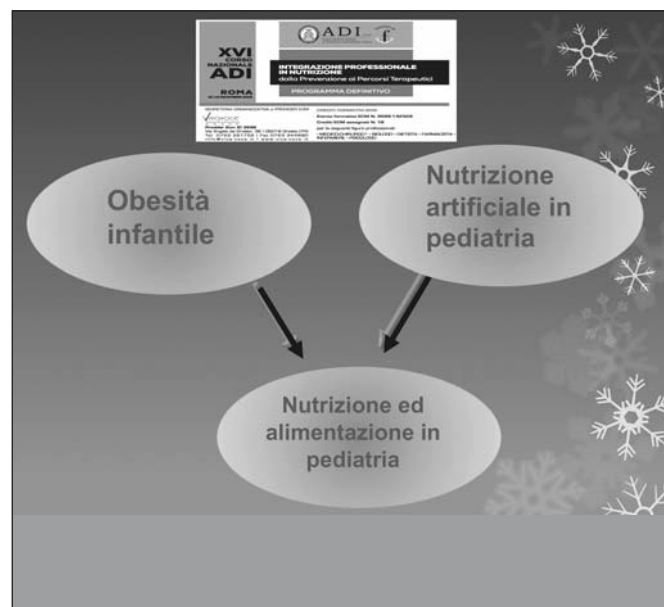
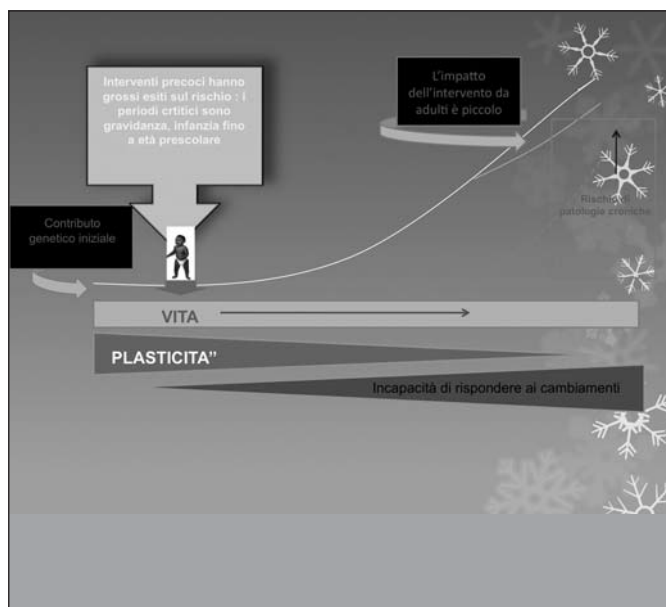
Tema: Dal gruppo di studio per l'obesità infantile al gruppo Alimentazione e Nutrizione Pediatrica in ADI

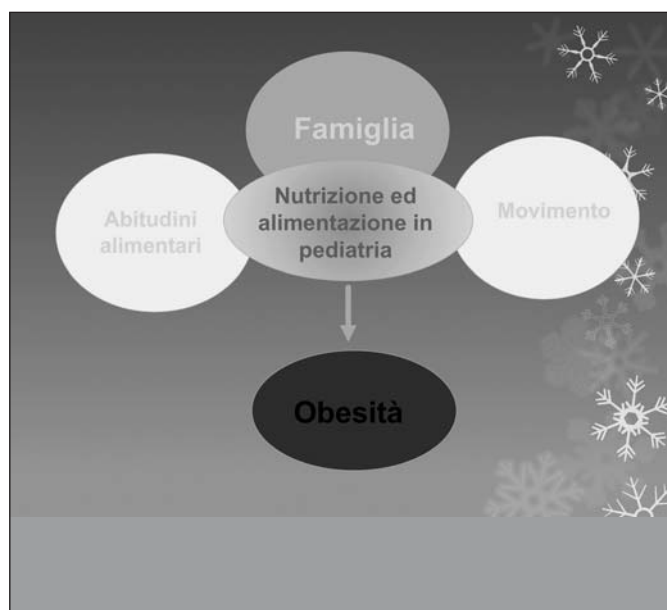
Scopo: Promuovere una cultura di nutrizione pediatrica in ADI

- Sviluppare tematiche attraverso sessioni di Master o corso FAD
- Sviluppare documenti inerenti alimentazione in età pediatrica (vedi Doc. ADI SIO obesità pediatrica / documento su alimenti a misura di bambino)
- Attività di ricerca (Ricerca bambini e famiglia con obesità)
- Evento divulgativo su una delle tematiche affrontate

Indicatori di esito; Almeno 3 Attività svolte nel triennio

Eventuale Costo ?





ADI
Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

GdS Nutrizione ed alimentazione in pediatria

↓

Promuovere una cultura di nutrizione pediatrica in ADI

- **IL DOMANI:**
- Sviluppare tematiche attraverso sessioni di Master o corso FAD
- Sviluppare documenti inerenti alimentazione in età pediatrica (vedi Doc. ADI SIO obesità pediatrica / documento su alimenti a misura di bambino)
- Evento divulgativo su una delle tematiche affrontate

ADI
Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

Proposta di indagine multicentrica

Studio multicentrico italiano sui determinanti familiari nello sviluppo dell'obesità in età pediatrica semplice e complicata

Scopo: Valutare i comportamenti familiari che possono influenzare lo sviluppo dell'obesità.

