

18° CONGRESSO NAZIONALE

ANSSISA

**LA NUTRIZIONE CLINICA
PER PROBLEMI**

Milano, 17-18 Novembre 2017
NH MILANO CONGRESS CENTRE, ASSAGO MILANO

ABSTRACT DELLE RELAZIONI

VENERDÌ 17 NOVEMBRE

PROGRAMMING NUTRIZIONALE

MODERATORI: Donatella Ballardini, Roberto Sori

PREVENZIONE PRECOCE DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Carlo Agostoni

I primi 12-24 mesi di vita rappresentano un periodo sensibile per lo sviluppo di abitudini alimentari che possano avere un forte impatto sui risultati della salute sia nel corso dell'infanzia che nell'età adulta.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi di vita, dopo di che occorre integrare tramite l'introduzione di alimenti complementari al latte, ovvero alimenti liquidi, semisolidi o solidi in grado di soddisfare le richieste fisiologiche di macro e micronutrienti del bambino in crescita.

L'introduzione di alimenti complementari a 4 o 6 mesi non è stato dimostrato influenzare la crescita o l'adiposità o altri indici di fisiologia o malattia nel corso dell'infanzia, anche se l'introduzione prima dei 4 mesi può essere associata ad una maggiore adiposità negli anni a seguire.

Per quanto riguarda i macronutrienti, un alto introito di proteine nei primi 12 mesi è stato associato al rischio di un maggiore accumulo di grasso in soggetti con valori già elevati di massa corporea. Per quanto riguarda i micronutrienti è invece importante soddisfare i più elevati fabbisogni di ferro grazie all'utilizzo di alimenti arricchiti, poiché a partire dai 6 mesi le riserve endogene del minerale si riducono.

Infine, l'esperienza ripetuta con nuovi sapori, provati anche contemporaneamente, aumenta la disponibilità del bambino a provare nuovi alimenti e al mantenimento della assunzione di frutta e verdura.

NUTRIZIONE IN GRAVIDANZA ED EFFETTI SULLA SALUTE DEL FETO E DEL BAMBINO

Hellas Cena

La nutrizione in gravidanza è il primo atto medico preventivo con l'obiettivo di assicurare a madre e nascituro un adeguato apporto di energia e nutrienti, tenendo conto dei cambiamenti che affrontano durante la gestazione.

Fisiologicamente nella madre si verificano una serie infinite di modificazioni a partire dalla deposizione di tessuto adiposo e aumento ponderale. Un aumento di peso graduale è essenziale per un corretto sviluppo fetale e per il successivo allattamento: durante il I trimestre è di entità trascurabile, nel II e III assume un andamento più importante. Il range di aumento ponderale auspicabile in gravidanza dipende strettamente dall'Indice di Massa Corporea (BMI-Body Mass Index) pre-gravidico che spesso è fuori dal range di normalità nella società occidentale.

Questa condizione crea un profilo metabolico con ripercussioni negative sul feto a cui si associa spesso anche un'alimentazione scorretta frequentemente ad elevata densità energetica e bassa densità nutrizionale, con ripercussioni su tutti gli organi, compreso il trasporto placentare di nutrienti, il microbiota materno e le modificazioni epigenetiche.

La nutrizione in gravidanza ha l'obiettivo di assicurare alla mamma e al suo bambino un adeguato apporto di energia e nutrienti, tenendo conto dei cambiamenti che si affrontano durante la gravidanza e delle nuove esigenze.

SCIENZE “OMICHE” E NUTRIZIONE

Alessandra Bordoni

Lo strumento più adeguato ed efficace per ridurre la morbilità e la mortalità è la corretta alimentazione. Nonostante l'enorme progressione degli strumenti e metodologie di ricerca, la nutrizione non ha compiuto lo stesso balzo in avanti rispetto ad altre scienze mediche, e negli ultimi 100 anni non ci sono state essenziali modifiche alle raccomandazioni circa l'alimentazione corretta. Possiamo ragionevolmente ipotizzare che, in campo nutrizionale, le nuove tecnologie non siano state compiutamente e completamente utilizzate.

Secondo l'American Society for Nutrition (Ohlhorst et al, 2013), gli strumenti necessari per far progredire la scienza dell'alimentazione sono cinque: 1. scienze omiche; 2. bioinformatica; 3. database; 4. nuovi biomarkers; 5. efficiente analisi dei dati.

Le scienze definite “omiche” possono essere applicate alla valutazione sia dello stato nutrizionale che dei fabbisogni di singoli individui o specifiche popolazioni, ma la grande forza della “foodomica” è il fatto di poter applicare le stesse metodologie analitiche *high-throughput* a campioni di origine differente, analizzando sia l'alimento che il campione biologico derivato da chi ha consumato l'alimento stesso, e mettendo quindi in stretta relazione due domini.

Grazie alla foodomica, i ricercatori hanno la possibilità di mettere in connessione i componenti dell'alimento, l'alimento, la dieta, l'individuo, la salute, il rischio di malattia e la malattia. Ovviamente, per fare questo non occorrono solo tecnologie omiche, ma anche e soprattutto un approccio omico al problema che abbia come fine ultimo un miglioramento dell'alimentazione (Bordoni A., Capozzi F., 2014).

Le scienze omiche permettono di determinare come i componenti degli alimenti interagiscono con il genoma, il proteoma ed il metaboloma al fine di individuare la migliore alimentazione per

il singolo individuo (nutrizione personalizzata). Le scienze omiche possono darci informazione su come un alimento viene digerito, assorbito, metabolizzato, e sul suo impatto sul microbiota intestinale. Inoltre, le scienze omiche possono fornire biomarcatori in grado di definire lo stato nutrizionale e la reale introduzione di nutrienti.

Il potenziale delle scienze omiche è enorme, ma ha bisogno di aiuto per essere esplicitato. La bioinformatica è fondamentale per gestire, analizzare e comprendere l'enorme numero di dati generati dalle analisi omiche. Ugualmente fondamentale è la creazione di database e la validazione di biomarker. Ma ancora di più è necessaria una visione "foodomica" che consideri alimento, dieta ed uomo come un'unica entità e sia in grado di integrare tutti i risultati al fine di migliorare lo stato di salute.

Ohlhorst SD et al. Nutrition research to affect food and a healthy life span. Am J Clin Nutr 2013; 98:620–625

Bordoni A., Capozzi F. (2014) Foodomics for healthy nutrition. Curr Opin Clin Nutr Metabol Care, 5, 418-424.

LE REAZIONI AVVERSE AGLI ALIMENTI

MODERATORE: Rosella Bazzano

GLUTEN SENSITIVITY: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Francesca Spedicato

Negli ultimi anni è stata proposta una nuova nomenclatura per le malattie indotte dall'ingestione di glutine, una proteina presente nel grano, nell'orzo, nel farro, nel kamut. Oltre alla malattia celiaca e all'allergia al grano che rappresentano le principali patologie glutine-correlate caratterizzate da un evidente meccanismo immunitario (autoimmune nella malattia celiaca e Ige mediata nell'allergia al grano), è stata annoverata una nuova identità, apparentemente non dovuta ad un'alterata risposta immunitaria: la sensibilità non celiaca al glutine (NCGS).

La NCGS è caratterizzata da un quadro clinico eterogeneo con sintomi intestinali ed extraintestinali che insorgono con l'ingestione di glutine e scompaiono rapidamente dopo l'esclusione dalla dieta.

La patogenesi della NCGS è ampiamente sconosciuta, ma un mix di fattori quali la risposta immunitaria innata, l'effetto citotossico diretto del glutine e probabilmente la sinergia con altre molecole del grano sono possibili cause. L'aspetto diagnostico rimane problematico a causa dell'assenza di criteri diagnostici validi e riproducibili, anche se di recente sono stati presentati i cosiddetti Criteri di Salerno, necessari per le condizioni di studi clinici.

La diagnosi è basata sulla risposta sintomatica ad una dieta priva di glutine e alla ricomparsa dei sintomi dopo la reintroduzione di glutine con la possibilità di un'interferenza legata a un effetto placebo. La temporanea sospensione del glutine è terapeutica, ma non è ancora chiaro il momento giusto per la sua reintroduzione e quale sia la migliore gestione del paziente.

LINEE GUIDA PER L'INTERPRETAZIONE DEI TEST DIAGNOSTICI PER LE ALLERGIE ALIMENTARI

Rachele De Giuseppe

L'allergia alimentare (AA), ovvero una reazione avversa che si sviluppa per una risposta immunitaria specifica e riproducibile all'ingestione di un determinato alimento, è una malattia con elevato impatto sulla qualità di vita dei soggetti che ne sono affetti e dei loro familiari, con costi sanitari rilevanti per l'individuo e per il Sistema Sanitario Nazionale.

Tale tematica è di grande attualità e interesse per la popolazione generale e, molto probabilmente, è la patologia più comunemente auto-diagnosticata. Infatti, la percezione di questa, da parte della popolazione (circa il 20%), è sovrastimata a fronte di una reale incidenza che è di circa il 4,5% per la popolazione adulta e di circa il 10% per la popolazione pediatrica.

Ad oggi vi è molta confusione sia per quanto riguarda l'uso di una terminologia appropriata, sia per quanto riguarda l'inquadramento e l'approccio diagnostico: spesso ci si trova di fronte a test diagnostici che non sono corretti da un punto di vista scientifico e nemmeno validati.

L'AA va inquadrata nell'ambito delle reazioni avverse agli alimenti le quali, oltre all'AA vera e propria, comprendono anche le reazioni di tipo tossico e le intolleranze alimentari. Inoltre, nell'ambito delle reazioni immuno-mediate distingueremo quelle IgE mediate, che comprendono vari quadri clinici con diversi livelli di gravità, e quelle legate ad altri meccanismi immunologici.

