

Recentemente si è tenuta a Roma la prima Conferenza nazionale sulla nutrizione promossa dal Ministero della Salute tre giorni di lavori in cui sono stati discussi vari temi relativi alle molteplici condizioni della nutrizione nel nostro Paese in termini di strategie di prevenzione e di terapia. Un confronto su ciò che è stato fatto fino ad oggi, su ciò che si sta facendo e soprattutto sulle opportunità di intervento per il futuro. L'Adi, Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica ha partecipato alla conferenza con

il contributo di dieci esperti che hanno presentato le richieste e le priorità che andrebbero affrontate a livello clinico e preventivo nel settore della nutrizione in Italia. Criticità che, come Adi, avevamo già evidenziato e individuato durante Expo Milano 2015 in un Manifesto che conteneva una fotografia puntuale e dettagliata delle urgenze da affrontare in nutrizione ovvero: sovrappeso-obesità; diabete mellito tipo 2; malnutrizione calorico-proteica; sarcopenia; disturbi della nutrizione e dell'alimentazione; nutrizione artificiale domiciliare; comportamenti nutrizionali a rischio; tossinfezioni alimentari; carenze nutrizionali e nutraceutica.

A distanza di 8 anni queste restano purtroppo ancora criticità non risolte.

Ma la prima importante criticità resta la carenza di strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica il cui numero è andato assottigliandosi nel corso degli anni. Ciò denota un paradosso sul ruolo della nutrizione nella prevenzione e cura della maggior parte delle patologie e gli investimenti invece ad essa dedicati.

Persiste ancora oggi una disomogeneità dei servizi di nutrizione clinica e preventiva sul territorio italiano, che con la pandemia da Covid-19 si è purtroppo accentuata. Su oltre 700 strutture ospedaliere italiane non si arriva a 20 Unità operative complesse (Uoc) di nutrizione clinica, e non si superano le 100 Strutture semplici o dipartimentali (Uosa), mentre il resto viene gestito da centri di dietetica con soli dietisti.

Un accordo della Confe-

Ad oggi vi sono ancora dei numeri insufficienti che vanno colmati per intervenire nel concreto su una gestione efficiente ed efficace della nutrizione. La malnutrizione è una delle priorità da gestire nell'immediato in tutti i vari setting

NODI IRRISOLTI

di BARBARA PAOLINI

A distanza di 8 anni da Expo e a poche settimane dalla prima conferenza nazionale sulla nutrizione ci rendiamo conto quindi che la strada è ancora lunga da fare e non si è ancora del tutto equipaggiati per fare questo cammino pertanto le nostre proposte di intervento più urgenti sono:

- 1) l'inserimento della nutrizione clinica nei piani formativi del medico
- 2) risolvere la confusione di ruoli e competenze tra le tante, troppe, figure professionali che offrono prestazioni in ambito nutrizionale
- 3) migliorare l'insufficiente integrazione ambiente – salute
- 4) migliorare l'organizzazione strutturale pubblica in nutrizione clinica e preventiva
- 5) rendere l'educazione alimentare vincolante nei piani formativi scolastici
- 6) creare una task force di specialisti del settore che contrasti l'emissione di messaggi scorretti e fuorvianti sui media.



Secondo le stime attuali (dato del 2020) riferite ai 161 paesi presenti in "The Economic Impact of Overweight & Obesity in 2020 and 2060" (World Obesity Federation & RTI International, 2022) **quasi 1 miliardo di persone vive con l'obesità (cioè una persona su sette), e saranno 1,9 miliardi nel 2035 (quasi una su quattro), di cui 1,5 miliardi adulti e quasi 400 milioni bambini (cioè 1 bambino su 5).** Sempre nel 2035 saranno 4 miliardi le persone in tutto il mondo con sovrappeso o obesità, l'obesità infantile aumenterà di oltre il 100 per cento, mentre fra gli adulti ci sarà un aumento di oltre il 60 per cento, con una prevalenza che dal 2020 al 2035 passerà per gli uomini dal 14 al 23 per cento (+73 per cento) e tra le donne dal 18 al 27 per cento (+50 per cento). **L'impatto economico del sovrappeso e dell'obesità è stato stimato al 2,4 per cento del PIL nel 2020, e salirà al 2,9 per cento del PIL nel 2035 per un valore di 4,32 trilioni di dollari.**

renza Stato Regioni del 2016 indicava la necessità di organizzare un'efficace rete pubblica d'intervento nell'ambito della Scienza dell'alimentazione e della Nutrizione Clinica e Preventiva tramite la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale affidata ai Sian ed alla loro rete; attraverso le Unità Operative di diagnosi e cura dedicate anche con approccio riabilitativo, interdisciplinare e multidimensionale per le patologie caratterizzate da alterazioni dello stato di nutrizione; la costituzione di un Osservatorio epidemiologico per raccogliere i dati e evidenziare i fabbisogni e nuovi indicatori nutrizionali. **Tale accordo declinato alle regioni con**

la costituzione dei Tarsin non è stato applicato da tutte le regioni, lasciando carenti i servizi di specialisti, in particolare di medico specialista in scienza dell'alimentazione (dietologo) e dietisti.

La malnutrizione è un'altra delle priorità da gestire nell'immediato in tutti i vari setting da quella ospedaliera, alle Rsa, alle case di riposo e all'assistenza domiciliare. **Non dimentichiamo che esistono consistenti evidenze scientifiche che dimostrano come i pazienti malnutriti rispetto a quelli normonutriti abbiano una maggiore mortalità durante e dopo il ricovero, maggiori complicanze, tempi di degenza più lunghi** (con maggiori spese da parte del Ssn), una più frequente riospedalizzazione dopo la dimissione. Non riconoscere quanto lo stato di nutrizione sia un tassello importante nella cura del paziente con inevitabili ricadute cliniche, economiche e sociali è davvero incomprensibile.

Ma la carenza di strutture e di specialisti incide inevitabilmente anche sulla qualità della diagnosi. A livello clinico ci si ritrova sempre più a intervenire sulla complicanza, ma non sulla patologia di base, so-

prattutto quando parliamo di obesità, e tanto meno si interviene con la richiesta di una valutazione nutrizionale e di un inquadramento diagnostico preciso per la patologia. **Un paziente che viene ricoverato per complicanze legate all'obesità molto spesso non viene valutato per la patologia di base, raramente viene effettuato lo screening di valutazione del rischio nutrizionale, come previsto dalle linee guida ministeriali del 2011.** Il peso non viene rilevato o spesso è un peso riferito dal paziente stesso, anche per la mancanza di lettini o strumentazioni diagnostiche adeguate alle dimensioni, compresi i semplici ausili medici.

Per affrontare e gestire una patologia complessa come l'obesità è necessario organizzare team multidisciplinari e multiprofessionali che si occupino di essa dalla sensibilizzazione fino al trattamento. È necessaria poi la stesura e l'adozione, nonché il periodico perfezionamento, di Linee guida diagnostiche terapeutiche con la creazione di percorsi dedicati alla malattia e l'individuazione di Centri accreditati alla gestione che possano aiutare il paziente a scegliere e orientarsi.

“ DISOMOGENEITÀ DEI SERVIZI DI NUTRIZIONE CLINICA E PREVENTIVA SUL TERRITORIO ITALIANO ”