TEMI affrontati

- Quadro clinico nutrizionale familiare
- Comportamenti rispetto al cibo
- Comportamenti volti al movimento o sedentarietà
- Abitudini alimentari familiari



RARE E MENO RARE

- Le patologie Neurologiche Rare sono tali come numerosità per singola patologia, ma relativamente comuni se considerate complessivamente
- Hanno globalmente costi personali, sociali e sanitari elevati
- La diagnosi è difficile e spesso ritardata, con conseguente ritardata terapia appropriata

Luisa Zoni - A Di 2015

QUALI MALATTIE

- Disturbi che colpiscono il Sistema Nervoso Centrale
 - Sclerosi Multipla, M di Parkinson, malattie cerebro-vascolari (ictus), Epilessia, Alzheimer e Demenze, altre malattie eredo-degenerative o infiammatorie-infettive o le anossie perinatali
- Oppure quello Periferico
 - polineuropatie, miastenia, miopatie

Luisa Zoni - A Di 2015

NUTRIZIONE E NEUROLOGIA

- La nutrizione gioca un ruolo rilevante per alcune di esse, a stadi diversi
 - Esclusione di nutrienti o supplementazioni mirate
 - Prevenzione/cura della malnutrizione
 - Modifiche di consistenza per la disfagia
 - Distribuzione Proteica Differenziata (DPD)
 - Aumento nutrienti anti-infiammatori, anti-ossidanti, funzionali
 - Nutrizione Artificiale

Luisa Zoni - A Di 2015

MALATTIE NEURO-MUSCOLARI

- NEUROPATIE PERIFERICHE (polineuropatie su base tossica, metabolica, carenziale, infiammatoria o multineuropatie su base vascolare)
- MALATTIE DEL MOTONEURONE (SLA)
- MIOPATIE (genetiche distrofiche, dismetaboliche, infiammatorie)

Luisa Zoni - A Di 2015

CRITICITÀ

- Le informazioni nutrizionali sono spesso fornite da personale non specificamente formato in tale ambito
- Internet è un generatore di disinformazione che può creare danni anziché vantaggi
- L'autogestione nutrizionale e di integratori dei pazienti e dei familiari spesso non viene segnalata ai professionisti che hanno in carico i malati

Luisa Zoni - A Di 2015

INTERVENTI CONSOLIDATI

- M di Parkinson: diete DPD, modifiche consistenza, integrazioni, NE via PEG
- Sclerosi Multipla: dieta ricca di AGP (anti-infiammatoria) ed anti-ossidanti
- Epilessia farmaco-resistente: keto diet in età pediatrica, keto modificata a basso IG in età giovanile
- Ictus cerebri: protocolli di intervento nutrizionale secondo livello di gravità

Luina Zoni - A.D. 2015

PERCHÈ

- Il supporto nutrizionale
 - Migliora la qualità di vita dei soggetti
 - Riduce il rischio di ipoglicemia
 - Supporta la forza muscolare
 - Fornisce micronutrienti o sostanze funzionali anche con cibi naturali oltre che con integrazioni mirate
 - Previene la malnutrizione
 - Controbilancia gli effetti delle terapie steroidee
 - Integra artificialmente in fasi avanzate
 - Interagisce con la famiglia per comportamenti alimentari di sostegno

Luina Zoni - A.D. 2015

UN FILONE PARTICOLARE

- Le MALATTIE NEUROMUSCOLARI DISTROFICHE
 - Distrofia di Duchenne (1/3500 nati vivi)
 - Distrofia di Becker
 - Distrofia Miotonica di Steinert (1/10000 n v)
 - Distrofia Facio-Scapolo-Omerale (1/20000 n v)
 - Atrofia Spinale (SMA) tipo 1-2-3
 - SLA, sporadica o eredo-familiare (2-3/100000 abitanti)

Malattie Neuromuscolari
• Distrofia di Duchenne
• Distrofia di Becker
• Distrofia Miotonica di Steinert
• Distrofia Facio-Scapolo-Omerale
• Atrofia Spinale (SMA)
• SLA
• Distrofia di Charcot-Marie-Tooth
• Distrofia di Friedreich
• Distrofia di Huntington
• Distrofia di Kennedy
• Distrofia di Landau-Kleffner
• Distrofia di Rett
• Distrofia di Sanfilippo
• Distrofia di Smith-Richards
• Distrofia di Tardieu
• Distrofia di Werdniger-Hoffmann

Luina Zoni - A.D. 2015

VI FORUM
nutrizione di nutrizione

CONCURRENTE WITH
EXPO MILANO 2015

Milan, 25th - 27th June 2015
CONVENTION CENTRE "STELLA POLARE"

25th JUNE 2015

SPOR ALLA DISTROFIA MUSCOLARE
LA NUTRIZIONE COME STRUMENTO SOSTENUTTO
CONCURRENTE DI NUTRIZIONE DI NUTRIZIONE

PROGRAMMA

15.00 Apertura del Forum

16.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

17.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

18.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

19.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

20.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

21.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

22.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

23.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

24.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

25.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

26.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

27.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

28.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

29.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

30.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

31.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

32.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

33.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

34.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

35.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

36.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

37.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

38.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

39.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

40.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

41.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

42.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

43.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

44.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

45.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

46.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

47.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

48.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

49.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

50.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

51.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

52.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

53.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

54.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

55.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

56.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

57.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

58.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

59.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

60.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

61.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

62.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

63.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

64.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

65.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

66.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

67.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

68.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

69.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

70.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

71.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

72.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

73.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

74.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

75.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

76.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

77.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

78.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

79.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

80.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

81.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

82.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

83.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

84.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

85.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

86.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

87.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

88.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

89.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

90.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

91.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

92.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

93.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

94.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

95.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

96.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

97.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

98.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

99.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

100.00 Conferenza: "La Nutrizione nella Distrofia Muscolare"

Achievements in the past two decades

- Better understanding of the pathomechanisms, improved standards of care, and new treatment approaches → → **change natural history and long-term perspectives**
- The identification of the genetic basis for most has unexpectedly **expanded the clinical range** of variants
- Harmonisation of standards of care, with implementation of **anticipatory care** done on the basis of knowledge about individual disorder complications
- Improved **prevention and management** of complications
- Knowledge about the molecular basis led to the development of new **treatments** (several already in **clinical trials**)

Filippo Maria Santorelli - 2015

PREMESSE

- Collaborazione della UO di Dietologia con la NPI dell'ISN (IRCCS Intra-AUSL) nella gestione di pazienti con Distrofia Muscolare di Duchenne e SMA + pazienti con Patologie Mitochondriali e Miopatie Congenite + Epilessie farmacoresistenti
- La NPI collabora con la UILDM su progetti specifici



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Unione Italiana Lotta alla
Distrofia Muscolare ONLUS