Proprio perché l'AA riporta quadri clinici così diversi e per le sue manifestazioni peculiari, immediatezza ed imprevedibilità, è necessaria la corretta informazione di tutta la popolazione per diffondere la consapevolezza delle problematiche connesse alla patologia e promuovere la formazione di coloro che operano nei vari ambiti in cui le reazioni allergiche si possono verificare, allo scopo di prevenirle. Pertanto è fondamentale che la diagnostica delle allergie alimentari segua un percorso ben definito e validato da un punto di vista scientifico al fine di evitare una sottostima o una sovrastima delle diagnosi che vanno ad incidere sulla salute del paziente e sui costi a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Nella presente relazione verrà fornita una breve descrizione dei quadri clinici legati all'allergie e alle intolleranze alimentari e dei percorsi diagnostici più chiari ad esse associate, sia per l'adulto che per il soggetto pediatrico.

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

- Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) in collaborazione con Società di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC), Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri (AAITO), Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP). *Allergie e Intolleranze Alimentari Documento Condiviso*.
- Ministero della Salute. *Allergie alimentari e sicurezza del consumatore. Documento di indirizzo e stato dell'arte*.
- Marco Ciarrocchi, Concetta Boniglia, Stefania Giammarioli, Elisabetta Sanzini, Tutela dei consumatori affetti da allergie alimentari: presupposti e modalità di intervento, in Rapporti ISTISAN, Istituto Superiore di Sanità, 2011.

LA DIETA A BASSO CONTENUTO DI FODMAP: INDICAZIONI CLINICHE E FORMULAZIONE

Luana Ochner

Una delle più interessanti e stimolanti scoperte degli ultimi 20 anni di ricerca medico-scientifica, riguarda l'importanza dei microbi presenti nel nostro organismo, sulla pelle e in varie cavità anatomiche. In particolare, la flora intestinale (o microbiota) svolge una serie di funzioni omeostatiche essenziali per il corretto funzionamento dell'organismo. Quando questo equilibrio viene alterato si crea una situazione di disbiosi (alterazione qualitativa e quantitativa della flora intestinale, della sua attività metabolica e della sua distribuzione locale) che può determinare uno stato infiammatorio a decorso cronico. Diversi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come una dieta a basso contenuto di FODMAP (=Fermentable Oligo-, Di-and Mono-saccharides And Polyols, cioè mono-di-oligo- saccaridi e polioli fermentabili) proposta per la prima volta da Peter Gibson e Susan Sheperd della Monash University di Melbourne ⁽¹⁾, sia in grado di ridurre in maniera significativa i sintomi legati a sindrome del colon irritabile (IBS) ⁽²⁻⁴⁾, tra cui gonfiore, dolore addominale e produzione di gas. Questi zuccheri sono, infatti, scarsamente assorbiti nell'intestino tenue; sono osmoticamente attivi, in grado quindi di richiamare acqua nel lume intestinale ⁽⁵⁾ e sono rapidamente fermentati dai batteri intestinali, dando origine ai tipici sintomi dell'IBS ⁽⁶⁾.

L'elaborazione di una dieta a basso contenuto di FODMAP è molto complessa e richiede un'attenta e approfondita indagine sui consumi e sulle abitudini alimentari dei soggetti. Un potenziale problema nello stilare diete a basso contenuto di FODMAP è dovuto all'assenza di dati precisi riguardo il contenuto di questi zuccheri negli alimenti e alla difficoltà di stabilire dei valori di soglia di consumo, visto che non è il contenuto di un singolo alimento, ma il contenuto totale di questi zuccheri consumato nel pasto a determinare la comparsa o meno dei sintomi sopra citati. Esistono controindicazioni nell'utilizzo di questo regime e quali sono i campi di applicazione? ⁽⁷⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Gibson PR, Shepherd SJ. *Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(2):252-8
2. Staudacher HM, Lomer MC, Anderson JL et al. *Fermentable carbohydrate restriction reduces luminal bifidobacterial and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. J Nutr.* 2012;142(8):1510-8
3. Ong DK, Mitchell SB, Barrett JS. Et al. *Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(8):1366-73
4. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. *A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. Gastroenterology.* 2014;146(1):67-75
5. Barrett JS, Geary RB, Muir JG, et al. *Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and fermentable substrates to the proximal colon. Aliment Pharmacol Ther.* 2010;31(8):874-82
6. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, Gibson PR. *Dietary Triggers of Abdominal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome: Randomized Placebo-Controlled Evidence. Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(7):765-71
7. Geary R, Irving PM, Barrett JS, et al. *Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease - a pilot study. J Crohns Colitis.* 2009;3(1):8-14

FALSI MITI E MODE ALIMENTARI: FACCIAMO CHIAREZZA

MODERATORE: Paola Sbisà

SALUTE UMANA E CONSUMO DI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Filippo Rossi

Il consumo di carne è oggetto di dibattito scientifico relativamente alla sua salubrità. Al momento i dati disponibili indicano, anche se con qualche discordanza, un possibile maggior rischio di sviluppo del tumore gastrico, al colon-retto o di patologie vascolari come l'ictus.

Per quanto attiene il tumore gastrico, un aumento del rischio è stato associato unicamente al consumo di carne processata, mentre il consumo di carni fresche (bianche o rosse) non risultava predisporre allo sviluppo della malattia.

Il tumore al colon-retto è un possibile esito del consumo di carne cotta, per lo svilupparsi di amine eterocicliche.

Relativamente alle patologie vascolari vi sono evidenze per un moderato aumento del rischio legato al consumo di carne, senza che sia stato chiarito se vi siano differenze tra carne bianca e rossa.

Non va comunque dimenticato che queste indagini sono state condotte con livelli di assunzione di carne anche molto diversi tra loro e che le indagini epidemiologiche sono spesso viziate dalla non chiara identificazione del ruolo del BMI, del consumo di alcol e dell'attività fisica, o da assunzioni di frutta e verdura non comparabili. Tra l'altro, per quanto riguarda i salumi e gli insaccati, nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole calo della concentrazione in nitrati, a cui invece si tendeva ad attribuire il ruolo di promotore della cancerogenesi gastrica e intestinale.

Per contro le carni sono importanti fonti proteiche, di Fe, di Zn e di vitamine B6 e B12, una loro eliminazione, totale o parziale, dalla dieta, aumenta il rischio di anemie e carenze proteiche.

I latticini sono importanti fonti di Ca e di peptidi ad azione ipotensiva e il loro inserimento nella dieta, può ridurre la pressione arteriosa.

IL LATTE: VERITÀ E FALSI MITI. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO INTERSOCIETARIO

Andrea Poli, Franca Marangoni

Il latte vaccino continua ad essere oggetto di numerose ricerche, che hanno messo in luce non solo le caratteristiche nutrizionali di questo alimento e l'impatto del suo consumo sulla qualità complessiva della dieta, ma anche l'associazione tra un suo consumo regolare e stato di salute. Tuttavia, alla crescente mole di informazioni scientifiche sul tema, corrisponde spesso la diffusione al consumatore di notizie approssimative, se non addirittura scorrette.

Per fare chiarezza sull'argomento NFI - Nutrition Foundation of Italy - ha organizzato un simposio al quale ha partecipato un gruppo di esperti, in rappresentanza di un ampio numero di Società Medico Scientifiche italiane e delle Istituzioni, che ha discusso e valutato, secondo un approccio rigorosamente *evidence-based*, il ruolo del latte vaccino nell'alimentazione umana nelle diverse età e condizioni fisiologiche, nonché la relazione tra consumo di latte e specifiche patologie o fattori di rischio. I temi principali emersi nel corso del dibattito sono stati riassunti in un documento condiviso destinato soprattutto a chi svolge il delicato ruolo di educatore sul complesso rapporto tra alimentazione e salute.

YOGURT E DERIVATI: EFFETTI SULLA SALUTE

Paola Sbisà

Lo yogurt ed i prodotti fermentati del latte nacquero già in epoca preistorica, l'uomo osservò che il latte fresco di bovini ed ovini durava poco, ma, fermentando, dava origine ad alimenti più conservabili e digeribili ed imparò ben presto procedimenti atti a far sviluppare nel cibo stesso un tipo o l'altro di microrganismo, come deporre il latte in particolari contenitori, lasciarlo riposare per un determinato tempo a condizioni adeguate di temperatura, luce e calore.

Si crea così una selezione di ceppi microbici utili e vantaggiosi per l'alimentazione umana (oggi chiamati "probiotici"), in grado essi stessi di innescare processi di fermentazione, a loro volta responsabili delle modifiche bromatologiche dell'alimento base. Oggi lo yogurt si ottiene inoculando nel latte ceppi batterici di *Lactobacillus Bulgaricus* e *Streptococcus Thermophilus*, tali batteri sono in grado di impennare il processo di fermentazione lattica che porta alla scissione del lattosio in galattosio e glucosio indi alla formazione di acido lattico e di una serie di prodotti intermedi che diminuiscono il Ph (inibendo la crescita di batteri patogeni) e donano allo yogurt il suo caratteristico sapore acidulo. La consistenza densa è dovuta alla precipitazione delle caseine con formazione del coagulo e liberazione di amminoacidi liberi e piccoli peptidi, alcuni in grado di esercitare una positiva attività biologica. Un altro derivato fermentato del latte è il kefir, bevanda fermentata, che combina la fermentazione lattica con la fermentazione alcolica, viene preparato utilizzando latte fresco (di pecora, capra o vacca) e granuli di kefir, formati da un polisaccaride chiamato kefiran che ospita molteplici colonie di batteri e lieviti in associazione simbiotica.