Luina Zoni - A.D. 2015



XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
19-22 DICEMBRE 2015

ADI
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

**INTEGRAZIONE PROFESSIONALE
IN NUTRIZIONE**
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

ADI-AMD-SID "Nutrizione e diabete"

Coordinatore
Giuseppe Fatati

2013:
Presentazione e pubblicazione delle
Raccomandazioni 2013-2014
*La terapia medico nutrizionale
nel diabete mellito*

- 2014:**
- Revisione delle raccomandazioni
Alimentazione in gravidanza
 - Start up progetto *Ramadan e diabete* (in
collaborazione con GISED)

2015:
Pubblicazione Revisione delle raccomandazioni
Alimentazione in gravidanza

2016:
revisione raccomandazioni *Trattamento
insulinico in NA*




XVI CORSO NAZIONALE ADI
ROMA
19-22 DICEMBRE 2015

ADI
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

**INTEGRAZIONE PROFESSIONALE
IN NUTRIZIONE**
dalla Prevenzione ai Percorsi Terapeutici

Componenti
Foglini Paolo
Forlani Gabriele
Leotta Sergio
Marelli Giuseppe
Parillo Mario
Pipicelli Giuseppe
Tessari Paolo
Tommasi Franco
Zavaroni Ivana

Novembre 2015: Pubblicazione Revisione delle Raccomandazioni Alimentazione in gravidanza



FAGIOLO TONDINO DI VILLARICCA

A. Fusco¹, R. Capriello²

¹ Biologa nutrizionista, ² dietista AORN S Anna S Sebastiano Caserta

Il fagiolo fu importato nei Paesi Europei dai Conquistadores, a seguito della scoperta delle Americhe; origine quindi diversa rispetto ai ceci, alle lenticchie, alle fave e alle cecerchie che erano presenti dall'antichità nell'area del Mediterraneo. La pianta del fagiolo, *Phaseolus vulgaris*, è dunque originaria dell'America centrale e del Messico; in quegli anni, in Europa esistevano già alcune specie di fagioli (genere *Vigna*), di origine però Africana.

I nuovi fagioli del genere *Phaseolus* presto soppiantarono gli altri, perché più redditizi e semplici da coltivare. *Phaseolus vulgaris* è una pianta erbacea annua appartenente alla famiglia delle Leguminose Papilionacee, si contano innumerevoli varietà di fagiolo, stimate addirittura intorno alle 500

Caratteristiche nutrizionali dei fagioli

I fagioli hanno ottimi valori nutrizionali, sono ricchi di carboidrati e con un buon apporto proteico. I fagioli hanno un contenuto ridotto di grassi, inferiore anche alla soia, mentre l'elemento costituente della buccia è la fibra che ha un ruolo determinante nella regolarità delle funzioni intestinali e aiuta a raggiungere facilmente la sensazione di sazietà.

Rilevante è anche la quantità di vitamine del gruppo B. Il valore nutritivo dei fagioli è molto alto, ed è costituito per la maggior parte da carboidrati, che si combinano perfettamente con i cereali, a completamento di un quadro proteico dall'elevato valore biologico, pari a quello fornito dalle carni o dalle uova, e privo di colesterolo. I fagioli sono molto calorici (303 Kcal per 100 g) e queste calorie provengono in particolare da:

Composizione chimica	valore per 100g
Proteine (g):	23.4
Lipidi(g):	1.6
Colesterolo (mg):	0
Carboidrati disponibili (g):	47.5
Fibra totale (g):	17.6
Fibra solubile (g):	2.3
Fibra insolubile (g):	15.25
Energia (kcal):	279
Energia (kJ):	1166
Sodio (mg):	5

Potassio (mg):	1441
Ferro (mg):	8.8
Calcio (mg):	132
Fosforo (mg):	460
Magnesio (mg):	170
Zinco (mg):	3.6

Dal punto di vista nutrizionale i fagioli sono un alimento completo e ricco. Sono presenti elevate quantità di macroelementi quali fosforo, ferro, potassio e anche microelementi quali calcio, oltre a vitamine come vitamine A, B e C.

Le loro proprietà

I fagioli sono molto nutrienti e, ricchi di **vitamine A, B, C, ed E**, contengono inoltre **sali minerali e oligominerali**, come potassio, ferro, calcio, zinco e fosforo. Essendo legumi, i fagioli sono ricchi di **lecitina**, un fosfolipide che favorisce l'emulsione dei grassi, evitandone l'accumulo nel sangue e riducendo di conseguenza il livello di **colesterolo**.

Come si usano i fagioli

I baccelli di fagiolo si trovano in commercio anche sotto forma di compresse. Contengono sostanze nutritive come amminoacidi e vitamine. Con i baccelli freschi di fagioli si prepara invece un infuso: 2 g ogni 100 ml d'acqua, da bere nella dose di 2 tazze al giorno. I baccelli di fagiolo, in compresse o in infuso, sono efficaci:

Per curare l'ipertensione;

Per abbassare il livello di colesterolo;

Per abbassare il livello della glicemia;

Nella cura del sovrappeso e dell'obesità, poiché riducono il senso di fame e anche l'assorbimento dei principi nutritivi.

Occorre fare molta attenzione nella preparazione dei fagioli prima della cottura. È consigliabile, infatti, tenerli in ammollo almeno 6-8 ore in acqua fredda, per poi cuocerli in un'acqua diversa. Questa semplice operazione consente il rilascio in acqua di alcune sostanze antinutrizionali normalmente contenute in tutti i tipi di fagioli, dette glucosidi ciano-

genetici (che liberano cioè acido cianidrico), responsabili di quel lieve fastidio intestinale che può presentarsi in qualunque soggetto anche sano in seguito all'assunzione.

Secondo uno studio pubblicato il 14 ottobre 2014 dal CRA/UNISA (Consiglio per la Ricerca e la Sperimentazione in Agricoltura, responsabile Marisa Di Matteo). Il fagiolo tondino di Villaricca possiede percentuale proteica uguale al fagiolo di Controne e superiore alle altre tipologie di fagiolo.

Ecotipo	% proteine/s.s.	% amido/s.s.
Fagiolo A Formella	28,7	30,88
Fagiolo Dente di morto	24,7	30,03
Fagiolo Tondino di Villaricca	29,6	30,33
Fagiolo Occhio nero alto Sele	28,1	34,11
Fagiolo di Controne	29,6	33,69
Fagiolo Occhio nero di Oliveto Citra	27,3	31,18
Fagiolo della Regina di Gorga	25,4	35,66

Nell'ultimo cinquantennio si è registrata una sensibile riduzione della superficie investita a fagiolo nel nostro paese, per cause dovute sia alla scarsa redditività della coltura, sia al cambiamento delle abitudini alimentari degli italiani, essendo passati da un consumo di legumi pro capite di circa 6 Kg/anno a 2,5. Prendendo in considerazione i dati del decennio appena trascorso, vediamo come si sia passati da una produzione nazionale di fagioli secchi di circa 20.000 tonnellate del 2000 alle quasi 12.000 del 2009; analogamente, anche per il fagiolo fresco, in gran parte destinato alla surgelazione, si è evidenziato un significativo calo di produzione (-15%), ma in questo caso vi è stato un incremento del valore economico pari al 7-8%. Di pari passo al calo delle produzioni, vi è stato un notevole incremento delle importazioni di ambedue le tipologie di prodotto, fresco (in primo luogo dall'Argentina e secondariamente dalla Cina, dal Canada, dagli USA e dall'Etiopia) e secco (particolarmente dall'Egitto e dagli altri paesi del Nord Africa per soddisfare le richieste dell'industria conserviera). È interessante notare che la quasi totalità di queste importazioni avviene attraverso i porti della Campania: nel solo 2010 sono state infatti introdotte in detta regione ben 1.084 partite di fagioli secchi, per un totale di circa 80.000 tonnellate.

Da un certo tempo si assiste ad una riscoperta della dieta mediterranea e dei prodotti tipici "di una volta", fattori che hanno determinato una ripresa nel consumo di questo legume, grazie anche all'introduzione di varietà caratterizzate da maggiore produttività. Attualmente l'Italia è al terzo posto in

Europa per la produzione di fagioli, dopo Spagna e Portogallo. Secondo i dati del Catalogo Nazionale delle Varietà delle Specie di Ortaggi (edizione 2011), in Italia sono al momento iscritte 3 varietà del *Phaseolus coccineus* e ben 117 varietà del *P. vulgaris* (di cui 74 di fagiolo nano e 43 del tipo rampicante).

Importanza del fagiolo in Campania

La coltivazione del fagiolo è sempre stata tenuta in gran conto nel Meridione, in particolare, vi sono località dove ha raggiunto livelli di eccellenza per qualità di prodotto. La preservazione del patrimonio varietale è tuttavia a rischio, sia perché alcune varietà sono coltivate in aree ristrettissime, sia perché l'agricoltore tende a sostituire alcune di queste con altre a più alta resa. Diversi operatori sono tutt'ora impegnati in azioni di salvaguardia e recupero delle varietà tradizionali della propria regione. La Regione Campania, nell'ambito delle proprie attività, ha individuato circa 250 ecotipi di fagiolo, rappresentativi di quasi tutte le realtà territoriali, molti dei quali però, rimanendo al di fuori dei canali commerciali, sono conosciuti e apprezzati solo da piccole comunità locali. La Regione Campania, in collaborazione con altre Istituzioni, ha cercato di recuperare tale patrimonio, caratterizzando gli ecotipi locali e costituendo una banca del germoplasma a cui tutti gli interessati possono attingere.

Fagiolo di Villaricca

Uno dei principali tipi di fagioli prodotti in Campania è il fagiolo che prende il nome dal comune di Villaricca, in provincia di Napoli, è tondo e bianco, di piccole dimensioni e si coltiva in piccoli appezzamenti diffusi in tutto il territorio del Giuglianese. È detto anche "tondino", per la sua forma, o "quarantino", a causa del suo ciclo vegetativo di circa quaranta giorni. Le piante, secondo le tradizionali tecniche di coltura della specie, vengono "incannate", cioè fatte arrampicare su sostegni costruiti con canne; i suoi baccelli vengono raccolti ancora acerbi e vengono lasciati maturare al sole fino a seccarsi, per poi essere battuti per separare i legumi che vengono conservati in sacchetti di tela. Il fagiolo di Villaricca è molto digeribile, di facile cottura e di sapore molto intenso e si utilizza per preparare zuppe e minestre come per la tipica pasta e fagioli napoletana in alternativa ai fagioli freschi. È un fagiolo che sta scomparendo, soppiantato da un altro tipo che pure prende lo stesso nome ma che in

realtà è un ibrido proveniente dall'Argentina, e dal momento che costa molto di meno, per ragioni economiche è assai più presente sul mercato. È facile confondere i due semi, messi a confronto ad occhio nudo sono quasi praticamente indistinguibili, se non per il fatto che quello originale ha forme leggermente variabili, mentre l'ibrido è più standardizzato e regolare nel formato rotondo, e anche la superficie è translucida e tondeggiante. Come spiega Vito Trotta Fiduciario Slow Food della Condotta dei Campi Flegrei e Responsabile dei Presidi Slow Food per la Campania e la Basilicata, durante il Terra Madre Day del 10 dicembre scorso - la giornata dedicata da Slow Food alle Comunità del Cibo in tutto il mondo -: «Alla vista i due tipi di fagioli sembrano uguali, ma non lo sono. Quello che oggi è più facile trovare in commercio in realtà arriva dall'Argentina, l'altro tipo - che è Presidio Slow Food - è di produzione locale, confinata in qualche orto di Parete, e a Villaricca non ce n'è quasi più». «I semi si possono seminare, mentre gli ibridi no: così si seleziona l'ecotipo, i contadini sceglievano i semi più belli, li seminavano e anno dopo anno è venuto fuori il "Tondino", un tempo coltivato nel territorio di Parete, Giugliano, Qualiano, Marano; quelli di oggi sono ibridi da fusione di fagioli dell'America Latina, ma che hanno poco in comune; il



terreno vulcanico delle nostre zone è ricco di sali minerali come potassio, azoto, fosforo che ne arricchiscono il sapore; e anche in cottura il tegumento è tenero per cui diventano cremosi e si legano meglio con la pasta mista nei diversi formati, che con i differenti tempi di cottura mantengono il croccante alla masticazione».