L'impatto positivo sulla salute, anticamente osservato di questi due prodotti fermentati è ora documentato da numerosi studi scientifici che dimostrano come questi microrganismi siano in grado di produrre vitamine (gruppo b e k), favoriscano la crescita di microrganismi utili per l'equilibrio e la biodiversità delle specie che compongono il microbioma intestinale (prebiotici), dialoghino con nutrienti, con i meccanismi immunitari mucosali e con i complessi meccanismi di controllo del peso corporeo. Il processo di fermentazione prolunga la durata dell'alimento, ne migliora il sapore, previene la formazione di batteri patogeni o fenomeni di putrefazione ed ha proprietà benefiche sulla salute. Lo yogurt ed il kefir conservano tutte le proprietà nutritive e il valore energetico del latte, ma sono più digeribili grazie alla parziale idrolisi delle proteine ed alla formazione di amminoacidi liberi e piccoli peptidi, alla minor presenza di lattosio (lattasi e beta-galattosidasi sono infatti in grado di idrolizzare parte del lattosio.) Il Ph più basso e la presenza di batteriocine ha effetto inibente sulla microflora intestinale patogena e putrefattiva.

Si ha inoltre un aumento della biodisponibilità delle sostanze minerali, in particolare di calcio e fosforo e formazione di acidi grassi a catena corta. I fermenti lattici e in particolari i granuli di kefir sono utilizzabili anche per fermentare altri alimenti liquidi o solidi con contenuto di zuccheri come i latticelli ottenuti da soia o riso e l'acqua con l'aggiunta di zucchero, frutta o altri ingredienti che presentano però caratteristiche organolettiche totalmente diverse dai derivati del latte. Oggi l'industria aggiunge prebiotici (fibre) e probiotici (batteri lattici) allo yogurt per migliorare la funzionalità dell'alimento. Al contrario, l'impiego di zucchero, dolcificanti, coloranti, conservanti

ed aromi artificiali abbassa notevolmente la qualità dello yogurt trasformandolo in un alimento totalmente diverso dall'originale con le caratteristiche di un dessert.

ELEMENTI DI INTEGRAZIONE CON MOLECOLE E PRINCIPI ATTIVI NUTRIZIONALI E FITOTERAPICI

MODERATORE: Hellas Cena

DIETA MEDITERRANEA OGGI: MITI E REALTÀ

Maurizio Battino

La dieta mediterranea è caratterizzata da un modello nutrizionale rimasto costante nel tempo e nello spazio, ispirato ai regimi alimentari tradizionali dei Paesi del bacino del Mediterraneo, tra cui Italia, Grecia, Spagna e Marocco, e riconosciuto nel 2010 dall'Unesco come patrimonio immateriale dell'umanità.¹⁻³

Il modello alimentare mediterraneo, rappresentato dalla cosiddetta "piramide alimentare", si basa su un'abbondante presenza di alimenti di origine vegetale, quali ortaggi, cereali, legumi e frutta fresca e secca, accompagnati da olio di oliva come principale fonte di lipidi, pane, pesce, una moderata quantità di carni bianche e scarsa di carni rosse, latticini, e molti condimenti e spezie, il tutto accompagnato da vino o infusi, sempre nel rispetto delle tradizioni di ogni comunità.⁴ Tutto ciò, unito alla frugalità, alla varietà di alimenti, al piacere della tavola e ad una moderata attività fisica diventa espressione non solo di uno stile di vita sano, ma di un percorso culturale dell'intera area mediterranea. Numerosi studi epidemiologici hanno mostrato come una maggiore aderenza alla dieta mediterranea si ripercuota sulla longevità, migliorando lo stato di salute e riducendo significativamente l'incidenza e la mortalità per le patologie cronicodegenerative e per quelle legate all'invecchiamento.^{1,5-8} Questi effetti benefici sono dovuti in particolar modo alla presenza di alimenti tipici, come olio, fragole e miele, che, sebbene assunti in quantità molto limitate nell'arco delle 24 ore o strettamente legati a fenomeni di stagionalità, rivestono un ruolo di particolare importanza per il consumatore, sia da un punto di vista psicologico-sensoriale, rievocando ricordi e sensazioni positive, sia da un punto di vista salutistico, essendo ricchi di composti naturali bioattivi che rendono questo modello alimentare unico nel suo genere.

Eppure, nonostante ciò, sono circa 48 milioni gli italiani che non conoscono la Dieta Mediterranea o non la mettono in pratica,⁹ dimostrando come nel nostro Paese si sia registrato un progressivo abbandono delle sane abitudini alimentari legate alla nostra tradizione; da qui la necessità di adottare delle strategie globali, in cui l'informazione e la formazione da parte di professionisti del mondo della nutrizione ed alimentazione umana svolgano un ruolo decisivo,

al fine di trasportare le conoscenze acquisite in forma pratica e specifica alla popolazione generale.

BIBLIOGRAFIA:

1. Nutrition Journal 2011;10:125.
2. The Lancet 2011;377:1730-1731.
3. <http://www.unesco.it>
4. Public Health Nutrition 2011;14:2274–2284.
5. Am J Epidemiol 2009;170:1518–1529.
6. Circulation 2008;117:169-75.
7. J Am Coll Cardiol 2004;44:152-158.
8. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2008; 18:415-421.
9. Manifesto delle Criticità in Nutrizione Clinica e Preventiva, ADI, Italia.

FITOTERAPIA NELLA RESISTENZA INSULINICA

Stefano Stagi

I MULTIVITAMINICI MINERALI: QUALI EVIDENZE PER LA SALUTE

Hellas Cena

Le evidenze che supportano l'uso di integratori alimentari, in particolare, integratori multivitaminici-minerali, non sono sempre chiare, cosa che complica la capacità degli operatori sanitari di formulare raccomandazioni per il loro utilizzo.

Serve chiarire il ruolo che tali integratori possono svolgere per sostenere la salute umana, nonché la sicurezza per un uso a lungo termine, affinché il professionista possa indirizzare il consumatore, spesso confuso dalle notizie sui media, nella scelta quando utile o necessaria.

Tali integratori possono essere consigliati a supporto di un'alimentazione corretta negli stati fisiologici in funzione di età, sesso, ciclo e stile di vita e/o in maniera personalizzata in funzione delle condizioni di rischio patologico. Sarà necessario considerare gli specifici processi biologici e gli esiti sulla salute associati con lo stato del singolo micronutriente o dei micronutrienti carenti inadeguati o subottimali.

Soddisfare i fabbisogni di micronutrienti, essenziali per il funzionamento biologico e il mantenimento della salute, dovrebbe essere un obiettivo esplicito di sanità pubblica sia per i singoli individui che per le popolazioni.

ACIDO FOLICO: INTEGRARE O NON INTEGRARE?

Emidio Troiani

Esistono numerose forme di folati, chiamati genericamente vitamina B9, coinvolti in numerosi processi biochimici come nella metilazione e riparazione del DNA e nella divisione cellulare e nel metabolismo dell'omocisteina.

Negli alimenti troviamo miscele di folati, mentre la sostanza utilizzata negli integratori è prevalentemente acido folico, forma questa inattiva ed inesistente in natura.

L'acido folico, o acido pteroilglutammico è un prodotto di sintesi. I folati attivi in natura sono quelli che hanno l'anello pteridinico ridotto, ossia i tetraidrofolati (THF), in particolare la forma attiva è il 5-metiltetraidrofolato (5-MTHF). L'acido folico non è quindi metabolicamente attivo e per avere un effetto biologico deve subire 5 trasformazioni: 4 reazioni di idrossilazione ed 1 di metilazione. La somministrazione di acido folico può presentare ridotta biodisponibilità con accumulo di acido folico non metabolizzato che è stato correlato ad alcune patologie, antagonizzando peraltro gli effetti dei folati alimentari. In caso di una alterazione del gene che codifica l'enzima MTHFR, responsabile sia della degradazione dell'omocisteina che della trasformazione di acido folico inattivo in 5-metiltetraidrofolato attivo, questi processi metabolici rallentano ulteriormente.

Una dieta varia è generalmente sufficiente a fornire un adeguato apporto di folati per le normali esigenze dell'organismo, ma questo avviene solo in una parte della popolazione generale.

L'apporto può risultare inadeguato e quindi è necessario integrare nei casi di deficit genetici, malassorbimento, prima e durante la gravidanza, in allattamento, in chi consuma alcool, antinutrienti e taluni farmaci, nelle MICI ed in alcune malattie autoimmuni.

Solo l'integrazione con 5-metiltetraidrofolato (5-MTHF) è in grado di superare i polimorfismi genetici e di garantire a tutti una forma di vitamina B9 già attiva ed in grado di esercitare le sue funzioni biologiche senza bisogno di ulteriori trasformazioni.

LINEE GUIDA SULL'UTILIZZO DEI PROBIOTICI: IL CASO DI UN PROBIOTICO MULTI STRAIN

Lucrezia Laterza

I probiotici sono microrganismi, soprattutto batteri, ma anche lieviti, con potenziali effetti benefici sulla salute. Negli ultimi anni la ricerca nel campo dei probiotici ha avuto un grande sviluppo, di pari passo con il crescente interesse nei confronti del microbiota e del ruolo centrale della disbiosi e delle alterazioni della barriera intestinale nella patogenesi di molte malattie intestinali ed extra-intestinali. Sebbene ci siano molte evidenze sull'efficacia dei probiotici nella modulazione efficace del microbiota, sono ancora molte le zone d'ombra che influenzano il loro utilizzo nella pratica clinica. Infatti, molto spesso le evidenze derivano da lavori eterogenei tra loro per tipo di probiotico utilizzato, dosaggio e selezione dei pazienti, per cui è spesso difficile arrivare a conclusioni definitive circa l'efficacia. Inoltre, nonostante i probiotici siano

generalmente ben tollerati, in alcuni pazienti particolarmente fragili, sono stati sollevati dubbi circa la loro sicurezza. Infine, i molteplici probiotici disponibili sul mercato non sempre sono sottoposti a rigidi controlli di qualità e questo può potenzialmente limitare l'efficacia dei probiotici nella pratica clinica rispetto a quanto riportato in letteratura.