- http://www.agricoltura.regione.campania.it/pubblicazioni/pdf/fitofagi_fagiolo.pdf
- <http://www.agricoltura.regione.campania.it/tipici/tradizionali/fagiolodivillaricca.htm>
- Banca dati INRAN

A CURA DEL CENTRO STUDI ABOCA IL CONTROLLO DELLA RISPOSTA GLICEMICA AI PASTI: UN'INTERESSANTE STRATEGIA PER IL TRATTAMENTO DI SOVRAPPESO E OBESITÀ

Sovrappeso e obesità hanno raggiunto oramai da tempo livelli preoccupanti. Secondo i dati dell'Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation il quadro potrebbe diventare presto insostenibile per il Sistema sanitario. Sovrappeso e obesità oggi hanno un costo diretto di 4,5 miliardi di euro. Di questi oltre un terzo è imputabile al diabete. A questi si aggiungono altri 4,5 miliardi di costi indiretti. Malgrado la maggior parte della spesa sia da attribuire ai ricoveri in ospedale, occorre tenere presente che l'impatto maggiore è dato dai gradi meno severi di obesità e dal sovrappeso: il costo per il sistema sanitario nazionale di una persona sovrappeso è limitato: circa 37,4 euro all'anno in più rispetto a un normopeso. Tuttavia, considerando che in Italia le persone in queste condizioni sono 21 milioni, il surplus di spesa sanitaria per queste persone è di oltre 780 milioni di euro annui. I provvedimenti da parte delle istituzioni finora si sono rivelati insufficienti: la comunità medico-scientifica internazionale ha presentato all'EXPO la *Milan Declaration*, un invito all'azione per riconoscere e trattare l'obesità. Nel documento, tra le altre cose, si chiede anche di supportare la ricerca di nuove ed efficaci strategie di prevenzione, che rappresentino reali benefici per la società.

Per quanto vi sia oramai una profonda consapevolezza che l'alimentazione influenza significativamente la salute, ci sono ancora tante discussioni su quale sia la "dieta ottimale". La popolazione è confusa dalle informazioni spesso contrastanti che vengono diffuse. Negli ultimi anni è stata, su più fronti, sostenuta l'ipotesi che la restrizione dei carboidrati rappresenti un'efficace strategia per la perdita di peso¹. Tuttavia, come evidenziato da una recente meta-analisi², la dieta low-carbo non ha effetti protettivi nei confronti delle patologie cardiovascolari e della relativa mortalità. La scelta di ridurre l'apporto dei carboidrati è motivata dalle risposte sfavorevoli che conseguono l'innalzamento della glicemia, ma la risposta glicemica è influenzata anche dalla qualità dei carboidrati, piuttosto che semplicemente dalla quantità. L'attenzione è su quello che è stato definito "indice glicemico" (glycemic index, GI). Una meta-analisi di studi osservazionali ha evidenziato un'associazione significativa tra dieta ad alto indice glicemico e varie malattie inclusi il diabete, le patologie cardiovascolari e il tumore al seno³. Pertanto la riduzione della risposta glicemica ai pasti è stata proposta come strumento per la riduzione del rischio di diabete e malattie cardiovascolari. La riduzione del GI permette di controllare le risposte glicemiche senza alterare le proporzioni dei macronutrienti e quindi senza sbilanciare l'assunzione verso un eccesso di grassi o proteine. Diversi studi hanno valutato l'impatto di una dieta a basso indice glicemico (low glycemic index, LGI) sulla salute. Molti studi riguardano i pazienti diabetici per i quali è stata riscontrata una riduzione significativa dei livelli di emoglobina glicata: le linee guida per il diabete raccomandano pertanto

l'adozione di diete LGI per un migliore controllo glicemico⁴. I risultati degli studi condotti su pazienti non diabetici sono di più difficile interpretazione. La riduzione, in genere molto piccola, dell'indice glicemico delle diete analizzate può essere sufficiente per evidenziare differenze clinicamente significative negli outcomes clinici dei pazienti diabetici, che hanno ampie fluttuazioni della glicemia postprandiale, ma non nei pazienti con normale tolleranza al glucosio, i cui livelli di glicemia cambiano in un piccolo range. Spesso inoltre gli studi non hanno un potere statistico adeguato a rilevare i benefici delle modificazioni della dieta. Malgrado tali limitazioni, diverse analisi osservazionali hanno evidenziato outcomes clinici positivi nelle persone che seguono diete LGI. Due reviews^{5,6} indicano che con una dieta LGI è possibile ottenere modeste ma significative riduzioni del peso e in particolare, nel lungo termine miglioramenti nel profilo glico-insulinemico e nei markers pro infiammatori. Sono molto interessanti i risultati di un'analisi aggregata dei dati di 45 pubblicazioni⁷ da cui è emerso che le diete LGI possono ridurre i livelli sia di glicemia a digiuno sia delle proteine glicate, indipendentemente dalle differenze nell'assunzione di carboidrati disponibili e non disponibili. Il consumo di elevati livelli di carboidrati non disponibili migliora ulteriormente entrambi i parametri sommandosi agli effetti della dieta LGI. Gli esiti sono stati particolarmente importanti nelle persone con uno scarso controllo della glicemia a digiuno. La riduzione dell'indice glicemico della dieta e l'aumento della quota di carboidrati non disponibili ha migliorato anche la sensibilità all'insulina sia nei diabetici, sia nelle persone sovrappeso e obese. L'adozione di una dieta a basso impatto glicemico è in grado di migliorare significativamente importanti parametri e l'assunzione di carboidrati non disponibili è altrettanto efficace, contribuendo al ripristino di buone condizioni di salute in soggetti sovrappeso e obesi.

¹ Adele H. Hite et al. 2011 Low-Carbohydrate Diet Review: Shifting the Paradigm. *Nutr Clin Pract* 26 (3): 300-308

² Notoet al. 2013 Low-carbohydrate diets and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2013; 8:e55030

³ Barclay AW et al. 2008 Glycemic index, glycemic load and chronic disease risk-a meta-analysis of observational study. *Am J Clin Nutr*. 87: 627-637

⁴ Guideline for management of postmeal glucose in diabetes, *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103: 256-68

⁵ Schwingshackl L and Hoffmann G. 2013 Long-term effects of low glycemic index/load vs high glycemic index/load diets on parameter of obesity and obesity associated risks: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 23: 699-706

⁶ Thomas D et al. 2007 Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 3 CD005105

⁷ Livesey G. et al. 2008 Glycemic response and health- a systematic review and meta-analysis: relations between dietary glycemic properties and health outcomes. *Am J Clin Nutr*. 87 (suppl): 258-68S.

LibraMed

regola il **picco glicemico**
per il controllo del peso



DA OGGI ANCHE IN BUSTINE GRANULARI
DA DISPERDERE IN ACQUA



Libramed, grazie al suo complesso brevettato Policaptil Gel Retard®, agisce controllando i picchi glicemici, riducendo l'accumulo dei grassi e il senso di fame. Grazie a questo meccanismo d'azione **Libramed**, in associazione ad una dieta equilibrata e ad una regolare attività fisica, favorisce la riduzione del peso e della circonferenza addominale.

È UN DISPOSITIVO MEDICO CE 0373
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso.

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

I prodotti non sostituiscono una dieta variata. Seguire un regime alimentare ipocalorico adeguato, una stile di vita sano e una regolare attività fisica. In caso di dieta seguita per periodi prolungati, oltre le 14 settimane, si consiglia di sentire il parere del medico.



INNOVAZIONE PER LA SALUTE

CARLO ORESTE CANGIANO

VADEMECUM DI NUTRIZIONE CLINICA E DIETOLOGIA

Presentazione del volume

Il Vademecum di nutrizione clinica e dietologia è dedicato agli studenti e laureati in Medicina, Biologia e Dietistica, ma nel suo approccio alla tematica è comprensibile anche ad altri cultori della materia.

Nella prima parte sono riportate le più moderne conoscenze sulla fisiologia del digiuno, sulla patogenesi della malnutrizione calorico-proteica e sulla valutazione dello stato nutrizionale.

Nella seconda parte sono affrontati gli aspetti più importanti del ruolo della dietoterapia in diverse patologie di interesse clinico comune. La terza parte riguarda la nutrizione artificiale parenterale ed enterale con particolare attenzione alle indicazioni, alle vie di accesso, ai protocolli terapeutici ed alle complicazioni. Successivamente vengono descritte le principali caratteristiche delle miscele nutrizionali indicate per le principali patologie.

Infine, nell'appendice sono brevemente descritti i problemi nutrizionali nello sport, nei disturbi del comportamento alimentare, nella gravidanza, durante l'allattamento e nella terza età.



Il volume è reperibile all'indirizzo:

www.pmedizioni.it/prodotto/vademecum-di-nutrizione-clinica-e-dietologia/



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



XXII Congresso Nazionale ADI

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

VICENZA 20-22 OTTOBRE 2016

Comitato Scientifico



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Antonio CARETTO Brindisi

PAST-PRESIDENT

Lucio LUCCHIN Bolzano

SEGRETARIO GENERALE

Lorenza CAREGARO NEGRIN Padova

VICE-SEGRETARIO

Barbara PAOLINI Siena

TESORIERE

Annarita SABBATINI Milano

CONSIGLIERI

Marco BUCCIANI Follonica (GR)

Claudio MACCA Brescia

Giuseppe MALFI Torino

Mariangela MININNI Potenza

Claudio TUBILI Roma

www.adiitalia.net



PRESIDENTE

Giuseppe FATATI Terni

CONSIGLIERI

Maria Luisa AMERIO Asti

Enrico BERTOLI Ancona

Santo MORABITO Messina

Maria Rita SPREGHINI Roma

Massimo VINCENZI Faenza (RA)

www.fondazioneadi.com

Segreteria Scientifica

Lorenza CAREGARO NEGRIN

Direttore U.O.C Dietetica e
Nutrizione Clinica
Università degli Studi di Padova
lorenza.caregarno@unipd.it

Maria Antonia FUSCO

Primario Emerito Dietologia e
Nutrizione
Azienda Ospedaliera
S. Camillo-Forlanini
Past President ADI
toninfusco@virgilio.it

Segreteria Organizzativa e Provider ECM



Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
Tel. 0763.391751/2 | Fax 0763.344880
info@viva-voce.it | www.viva-voce.it

CREDITI FORMATIVI ECM

Il Congresso sarà accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua per le seguenti figure professionali:
• MEDICO-CHIRURGO • BIOLOGO • DIETISTA • FARMACISTA • INFERMIERE

www.congressoADI2016.it

CALENDARIO 2016

LUGLIO

1st WORLD CONFERENCE ON THE MEDITERRANEAN DIET
Milano, 7-8 luglio 2016
Informazioni www.ifmed.org

AGOSTO

ICE-CSE 2016 17th INTERNATIONAL CONGRESS OF ENDOCRINOLOGY
15th ANNUAL MEETING OF THE CHINESE SOCIETY OF ENDOCRINOLOGY
Beijing, China, 31 August-4 September 2016
Informazioni www.ice-cse2016.org

SETTEMBRE

EASD 2016 52th ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES
Munich, Germany 12-16 settembre 2016
Informazioni www.easd.org

CONGRESSO CONGIUNTO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE ITALIANE DI CHIRURGIA
Roma, 25-29 settembre 2016
Informazioni sswww.chirurgiaunita2016.it

VIII CONGRESSO NAZIONALE SIO
Roma, 29 settembre - 1 ottobre 2016
Informazioni www.sio-obesita.org

OTTOBRE

XXII CONGRESSO NAZIONALE ADI
Vicenza, 20-22 ottobre 2016
Informazioni www.adiitalia.net

NOVEMBRE

VIII CONVEGNO NAZIONALE FONDAZIONE AMD
La risposta AMD all'evoluzione dell'assistenza
Palermo, 17-19 novembre 2016
Informazioni www.convegnofondamd2016.org