MODELLI ALIMENTARI

MODERATORE: Domenico Centofanti

L'APPROCCIO NUTRIZIONALE NELLA PREVENZIONE E CURA DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER

Elio Scarpini

Negli ultimi anni diversi studi osservazionali hanno ripetutamente confermato l'ipotesi di un ruolo dell'alimentazione nello sviluppo di demenza, e ad oggi esiste un ampio consenso sul fatto che lo stato dismetabolico associato alla dieta occidentale favorisca lo sviluppo della malattia di Alzheimer.

La resistenza insulinica, lo stato pro-ossidante, lo stato pro-infiammatorio, la ridotta generazione endoteliale di ossido nitrico, e l'accumulo di omocisteina, sono i principali meccanismi ipotizzati per spiegare la relazione eziologica della dieta con la malattia di Alzheimer.

Studi in letteratura suggeriscono un'associazione tra un'alta aderenza alla dieta mediterranea e un ridotto rischio di sviluppare la malattia di Alzheimer. Questa associazione può essere mediata dall'effetto composito di alcuni dei componenti benefici di tale dieta, quali una maggiore assunzione di pesce, frutti e vegetali ricchi di antiossidanti come la vitamina C, la vitamina E, e i flavonoidi e maggiore assunzione di acidi grassi insaturi. Tuttavia, nessuno dei singoli componenti della dieta mediterranea può essere considerato un predittore significativo se preso singolarmente. Sembrerebbe dunque che un modello generale di dieta, con potenziali effetti additivi ed interattivi tra i diversi componenti nutrizionali, possa avere un effetto maggiore sulla salute di una singola sostanza nutritiva.

La dieta mediterranea può giocare un ruolo in diversi potenziali meccanismi tra cui lo stress ossidativo e l'infiammazione, che sono entrambi importanti nella patogenesi della malattia di Alzheimer. Tuttavia vi è anche una forte evidenza che la dieta mediterranea sia in grado di ridurre i fattori di rischio cardiovascolare, quali ipertensione, dislipidemia e diabete. Pertanto, le variabili vascolari devono essere considerate come possibili mediatori nella relazione fra dieta mediterranea e sviluppo di malattia di Alzheimer.

D'altra parte, dal momento che i disturbi cognitivi correlano con la perdita di sinapsi ippocampali e corticali, un'ulteriore strategia terapeutica potrebbe basarsi sulla possibilità di ripristinare tali

sinapsi. Studi preclinici dimostrano che tale effetto può essere indotto dalla somministrazione di precursori per la sintesi dei componenti della membrana neuronale, come l'uridina, gli acidi grassi polinsaturi e la colina. La somministrazione di combinazioni di questi nutrienti induce infatti una notevole crescita delle spine dendritiche a livello ippocampale. Una combinazione di nutrienti è stata in grado di fornire benefici clinicamente significativi in pazienti affetti da malattia di Alzheimer nell'ambito di studi controllati e randomizzati contro placebo.

LINEE GUIDA ED INTEGRATORI PER LA STRUTTURAZIONE DI UNO STILE ALIMENTARE VEGANO

Paolo De Cristofaro

Il pensiero vegano ha il suo fondamento e la sua fede nel fatto che con il progredire delle conoscenze sulla nutrizione sia possibile un salto di qualità dell'umanità verso un cibo "non animale" (Gandhi).

Il veganismo può essere, dunque, definito come un modo di vivere che esclude, per quanto sia possibile e realistico, ogni forma di sfruttamento e di crudeltà nei confronti degli animali per produrre cibo, abiti o per qualunque altro obiettivo.

In termini alimentari, si riferisce ad una pratica che elimina ogni prodotto animale: carne, pesce, uova, latte, miele e loro derivati, senza trascurare gli integratori e gli eccipienti di provenienza animale.

Occorre una formazione adeguata per accogliere e direzionare la scelta vegana verso obiettivi possibili e realistici, per valutare l'adeguatezza nutrizionale e per personalizzare il programma nutrizionale sulla base di un'attenta valutazione dello stato nutrizionale e delle condizioni di salute generali del richiedente, evitando di limitarsi a generiche indicazioni nutrizionali.

Inoltre, occorre attenersi alle posizioni scientifiche acquisite sul tema del veganismo (ADA 2010, SINU 2015), promuovendone la loro attuazione territoriale.

In particolare, è opportuno aumentare l'apporto proteico del 5-10% rispetto ai livelli di assunzione raccomandati per la popolazione (LARN), assicurando l'apporto di aminoacidi essenziali.

È opportuno indurre attenzione e proporre valide indicazioni nutrizionali per i nutrienti critici (omega 3, ferro, zinco, calcio).

Infine è indispensabile consigliare alimenti fortificati o supplementi per garantire adeguati livelli di vit D e di vit B12, non dimenticando che tali carenze sono di frequente riscontro e spesso ignorate anche negli onnivori.

DIETARY APPROACHES TO STOP HYPERTENSION (DASH DIET)

Matteo Manuelli

Il 2017 segna il ventesimo anniversario della pubblicazione dei risultati del primo studio sulla "DASH diet". Si tratta di una modifica della dieta americana con enfasi sul consumo di frutta e verdura, cereali integrali, frutta a guscio e latticini magri. La dieta DASH è alta in proteine, fibra e potassio, ma a basso contenuto di carboidrati semplici, grassi saturi e trans. Lo storico studio DASH del 1997 mostrava l'efficacia di tale piano dietetico nel ridurre la pressione arteriosa, sia in soggetti sani che in soggetti con ipertensione arteriosa. Successivamente altri studi hanno confermato questo risultato iniziale e hanno spinto la DASH diet mostrando buoni risultati anche nel controllo ponderale e nel miglioramento del profilo metabolico.

Nella presentazione saranno analizzate le caratteristiche di questa dieta, dagli obiettivi nutrizionali (composizione bromatologica) alla elaborazione di alcuni menù "DASH".

Nonostante l'importante letteratura scientifica a supporto della DASH diet, numerose indagini hanno dimostrato che la dieta DASH è sottoutilizzata tra le decine di milioni di americani che soffrono di ipertensione e pre-ipertensione, e ancora meno utilizzata (e conosciuta) in Europa e in Italia.

Vengono dunque discusse le potenziali barriere alla più diffusa adozione della DASH diet: queste barriere comprendono la mancanza di preparazione (nutrizionale di base e specifica sulla DASH diet) dei *care giver*, pazienti che non sono stati istruiti nei potenziali vantaggi dell'intervento dietetico per il trattamento dell'ipertensione o che non vengono rinforzati nelle nuove abitudini appena apprese, e gli aumentati costi percepiti di una dieta sana rispetto alla più comune Western diet. In Italia, il ruolo della DASH diet rimane ancora più incerto vista la sua natura: si può affermare che si tratti di una dieta mediterranea adattata per la popolazione americana. In quali casi può essere utile adattare questo piano alimentare nel nostro Paese?

IL PROTOCOLLO CHETOGENETICO. LA DETERMINAZIONE DEL CORRETTO APPROCCIO PROTEICO

Marco Marchetti

Il termine dieta deriva dal greco e significa corretto stile di vita. In questo senso associare la parola dieta alla parola proteica potrebbe sembrare un ossimoro. In effetti, ciò che comunemente viene indicato come "dieta proteica", altro non è che un regime, o meglio terapia alimentare, in cui l'alimentazione del paziente è costituita principalmente da proteine, ha una quota variabile di grassi e viene privata in modo più o meno parziale di carboidrati.

Un protocollo proteico chetogenetico, nelle sue diverse sfaccettature, ha molteplici applicazioni. Utilizzato ormai da molto tempo per curare l'epilessia in età infantile, ha mostrato comprovata efficacia in caso di diabete, rischio cardiovascolare, PCOS, ed ha delle evidenze emergenti in caso di acne, alcune forme tumorali ed alcuni problemi neurologici. Attualmente la sua applicazione più intensa è in campo dietoterapico.

Purtroppo però ancora è argomento di discussione quale sia il corretto apporto proteico in questo regime alimentare. Infatti, mentre i LARN indicano con esattezza le quote proteiche necessarie in una normale alimentazione che preveda anche l'assunzione dei carboidrati, molto meno conosciamo circa il fabbisogno proteico in un regime chetogenico in cui una buona parte delle proteine introdotte non viene utilizzata a scopi plastici, ma energetici.

In un protocollo dietoterapico, accanto alla preminente necessità di calo ponderale, è auspicabile anche la preservazione della massa muscolare ai fini di preservare tanto il metabolismo quanto, in definitiva, la salute del soggetto.

Alla luce delle ultime evidenze scientifiche è possibile definire, con maggiore esattezza, il fabbisogno proteico in un regime alimentare chetogenico. In particolare nello studio oggetto della relazione: *Very-low-calorie ketogenic diet with aminoacid supplement versus very low restricted-calorie diet for preserving muscle mass during weight loss: a pilot double-blind study*. (Merra G, Miranda R, Barrucco S, Gualtieri P, Mazza M, Moriconi E, Marchetti M, Chang TF, De Lorenzo A, Di Renzo L.) vengono evidenziati gli effetti di un protocollo proteico chetogenico VLCKD e sono confrontati con un protocollo alimentare di impostazione mediterranea VLCD. Vengono evidenziate le principali differenze in termini di perdita di peso, perdita di massa grassa e variazione di circonferenze.

Il protocollo proteico chetogenico VLCKD è risultato preferibile poiché ha determinato una perdita di peso maggiore e soltanto a carico della massa grassa ed ha evidenziato al contempo un risparmio della massa magra prevenendo l'insorgere di sarcopenia. Il maggiore apporto proteico utilizzato nella VLCKD appare l'elemento fondamentale per preservare la massa magra dei pazienti pur garantendo comunque elevati standard di sicurezza.