WCTD 2016 - THE WORLD CONGRESS ON CLINICAL TRIALS IN DIABETES
Berlin, Germany, 30 November-1 December 2016
Informazioni www.wctd2016.com

Eventi Regionali ADI

CORSO CONGIUNTO ADI PIEMONTE E LOMBARDIA
Biella, 16 settembre 2016
Informazioni www.adiitalia.net

CORSO REGIONALE ADI TOSCANA
Viareggio, 25 novembre 2016
Informazioni www.adiitalia.net

Dieta vegetariana e celiachia

Carlo Catassi, Giulia Naspi

Catassi Clinica Pediatrica, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italy

Come noto, lo schema dietetico vegetariano esclude tutti i tipi di carne e pesce, mentre quello vegano, oltre a carne e pesce, esclude anche gli altri alimenti di origine animale quali latticini e uovo. Secondo l'Istituto di ricerca Eurispes, nel 2014 il numero dei vegetariani e dei vegani in Italia era pari a 4,2 milioni di persone (7,1% della popolazione) con un aumento del 15% rispetto all'anno precedente. Le più frequenti motivazioni di queste scelte alimentari sono i benefici salutistici, ragioni etiche e religiose, la salvaguardia ambientale e considerazioni di natura economica. L'adozione di uno schema alimentare vegetariano/vegano è in aumento anche nei gruppi di popolazione con altre esigenze dietetiche specifiche, come i bambini e gli adolescenti ed i soggetti affetti da celiachia.

L'applicazione nello stesso individuo di due regimi alimentari diversi, quello vegetariano/vegano e quello senza glutine, pone problematiche particolari. È possibile seguire una dieta priva di glutine che rispetti anche le caratteristiche dello stile vegetariano o vegano in età infantile? Quali sono gli alimenti che possono entrare in uno schema che rispetti la "doppia" restrizione alimentare? Ci sono rischi nutrizionali nel seguire contemporaneamente una dieta priva di glutine e vegetariana/vegana? In questa nota cercheremo di rispondere sinteticamente a questi quesiti, particolarmente in riferimento all'età pediatrica.

Vantaggi e limiti della dieta vegetariana/vegana

Molti studi hanno messo in evidenza i possibili vantaggi degli schemi alimentari vegetariani. Gli effetti salutistici delle diete vegetariana e vegana possono essere così sintetizzati: (a) minor rischio di obesità, dislipidemia, sindrome metabolica, diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica; (b) minore incidenza di neoplasie in generale ed in particolare del tratto gastro-enterico e della prostata; (c) protezione dalla mortalità per tutte le cause e, in particolare, per patologia cardio-vascolare e neoplasie, cui corrisponde una attesa di vita più lunga di 1.5-2.4 anni della popolazione vegetariana rispetto alla quella non-vegetariana.

Per contro, occorre tenere presente i possibili rischi nutrizionali legati allo schema vegetariano/vegano. Nello schema vegetariano i principi alimentari a maggior rischio carenziale sono la vit. B₁₂, presente quasi esclusivamente negli alimenti di origine animale, e, in misura minore, il ferro. Lo schema vegano, più ristretto, può comportare anche una relativa carenza dell'apporto calorico, proteico (per il minore valore biologico delle proteine vegetali), lipidico (soprattutto per deficit di ac. grassi della serie ω -3, docosoesaenoico = DHA e ecosopentaenoico = EPA), di zinco, calcio ed alcune vitamine (A e D). L'apporto di fibra alimentare può essere eccessivo (> 0.5 g/Kg/die) nelle diete vegetariana e vegana, il che potrebbe determinare una eccessiva diminuzione della densità calorica ed interferire negativamente con l'assorbimento dei minerali.

Aspetti nutrizionali della dieta senza glutine

Per quanto riguarda il trattamento della celiachia, la dieta senza glutine richiede notoriamente l'eliminazione di tutti i derivati del frumento, orzo e segale. Il glutine rappresenta la frazione proteica principale di questi cereali. Tuttavia, la mancanza di questa proteina nella dieta non compromette la qualità globale dell'apporto proteico, poiché il glutine presenta uno scarso valore biologico, soprattutto a causa della carenza di lisina, e può essere appropriatamente sostituito da prodotti a base di proteine di cereali non tossici (mais, riso) o altre proteine vegetali (es. legumi). Poiché il frumento rappresenta un componente primario della nostra dieta, specie di quella mediterranea, la sua eliminazione può comunque determinare una relativa carenza di altri nutrienti, soprattutto fibre, calcio, ferro e folati. A tali carenze, peraltro marginali, può contribuire anche il malassorbimento intestinale presente nella celiachia prima della diagnosi.

Consigli per i celiaci a dieta vegetariana/vegana

Premesso che non vi sono motivi per negare uno schema vegetariano/vegano ad un bambino (o adulto) che debba seguire una dieta senza glutine, va da sé che il duplice regime dietetico richieda alcune attenzioni particolari, che riassumeremo di seguito.

Nel celiaco a dieta vegana è importante assicurare un adeguato apporto di alimenti ad elevata densità calorica quali cereali privi di glutine e pseudo-cereali, marmellate, frutta secca ed olio extravergine di oliva. Sempre nella dieta vegana, in considerazione della ridotta digeribilità delle proteine vegetali, è consigliabile aumentare l'apporto giornaliero proteico del 30-35% fino a due anni, 20-30% fino a 6 anni e 15% dopo i 6 anni, rispetto ai valori consigliati per i non-vegetariani. Le maggiori fonti proteiche di origine vegetale sono i legumi, i cereali (ovviamente senza glutine per il celiaco). Le migliori fonti alimentari di B₁₂ per i vegetariani/vegani sono rappresentate dagli alimenti addizionati, es. le formule a base di soia. È inoltre consigliabile un apporto maggiorato dell'80% di ferro, sia nei vegetariani che vegani, a causa della minore biodisponibilità del ferro presente nei vegetali. Da tenere presente che gli alimenti ricchi di vit. C favoriscono l'assorbimento del ferro, mentre alcuni componenti vegetali (fitati, tannini e fibre) lo inibiscono. L'uso di alimenti fortificati in ferro può essere consigliabile durante le fasi di rapida crescita. Anche per lo zinco si pone un problema di minore biodisponibilità soprattutto in caso di elevato apporto di fitati, di cui sono ricchi i cereali integrali ed i legumi. Pertanto è consigliabile un apporto alimentare di zinco superiore del 50% rispetto al normale. Gli alimenti più ricchi di zinco sono i legumi, la frutta secca, il formaggio e i prodotti a base di soia fermentata. L'apporto di calcio è adeguato nella dieta vegetariana, poiché il latte e derivati ne contengono elevate quantità, mentre può risultare inadeguato nella dieta vegana. È opportuno pertanto utilizzare alimenti addizionati di calcio, come prodotti di soia, o naturalmente ricchi di questo minerale come le verdure a foglia, i cavoli e le mandorle.

Alcuni cibi ad elevato contenuto di grassi come le noci, i semi oleaginosi (girasole, zucca, sesamo, lino, papavero), avocado, prodotti di soia e oli vegetali, rivestono un ruolo importante nella dieta vegana. È importante che le diete vegane includano fonti di ac. alfa-linolenico (ALA, ω -3) quali i semi di lino macinati, le noci ed i prodotti derivati dalla soia, e oli a ridotto contenuto di ac. linoleico (ω -6), quale l'olio extravergine di oliva.

Sebbene una modesta esposizione solare nei bambini con pelle chiara sia sufficiente a prevenire la carenza di vit. D, uno scarso apporto alimentare può verificarsi nella dieta vegana. Il problema può essere risolto mediante assunzione di alimenti integrati (formule a base di soia o di riso) o supplementazione farmacologica. Una dieta priva di carne è povera di vit. A, ma la carenza può essere prevenuta grazie al consumo di alimenti ricchi di carotene (pro-vitamina A), di cui sono ricchi la frutta, le verdure di colore arancio o giallo e quelle a foglia.

Il problema della contaminazione di glutine

Nel celiaco rimane fondamentale l'esigenza di assicurare l'assenza di contaminazione di glutine negli alimenti ingeriti. Purtroppo alcuni degli alimenti che trovano impiego negli schemi vegetariani/vegani, quali soia, legumi e semi oleaginosi, presentano un elevato rischio di contaminazione di glutine. È bene pertanto scegliere questi prodotti tra quelli che riportano sulla confezione la certificazione dell'assenza di glutine.

Conclusioni

La scelta vegetariana o vegana rappresenta una opzione valida anche per il bambino e per l'adulto celiaco in trattamento con dieta priva di glutine. Le scelte alimentari devono essere pianificate tenendo presente sia le esigenze nutrizionali brevemente discusse in questa nota che quella di evitare la contaminazione di glutine della dieta.

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: A. Caretto

Past President: L. Lucchin

Segretario Generale: L. Caregaro Negrin

Vice Segretario Generale: B. Paolini

Tesoriere: A. R. Sabbatini

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

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

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

società, enti e istituzioni scientifiche e culturali;

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

RECAPITI ADI

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI

Segreteria Delegata

Vivavoce

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

Tel. 0763.393621 - Fax 0763.344880

segreteria@adiitalia.net - www.adiitalia.net

Quote Sociali ADI

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

- a mezzo 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 quota di adesione è valida dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno e, il rinnovo deve essere effettuato entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

PER GLI ASPIRANTI SOCI

l'iscrizione all'ADI può essere effettuata, tramite la sessione dedicata sul sito (Cos'è l'ADI > Come associarsi > Pagamento quote Online), allegando un sintetico CV e con presentazione di due soci con almeno due anni di anzianità in regola con la quota associativa. Il nuovo socio potrà votare dal secondo anno solare. Viene eliminata la distinzione tra socio aggregato e socio ordinario.

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

VARIAZIONI DI INDIRIZZO

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

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13

DEL D. LEGS. 196/2003

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

Norme per gli Autori

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

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

EDITORIALI

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

LAVORI ORIGINALI

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

In pagina separata devono essere segnalati:

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

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

RASSEGNE

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

CASI CLINICI

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

TABELLE E FIGURE

Le tabelle, numerate con numeri romani, devono essere corredate di 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.

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

INVIO DEI LAVORI

I manoscritti devono essere inviati via mail al Direttore Scientifico:

Dott. Mario Parillo

Geriatrics, Endocrinologia, Malattie del Ricambio

AORN S. Anna e S. Sebastiano - Caserta

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

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

BOZZE DI STAMPA

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

RIVISTA

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

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
Vivavoce Via Angelo da Orvieto, 36 - 05018 ORVIETO (TR) - Tel. 0763.393621 - Fax 0763.344880 - info@adiitalia.net

Quote sociali da versare entro il 28 febbraio dell'anno successivo

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

Modalità di pagamento

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

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

La quota di adesione è valida dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno e il rinnovo deve essere effettuato entro il 28 febbraio dell'anno successivo.

Per ulteriori informazioni si prega di contattare

Vivavoce - 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

IL BUONGIORNO SI VEDE DAL PANE!



Mevalia | LOW
PROTEIN



Prodotti aproteici

per:

- ✓ insufficienza renale cronica
- ✓ Malattie metaboliche congenite

www.mevalia.com

A BRAND OF
Dr Schar



Cerchiamo le vostre idee per migliorare la cura dei pazienti. Assicuratevi il finanziamento del vostro progetto!

Avete un'idea per un progetto destinato a migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da disturbi gastroenterologici? Vi serve un sostegno per attuare la vostra idea?

Entro il 12 settembre 2016, specialisti dell'alimentazione, nutrizionisti e medici, potranno candidarsi presentando un progetto nell'ambito dello sviluppo di servizi, mirato specificamente a migliorare la terapia nutrizionale di pazienti affetti da disturbi gastroenterologici.

Al vincitore, offriremo un contributo di finanziamento di 12.000 € per attuare il progetto presentato.

Per ulteriori informazioni relative al bando internazionale del premio Nutrition Project Award e all'iscrizione:
www.drshaer-institute.com/it/dsi-award/

**DrSchar
Institute**