BIBLIOGRAFIA

Very-low-calorie ketogenic diet with aminoacid supplement versus very low restricted-calorie diet for preserving muscle mass during weight loss: a pilot double-blind study.

Merra G, Miranda R, Barrucco S, Gualtieri P, Mazza M, Moriconi E, Marchetti M, Chang TF, De Lorenzo A, Di Renzo L.

ALLEANZA FRA PSICOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA

MODERATORE: Romana Schumann

MINDFUL EATING: TECNICA E TERAPIA

Valentina Fasoli

Mindful Eating (ME) è una dicitura che si riferisce ad un atteggiamento mentale che ha l'obiettivo di promuovere la consapevolezza in relazione all'attività del nutrirsi. Include non solo la scelta consapevole degli alimenti, ma promuove anche uno specifico atteggiamento psicologico nel momento del pasto che ha l'obiettivo di aiutare la persona ad essere completamente presente e consapevole. I principi della ME sono collegabili ai principi su cui si fondano gli interventi basati sulla consapevolezza (come il protocollo mindfulness per la riduzione dello stress incentrato sull'aumento della consapevolezza del momento presente, ad esempio: attenzione consapevole a stati interni come pensieri, emozioni e sensazioni somatiche) attraverso la promozione di un atteggiamento non giudicante e accettante.

Negli ultimi anni in particolare diversi studi hanno tentato di indagare gli effetti di protocolli basati sulla ME correlati a condizioni di obesità e Binge Eating Disorder. Ad esempio il *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT), basato sui principi della meditazione, sulla letteratura esistente nell'ambito della regolazione dell'introito alimentare e le difficoltà emotive nei pazienti con BED ha mostrato degli effetti sul Binge Eating Disorder. Il programma MB-EAT incorpora tecniche di consapevolezza attraverso la meditazione tradizionale, pratiche di meditazione guidate, strategie per orientare la scelta dei cibi e per regolare l'emotività per quanto concerne la gestione dello stress. Nel corso della presentazione verranno esposti i principi del ME e verrà effettuato un update della letteratura scientifica esistente.

FOOD ADDICTION E GRAVE OBESITÀ: IMPLICAZIONI IN CHIRURGIA BARIATRICA

Marco Pastorini

INTRODUZIONE:

La teoria della "Food Addiction" (FA) ha proposto di osservare i pattern alimentari disfunzionali dei soggetti obesi e con disturbo del comportamento alimentare secondo l'ottica della dipendenza e delle specifiche proprietà di cibi altamente palatabili, ricchi in grassi e zuccheri (Burmeister et al., 2012). Numerose ricerche hanno evidenziato che mangiare può rappresentare per alcune persone una forma di regolazione degli stati emozionali, che le difficoltà a fronteggiare le situazioni "trigger" alla base del "craving" contribuiscono a sviluppare stili alimentari di tipo "binge" (Evers e al., 2010).

Nel corso del 2016, è stato condotto uno studio sui pazienti ricoverati nell'ambito del percorso di cura per la grave obesità di Casa di Cura Villa Igea al fine di valutare la presenza di food addiction e l'impatto che tale condotta potrebbe avere sui soggetti avviati alla chirurgia bariatrica.

METODI:

Lo studio ha valutato la prevalenza della FA in un campione di soggetti affetti da grave obesità (BMI =35) in cerca di trattamento per la perdita di peso. È stato inoltre valutato se la presenza di FA corrispondesse a differenze nella gravità dell'obesità (BMI), nei sintomi binge e depressivi e rispetto ad indicatori metabolici di rischio cardiovascolare (glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e LDL). 42 soggetti (10 M, età media 51,67+5,36, BMI medio 40.44+5,33) sono stati reclutati presso il servizio di Dietologia di Villa Igea (AL). Al momento dell'ingresso al servizio i pazienti hanno compilato le scale psicometriche Yale Food Addiction Scale (YFAS), Binge Eating Scale (BES) Beck Depression Inventory II (BDI-II), e sono stati sottoposti a prelievo ematico.

RISULTATI:

La Food Addiction è stata riscontrata nel 47,62% del campione, in linea con studi precedenti (Eichen et al, 2013). Nei soggetti obesi con FA (ObFA+) sono stati rilevati comportamenti binge e sintomi depressivi significativamente più elevati, mentre non sono emerse differenze rispetto al BMI e agli indici metabolici considerati.

DISCUSSIONE:

La misura della FA nelle popolazioni cliniche potrebbe utilmente selezionare soggetti caratterizzati da maggiori livelli di psicopatologia. Numerosi autori (Meule et al, 2013) evidenziano come difficoltà di pianificazione e impulsività siano aspetti caratterizzanti la FA e si riscontrino con frequenza nei candidati alla chirurgia bariatrica che presentano tassi significativi di insuccesso in precedenti tentativi di calo ponderale. È ipotizzabile che tali insuccessi siano da considerare anche come l'effetto della mancata valutazione dei comportamenti di compulsività. Appare utile approfondire pertanto l'impatto di un percorso psicologico e nutrizionale orientato alla gestione della FA; tale percorso, a nostro avviso, potrebbe rappresentare un prerequisito all'avviamento alla chirurgia bariatrica.

BIBLIOGRAFIA:

Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*. 2013 Jan;60(1):103-10. doi:10.1016/j.appet.2012.09.013. Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*. 2013 Aug;67:22-4. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.008. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating *Pers Soc Psychol Bull*. 2010 Jun;36(6):792-804. Rush CC, Becker SJ, Curry JF. Personality factors and styles among college students who binge eat and drink. *Psychol Addict Behav*. 2009 Mar;23(1):140-5. Gerlach G, S. Herpertz and S. Loeber, Obesity Etiology. Personality traits and obesity: a systematic

review, obesity reviews doi: 10.1111/obr.12235 32 © 2014 World Obesity 16, 32–63, January 2015 Jokela M., Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data obesity reviews doi: 10.1111/obr.12007, Oct. 2012

OBESITÀ E DISAGIO PSICO-SOCIALE

Daniele Di Pauli

L'obesità spesso non è vista come una malattia cronica e multifattoriale, ma come una colpa. La relazione parte da questo concetto e cerca di spiegare come l'obesità sia stigmatizzata nella nostra società e l'impatto che questo può avere nella vita psicologica e sociale delle persone affette da questa condizione.

GESTIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE POST-BARIATRICO

Emanuel Mian

L'obesità rappresenta un problema sanitario di pressante gravità e la percentuale di soggetti francamente obesi è di circa il 10% della popolazione, di cui 500.000 affetti da gravi forme di questa problematica multifattoriale. Dopo il fallimento dell'approccio dietoterapico, psicoterapeutico (spesso unicamente comportamentale) e farmacologico, per questi pazienti, spesso la chirurgia bariatrica rappresenta l'ultima opportunità terapeutica disponibile. A causa delle possibili interferenze con *compliance* e *outcome*, la possibilità di accedere ad interventi gastrorestrittivi e malassorbitivi, però, risulta preclusa a pazienti sofferenti di determinate psicopatologie che investono non solo il comportamento alimentare. Nello specifico, gli interventi di chirurgia bariatrica sono sconsigliabili a persone affette da bulimia nervosa, depressione maggiore e disturbi di personalità.

Si rendono quindi necessari rigorosi e standardizzati criteri di selezione dei candidati, che dovrebbero rispondere alle linee guida per l'approccio psicologico ai pazienti obesi pre-chirurgia bariatrica che, al momento attuale, non sembrano essere condivise e considerate pienamente da tutte le strutture ed équipes multidisciplinari del nostro Paese. Inoltre, indipendentemente dal tipo di intervento chirurgico praticato (palloncino intragastrico, bendaggio gastrico, bypass gastrico, sleeve gastrectomy, etc,) è necessario preparare il paziente ad un contesto di "continuous care".

Il ruolo dello psicologo, meglio dello psicoterapeuta, in ambito post-operatorio è quindi quello di compiere un'analisi specifica dei comportamenti alimentari, delle caratteristiche comportamentali e di personalità che possono essere residuali nonostante lo screening e i percorsi psicoterapeutici e psiconutrizionali iniziali in grado di influire sull'outcome. Come e cosa tenere conto rispetto alla capacità di aderenza alle prescrizioni dello staff multidisciplinare al fine di apprendere un nuovo e più salutare stile di vita.

Inoltre, il cammino pericoloso nel post-intervento deve tenere conto di eventuale “redo-surgery” e ricorso a chirurgia plastica ricostruttiva in grado di permettere, nei limiti del possibile, una migliore qualità di vita del paziente (ex) obeso.

Il ruolo dello psicoterapeuta nella gestione di eventuali relapse e nell’acquisizione di un corretto comportamento alimentare e di una modificazione dello stile di vita, risulta sempre più importante.

In mancanza di un supporto psicoterapeutico, almeno nel periodo peri e post-intervento indipendentemente dall’intervento subito, spesso si assiste a calo ponderale insufficiente o peggio, al ritorno al peso ed ai comportamenti precedenti. Verranno trattati argomenti relativi al ruolo dello psicologo nell’equipe multidisciplinare bariatrica e relazionali rispetto a questo particolare tipo di paziente a cui viene data una speranza di vita migliore.

SABATO 18 NOVEMBRE

IL DIABETE MELLITO TIPO 2: UNA SFIDA GLOBALE

MODERATORE: Franco Tomasi **DISCUSSANT:** Olga Disoteco

EDUCAZIONE TERAPEUTICA NEL DIABETE

Valerio Miselli

La malattia cronica non porta alla guarigione e implica una formazione specifica per il medico, di solito formato sul modello problema-soluzione\diagnosi-cura.

Quando la malattia peggiora si deve gestire la rabbia e la delusione dei pazienti e, a volte, quasi una colpevolizzazione per l'insuccesso della cura.

Il diabetologo deve saper gestire e comunicare sia gli aspetti tecnico/pratici che quelli psicologici di competenze e attitudini personali che fanno la differenza, in una relazione di lunga durata.

Il medico si deve impegnare in un'attività di supervisione organizzativa, in un contesto di carenza di risorse, e di cambiamento in termini di organizzazione del lavoro, che implica competenza, tempo e impegno.

FEGATO E DIABETE: UN BINOMIO FORSE SOTTOVALUTATO

Giulio Marchesini Reggiani

L'associazione tra diabete mellito, in particolare diabete tipo 2, e malattie epatiche (steatosi alcolica e non alcolica, epatite cronica ad eziologia virale, ma anche cirrosi ed epatocarcinoma) è ben documentata. L'associazione è biunivoca: il diabete e le alterazioni metaboliche che lo contraddistinguono favoriscono lo sviluppo di patologie epatiche, mentre malattie epatiche avanzate contribuiscono ad alterare il metabolismo glucidico, sia nella fase di digiuno, sia nella fase post-prandiale. In entrambi i casi si pongono problemi diagnostici, prognostici e terapeutici.

Sotto il profilo diagnostico e prognostico, il problema riguarda la natura della malattia, il suo stadio istologico e l'evoluitività. Sotto il profilo terapeutico può divenire critica la gestione farmacologica del compenso glucidico. I trattamenti farmacologici devono infatti essere condotti con farmaci rispettosi della funzionalità epatica e, possibilmente, favorirla migliorando il quadro della steatosi e dell'insulino-resistenza quando presenti. Una dieta corretta e un'attività fisica regolare, inserite all'interno di un progetto per favorire il cambiamento dello stile di vita ed il controllo del peso, sono la base del trattamento. Quando questo non basta, occorre fare

riferimento all'ampio spettro di farmaci ipoglicemizzanti, tra i quali sono da preferire la metformina e soprattutto il pioglitazone, impiegati in vari studi nel trattamento della steatosi non alcolica.

Per il pioglitazone sono disponibili vari studi su outcome istologici ben definiti, in particolare le Agenzie regolatorie hanno fissato come outcome di trattamento il miglioramento della necroinfiammazione senza peggioramento del quadro di fibrosi; la fibrosi appare infatti il driver più importante per l'evoluzione della malattia verso la cirrosi ed, eventualmente, il carcinoma epatocellulare. Del tutto recentemente, a questi si sono aggiunti gli agonisti del recettore per il GLP-1 (GLP-1Ra), in particolare liraglutide, efficace sia nel ridurre il peso, correggere la glicemia e ridurre il rischio cardiovascolare. Vi sono anche attese favorevoli per gli inibitori del SGLT-2, in grado di correggere glicemia e peso, riducendo il rischio cardiovascolare, anche se per questi non sono ancora disponibili dati su outcome istologici. Pochi dati sono disponibili sull'efficacia dei farmaci inibitori della DPP-4, per i quali mancano dati significativi a livello istologico.

La scelta del farmaco ed il target terapeutico devono essere attentamente valutati in base al grado di compenso glicemico, alla severità del quadro epatico e alla prognosi dell'epatopatia.

INDICE GLICEMICO E CARICO GLICEMICO: SAPPIAMO PROPRIO TUTTO?

Marcello Monesi

La glicemia post-prandiale costituisce un aspetto rilevante nella condizione di salute complessiva, in particolare sul rischio cardiovascolare e sulla mortalità dei soggetti affetti da diabete tipo 2: gli approcci nutrizionali mirati alla riduzione del picco glicemico post-prandiale si possono considerare a tutti gli effetti utili strumenti terapeutici in tal senso. Esistono ampie evidenze che dimostrano come le diete a basso indice glicemico migliorino il compenso glicemico nel diabete tipo 1 e tipo 2, oltre ad apportare benefici sul profilo lipidico e sui marker infiammatori anche nei non diabetici. Anche nella prevenzione del diabete tipo 2, le diete a basso indice e carico glicemico risultano di notevole impatto, specie nei soggetti di sesso femminile, sedentari, sovrappeso e/o con insulino-resistenza. È stato altresì proposto che una dieta contenente cibi a basso indice glicemico, influenzando la secrezione insulinica in senso favorevole, possa ridurre il rischio di sviluppare alcune neoplasie: alcuni studi rilevano una debole, ma significativa, correlazione tra basso indice e carico glicemico e minor rischio di sviluppare alcune neoplasie (dati significativi su colon-retto). Altro aspetto rilevante è l'impatto del basso indice e carico glicemico sul controllo del peso corporeo, soprattutto negli insulino resistenti; da notare infine il ruolo delle proprietà regolatorie delle proteine presenti nella dieta, in grado di influenzare la glicemia post-prandiale.

COSA C'È DI NUOVO NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DEL DIABETE TIPO 2

Gilberto Laffi

Il Diabete è una malattia con un'incidenza in aumento esponenziale, si calcola che nel 2040 i diabetici nel mondo saranno 642 milioni con aumenti anche del 50% in Africa e nei Paesi Asiatici.

Fino al 1980 i diabetologi avevano a disposizione sostanzialmente tre farmaci insulina: derivata da animali, le sulfoniluree e la metformina. Dal 1983 fino ad oggi sono entrati in commercio numerosi nuovi farmaci a cominciare dall'insulina umana, le Alfa glucosidasi, gli analoghi dell'insulina, le glinidi, i glitazoni fino arrivare agli analoghi del glp-1, gli inibitori del DPP4 e infine gli SGLT2 inibitori.

L'avvento di queste molecole ha permesso di rivedere criticamente le caratteristiche delle sulfoniluree che sono tuttora i farmaci più usati per la cura del diabete. La *secondary failure* e la tendenza a dare ipoglicemie sono la causa del sempre minore utilizzo, insieme ad una non certa innocuità sul sistema cardiovascolare.

L'effetto incretinico è stato scoperto ormai dal 1940, ma l'utilizzo in campo clinico è stato reso possibile da circa una decina d'anni con l'entrata in commercio prima degli analoghi del GLP1 e poi degli inibitori DPP-4.

Le incretine stimolano la produzione di insulina, inibiscono la secrezione di glucagone, rallentano lo svuotamento gastrico e, agendo a livello del centro della fame, riducono l'assunzione del cibo, in vitro hanno dimostrato un aumento della massa beta cellulare, una riduzione della apoptosi e un aumento della differenziazione delle Beta cellule.

Gli inibitori del dpp-4 e gli analoghi del GLP 1 sono farmaci che hanno dimostrato una buona sicurezza cardiovascolare

Le ultime molecole nate tra le classi di farmaci per curare il diabete sono gli SGLT2 inibitori le cosiddette gliflozine.

Le gliflozine sono inibitori reversibili, competitivi e altamente selettivi del cotrasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2). L'effetto ipoglicemizzante è determinato dall'inibizione del riassorbimento renale del glucosio con conseguente eliminazione nelle urine. Questo meccanismo è indipendente dalla funzionalità delle cellule beta pancreatiche.

La diuresi osmotica che si ottiene con gli SGLT2 inibitori causa una perdita di calorie ed è accompagnata da una riduzione della pressione arteriosa.

EMPA-REG OUTCOME è il primo trial randomizzato in doppio cieco controllato contro placebo che utilizza una gliflozina (empagliflozin), è stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* e ha dimostrato l'efficacia dell'empagliflozin, in aggiunta alla terapia standard, nella riduzione del rischio cardiovascolare. Il trial, è stato condotto su 7020 pazienti con diabete di tipo 2, arruolati in tutto il mondo. Il suo obiettivo era di esaminare gli effetti a lungo termine di empagliflozin (10mg o 25mg una volta/die), in aggiunta alla terapia anti-diabetica standard, sulla morbilità e mortalità cardiovascolare nei pazienti con diabete di tipo 2 ad elevato rischio di eventi cardiovascolari.

L'endpoint primario è stato il tempo intercorso sino al verificarsi del primo evento tra morte per causa cardiovascolare, infarto del miocardio non-fatale o ictus non-fatale. Endpoint primario dello studio era un composito di tre MACE (*Major Adverse Cardiac Events*): mortalità

cardiovascolare, infarto del miocardio non fatale, ictus non fatale); al termine dello studio, nel gruppo trattato con empagliflozin questo è risultato ridotto del 14% ($p=0,0382$) rispetto al gruppo di controllo. L'incidenza cumulativa di mortalità cardiovascolare, nel gruppo trattato con empagliflozin è risultata ridotta del 38% ($p < 0,0001$). I ricoveri per scompenso cardiaco, nel gruppo trattato con empagliflozin sono risultati ridotti del 35% ($p=0,0017$). Molto positivo infine è stato anche il risultato della mortalità per tutte le cause, ridotta del 32% ($p=0,0001$) nei pazienti trattati con empagliflozin. Il farmaco è risultato ben tollerato e non ha prodotto effetti indesiderati gravi. Questi sono stati per lo più infezioni urinarie e genitali, più frequenti tra le donne; ma questo effetto indesiderato raramente ha portato alla sospensione del trattamento.

L'empagliflozin ha prodotto una riduzione dell'emoglobina glicata senza aumentare il rischio di ipoglicemia, ridotto il peso e la pressione arteriosa, determinato un piccolo aumento di colesterolo HDL.

Le nuove frontiere del trattamento dei pazienti diabetici sarà l'utilizzo di questi farmaci in associazione ad esempio con gli inibitori del dpp-4 o con gli analoghi del GLP1 o l'uso nel Diabete tipo 1 associato all'insulina.

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

MODERATORI: Romana Schumann, Giuseppe Rovera

LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NEI DIVERSI LIVELLI DI CURA

Donatella Ballardini

INTRODUZIONE

La Riabilitazione Nutrizionale (RN) nei disturbi dell'alimentazione (DA) ha l'obiettivo di ridurre le complicanze mediche conseguenti alla malnutrizione, sia essa per difetto che per eccesso, e di favorire il recupero di uno stato nutrizionale fisiologico; opera nel sostenere il processo di cambiamento dei comportamenti alimentari disfunzionali e delle cognizioni che sostengono tali comportamenti. La RN, che interviene nel percorso terapeutico in tutti i setting di cura, deve essere integrata con terapia psichiatrica, psicoterapia ed interventi psicosociali: si tratta quindi di un complesso capitolo della competenza nutrizionale che implica anche una formazione specifica per il lavoro di team.

LIVELLI DI CURA

Per il trattamento dei DA sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento, di questi il primo è rappresentato dal medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, mentre gli altri sono livelli specialistici a carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, in particolare: terapia ambulatoriale, terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale, riabilitazione intensiva residenziale, ricovero ordinario e di emergenza.

L'indicazione per i diversi livelli deriva da una valutazione clinica che prende in considerazione: l'età del paziente, il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata, l'intensità dei sintomi, le condizioni di salute, il profilo psicopatologico del paziente e la sua motivazione alla cura, le comorbidità psichiatriche, la situazione socio-ambientale.

RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione, le diverse linee guida pubblicate, sostengono che l'intervento medico e riabilitativo sia indispensabile per la tutela del paziente con DA e forniscono al riguardo raccomandazioni che si basano su standard di *"best practice"*, sviluppati attraverso un processo di consultazione di professionisti.

IL PERCORSO DI RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Gli obiettivi specifici della RN dipendono dal quadro clinico del paziente. I più frequenti sono: correzione delle complicanze fisiche e psicosociali della malnutrizione; normalizzazione del comportamento alimentare, sostenendo il raggiungimento di una condizione di peso sano; recupero della capacità di percepire in modo sano fame e sazietà; ristrutturazione delle cognizioni su cibo/peso/fisiologia; gestione delle difficoltà emergenti nel processo di recupero di peso; gestione di sintomi quali ad esempio iperattività fisica e abuso di lassativi.

Il percorso di RN deve comunque essere costruito sulle caratteristiche specifiche del paziente con un alto livello di personalizzazione. Ai fini del raggiungimento degli obiettivi sono necessarie strategie di tipo relazionale, motivazionale e psicoeducative, oltre che la capacità di gestire ed applicare tecniche e procedure specifiche come ad esempio i pasti assistiti, l'uso dei supplementi orali nutrizionali, la nutrizione artificiale, la prevenzione della sindrome da *refeeding*.

BIBLIOGRAFIA

Quaderni del Ministero della Salute "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", n°29, settembre 2017

GESTIONE DELLE COMPLICANZE MEDICHE NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Giovanni Gravina

Le complicanze mediche dei Disturbi Alimentari (DA) sono estremamente variabili, manifestandosi con danni biologici e fisici solo modesti fino a condizioni di estrema gravità e di rischio per la vita.

Tratto comune a tutti i DA è l'alimentazione incongrua, basata spesso su parametri arbitrari, sconnessa dai bisogni fisiologici, con alterazione del sistema fame/sazietà, a cui conseguono variazioni di peso, composizione corporea, stato di salute e qualità di vita dei pazienti.

Nei DA quali Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) le conseguenze mediche sono essenzialmente dovute alla malnutrizione, prodotta dalle variazioni quantitative e qualitative dell'intake alimentare, e alle possibili conseguenze dell'uso/abuso dei metodi di compenso (condotte "*purging*") come vomito, uso di lassativi e diuretici, iperattività fisica.

Nei pazienti affetti da Binge Eating Disorder (BED) le complicanze mediche conseguono all'eccesso di intake calorico e alle alterazioni organiche e metaboliche tipiche del sovrappeso e dell'obesità.

I danni biologici dei DA possono riguardare, in misura diversa, tutti gli organi e apparati e sono in genere reversibili (non sempre e/o non completamente) con il ripristino di un'adeguata alimentazione, la cessazione delle condotte *purging*, il recupero del peso e di uno stile di vita sano.

Nella relazione vengono discussi segni e sintomi delle alterazioni a carico dei vari organi e apparati, i parametri di valutazione dello stato nutrizionale, le indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio, il timing e le modalità del trattamento per le diverse complicanze, con riferimento anche alla sindrome da rialimentazione, alle indicazioni per il ricovero medico e alle caratteristiche di una adeguata relazione di cura.

LETTURA: QUALI NOVITÀ NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'OBESITÀ

Fabrizio Muratori

AGGIORNAMENTI IN DIETA CHETOGENICA

MODERATORE: Massimo Labate **DISCUSSANT:** Michele Sculati

DAI SOSTITUTI DEL PASTO ALLA DIETA MEDITERRANEA: SECONDO LE INDICAZIONI DELL'EFSA

Luisella Vigna, Francesca Gori, Laura Tomaino, Fabrizia Bamonti

Scientific Opinion EFSA sulla composizione essenziale dei sostituenti dietetici per il controllo del peso.

Su richiesta della Commissione Europea, è stato chiesto al Gruppo EFSA sui prodotti dietetici, nutrizione ed allergie (NDA), di elaborare un parere scientifico sulla composizione essenziale dei sostituenti totali della dieta per il controllo del peso.

In questo parere si propone:

- contenuto minimo in **proteine di 75g/die**,
- contenuto minimo di **carboidrati**, elaborato in base alle richieste di glucosio del sistema nervoso centrale, di **30g/die**,
- contenuto minimo in **acido linoleico di 11g/die**, di **acido alfa-linolenico di 1,4g/die**, e di micronutrienti, basato sui valori di riferimento,
- supplementazione micro nutrizionale come da indicazioni EFSA NDA precedenti.

In base al contenuto minimo di macronutrienti, il Gruppo ha proposto che il contenuto energetico minimo per i sostituenti totali della dieta per il controllo del peso sia di 2510kJ/die (**600kcal/die**).

APPLICAZIONE DELLA VLCKD NELLA OBESITÀ GRAVE

Virginia Bicchiega

Nell'obesità grave, altrimenti detta severa o più semplicemente dal III grado di BMI in poi, ottenere un calo ponderale richiede delle strategie, tempi ed attenzioni molto mirate e di varia complessità.

Ancora di più se si pone come ulteriore obiettivo la salvaguardia della massa cellulare attiva; unica garanzia per contrastare un reincremento del peso corporeo repentino. Il modo giusto per

alimentarsi sarà quindi valutato e prescritto in base alle aspettative e necessità biologiche della persona.

Abbiamo dietoterapie avanzate per la cura dell'obesità, con protocolli biochimico-metabolici raffinati e mirati al consumo del grasso corporeo e, contemporaneamente, all'utilizzo finalizzato delle proprietà energizzanti (e quindi utili alla attività motoria) di diete adattate e palatabili oltre che efficaci.

La necessità di lavorare sul paziente obeso in combine con più specialisti (nutrizionisti, biochimici, laureati in scienze motorie, fisiatristi) ci dà il giusto avvio per un percorso che, nelle nostre intenzioni, dovrebbe scorporre molti falsi miti a favore di nuove e sempre più applicabili teorie.

DIETE CHETOGENICHE IN NEUROLOGIA: UN RUOLO PER LA VLCD

Cherubino Di Lorenzo

Per un puro *bias* culturale, in Italia la dizione di dieta chetogenica richiama alla mente una particolare dieta dimagrante, generalmente fortemente ipocalorica, spesso iperproteica. In realtà, la dieta chetogenica nasce nel 1921 quando Wilder mise a punto un protocollo alimentare volto a curare l'epilessia nei piccoli pazienti dell'ospedale in cui lavorava. Da allora e fino alla seconda guerra mondiale, la chetogenesi si diffuse sempre più nel trattamento di svariate patologie, neurologiche e non. La forte spinta che ricevette l'industria farmaceutica a seguito del secondo conflitto mondiale, spinse la neurologia in un angolo, da cui sarebbe prepotentemente uscita solo a partire dagli anni '90 del XX secolo quando, grazie alla meritoria iniziativa di alcune famiglie, iniziò nuovamente a diffondersi l'uso di tale dieta nella terapia dell'epilessia farmacoresistente. Nel giro di pochi anni, si moltiplicarono le esperienze anche in altri ambiti, come le malattie metaboliche, le malattie neurodegenerative, le cefalee e le mitocondriopatie, solo per restare nell'ambito delle malattie di pertinenza neurologica.

USO DEGLI AMINOACIDI NELLE DIETE CHETOGENICHE E PROTEICHE

Manuela Russo, Roberta Lutti, Ambra Federica Ciliberto

Da tempo numerose sono le diete proteiche e chetogeniche che vengono suggerite nel trattamento dell'obesità e di alcune patologie metaboliche.

L'applicazione clinica della dieta chetogenica presuppone un'adeguata conoscenza delle molteplici problematiche nutrizionali che potrebbero incorrere durante o a seguito di tale regime.

Per ottenere un adeguato livello di chetosi sono necessari un basso apporto di carboidrati ed un alto apporto di grassi in rapporto controllato. L'uso di tale dieta richiede particolare attenzione per la supplementazione ed attento screening nel follow-up.

I principali problemi nutrizionali che richiedono un accurato monitoraggio derivano da deficit marginali o evidenti di alcuni nutrienti (energia, proteine, minerali e vitamine) e dall'eccesso di altri (lipidi, acidi grassi saturi e colesterolo) che sono la peculiarità di questa dieta.

Le fasi dell'elaborazione di una dieta chetogenica non sono semplici e talvolta l'uso esclusivo di alimenti non permette di raggiungere gli standard necessari per una corretta applicabilità.

Da tempo lo sviluppo di integratori alimentari, tra cui integrazioni proteiche, ha permesso di utilizzare prodotti di alta qualità che garantiscono una più facile gestione della dieta chetogenica sia per gli addetti ai lavori che per i soggetti che ne devono fare uso. Nella scelta di tali integrazioni è fondamentale tenere conto di alcune caratteristiche che rendono il prodotto di elevata qualità. Una di queste è la presenza di aminoacidi all'interno delle integrazioni proteiche destinate alla dieta chetogenica.

GRANDI DIMAGRIMENTI E TRATTAMENTO RICOSTRUTTIVO

Loredana Cavalieri

La diffusione dell'obesità ha ormai assunto i connotati di un'epidemia su scala mondiale, l'incremento ponderale è associato ad un'aumentata incidenza di patologie correlate (comorbidità) quali le malattie cardiovascolari, l'insufficienza respiratoria, le artropatie, le dislipidemie, le neoplasie e soprattutto il diabete di tipo 2, circa il 90% dei pazienti diabetici è in sovrappeso o francamente obeso, contribuendo alla definizione di una nuova condizione patologica detta "Diabesità". In Italia l'eccesso ponderale impatta per circa 4,5 miliardi di euro l'anno sulla spesa sanitaria ed il costo indiretto è stimabile a 9 miliardi di euro. ⁽⁵⁾

L'appropriatezza clinica assistenziale è fondamentale in questi pazienti e solo un team plurispecialistico è in grado di indagare lo stato nutrizionale, fisico e psicologico che permette l'inquadramento nosologico idoneo a intraprendere la giusta scelta terapeutica. ⁽³⁾

Per tale motivo, il 24 marzo 2017, presso l'Azienda Sanitaria San Camillo Forlanini di Roma, è stata pubblicata la delibera di attuazione del progetto *Obesity Unit*. La finalità principale di questo progetto è stata quella di individuare, all'interno dell'ospedale, dei percorsi assistenziali standard, con relative figure professionali specialistiche, che prendano in carico il paziente obeso; la quantificazione dei posti letto e delle sedute operatorie dedicate.

L'indiscusso impatto favorevole del dimagrimento si manifesta, soprattutto, sul controllo delle comorbidità collegate all'obesità, con una riduzione del 45% della spesa sanitaria conseguente alla terapia delle complicanze. ⁽⁴⁾

La perdita di peso però determina un impoverimento del tessuto adiposo sottocutaneo che si manifesta clinicamente in ptosi dermo-epidermiche di quasi tutti i distretti corporei. L'eccesso di cute anelastica e ridondante è spesso causa di una ridotta igiene, provoca ripetuti episodi d'intertrigine fino alla comparsa di ragadi e infezioni cutanee.

È stato dimostrato che i pazienti che si sottopongono a interventi di chirurgia plastica per il rimodellamento corporeo post dimagrimento, presentano un controllo del peso più duraturo nel tempo. La chirurgia plastica svolge un ruolo importante di prevenzione, di terapia e di contenimento della spesa sanitaria sociale rendendo imprescindibile il suo ruolo nel team multidisciplinare della *Obesity Unit*.^(1,2)

BIBLIOGRAFIA

1. Azin A., Zhou C., Jackson T. et al.: “Body Contouring Surgery after Bariatric Surgery: A Study of Cost as a Barrier and Impact on Psychological Well-Being”. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 133(6):776e-782e, June 2014.
2. Balagué N., Combescure C., Huber O., et al.: “Plastic Surgery Improves Long-Term Weight Control after Bariatric Surgery”. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 132(4):826-833, October 2013.
3. Ministero della Salute.: “Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito”. Quaderno n. 10 Luglio-Agosto 2011
4. Forestieri P., Alkilani M., Amenta E. et al.: “Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia”. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.OB.), 2008.
5. Fried M., Yumuk V., Oppert J-M. et al. “on behalf of International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders-European Chapter (IFSO-EC) and European Association for the Study of Obesity (EASO). Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery”. *Obes Facts* 2013;6:449–468.

COME AFFRONTARE AL MEGLIO LA DIETA POST-BARIATRICA

Giuseppe Rovera

L'obesità è una patologia che necessita di un approccio multidisciplinare integrato, antropologico, culturale, neuroscientifico nonché clinico terapeutico.

Un monitoraggio specifico deve modificare in modo stabile e duraturo lo stile di vita del paziente prevenendo le ricadute dell'eccesso ponderale e migliorando le conoscenze nutrizionali del paziente e le sue capacità di relazione con il cibo.

L'intervento multidimensionale è finalizzato al raggiungimento di un risultato terapeuticamente proporzionato alle caratteristiche cliniche e psicologiche del soggetto, indipendentemente dalle richieste del paziente che risultino influenzate da modelli puramente estetici.

Gli obiettivi della cura servono a ridurre i fattori di rischio per le patologie notoriamente correlate all'eccesso ponderale, senza peraltro trascurare le problematiche esistenziali del paziente.

L'obesità deve essere considerata alla stessa stregua di altre patologie croniche, quindi gli interventi devono ottenere risultati non necessariamente rapidi, ma soprattutto duraturi nel

tempo, concentrandosi sulla prevenzione delle ricadute, ritenendo la fluttuazione del peso corporeo un ulteriore fattore di rischio.

CRITERI DI INCLUSIONE PRESSO REPARTO DI RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE DOPO INTERVENTO CHIRURGICO con trasferimento protetto dal Reparto di Chirurgia della struttura di provenienza (solitamente dalla III giornata postoperatoria), se soddisfatti i sottoelencati criteri di accesso. La durata prevista del ricovero è di circa 8 giorni.

Interventi di Re-do surgery (revisioni e conversioni) con BMI > 30 kg/m²

Interventi di bypass-gastrico e interventi malassorbitivi con BMI > 35 kg/m²

Interventi di Sleeve gastrectomy con BMI > 40 kg/m²

Interventi di Bendaggio Gastrico con BMI > 45 kg/m²

SESSIONE POSTER

VENERDÌ 17 NOVEMBRE

ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Laboratorio di Dietetica e Nutrizione Clinica - Dipartimento di Sanità Pubblica Medicina Sperimentale e Forense – Università degli Studi di Pavia*

Negli ultimi decenni si è assistito ad un incremento della prevalenza di malattie allergiche, in contrasto con la riduzione delle malattie infettive. Il Laboratorio di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Università Degli Studi di Pavia, in collaborazione con Professione Salute, tratta il tema "Allergie e intolleranze alimentari" proponendo aggiornamenti scientifici e indicazioni pratiche in merito ad un fenomeno di grande attualità con un corso FAD 2018 mirato alle seguenti tematiche:

Intolleranza al lattosio

L'intolleranza al lattosio è una condizione causata dal deficit dell'enzima lattasi, una beta-galattosidasi in grado di scindere il lattosio nei due monosaccaridi che lo compongono: nei soggetti deficitari è essenziale un'alimentazione priva di lattosio per evitare la sintomatologia derivante dall'incompleta digestione.

Reazioni avverse al nichel

Linee guida per una dieta Nichel free. Il Nichel rappresenta una delle cause della dermatite da contatto ed essendo presente in molti alimenti, nonché in diversi utensili da cucina, una modalità di esposizione è quella alimentare. Evidenze scientifiche dimostrano il beneficio derivato da un intervento dietoterapico, pianificando un adeguato livello di assunzione.

Celiachia e *Gluten Sensitivity*

La varietà dei disturbi legati all'ingestione di glutine è molto ampia e complessa: la *Gluten Sensitivity* è una condizione in cui l'ingestione di glutine provoca una sintomatologia sovrapponibile a quella relativa alla celiachia, differenziandosi da essa in quanto non vengono riscontrate alterazioni anatomiche intestinali e risposta autoimmune da parte dell'organismo.

Diagnosi delle allergie alimentari: quali novità?

Ogni manifestazione indesiderata e imprevista conseguente all'assunzione di un alimento si traduce in quadri clinici estremamente diversi: l'iter diagnostico deve seguire percorsi scientificamente validati e definiti, riducendo al minimo il rischio per la salute del paziente.

I probiotici nella prevenzione delle allergie

Negli ultimi anni sempre più studi hanno associato l'alterazione, meglio definita come "disbiosi", del microbiota intestinale con la sensibilizzazione alle patologie allergiche, ipotizzando l'uso dei probiotici come azione preventiva ed efficace.

* Responsabile: Prof.ssa Hellas Cena – Supervisore: Dott.ssa Debora Porri
debora.porri01@universitadipavia.it
Griffin srl unipersonale - Tel. 031.789085
customerservice@griffineditore.it

IL RUOLO DEL DIETISTA ALL'INTERNO DEL TRATTAMENTO INTENSIVO GIORNALIERO (TIG) MULTIDISCIPLINARE PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Dapporto E., Pozzi L., Mazzoni C., Fasoli V., Rausa M., Schumann R.
Centro Gruber, Via S. Stefano 10, 40125 Bologna, Italia

INTRODUZIONE

La letteratura evidenzia che il trattamento dei pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) deve essere realizzato da parte di un team multidisciplinare composto da figure professionali con una formazione specifica (Medico Nutrizionista, Dietista, Psicologo/Psicoterapeuta, Psichiatra etc.). Le linee guida RANCZP sottolineano l'esigenza del supporto professionale del Dietista nell'ambito del trattamento in regime ambulatoriale dei DCA.

OBIETTIVI

Individuare ed approfondire il ruolo del Dietista all'interno della Terapia Intensiva Giornaliera nel percorso di Riabilitazione Psico-Nutrizionale (RPN) strutturato presso il Centro Gruber, un ambulatorio specializzato nel Trattamento dei pazienti con DCA.

MATERIALI E METODI

Il ruolo del Dietista nella TIG per i DCA è stato definito attraverso l'utilizzo delle linee guida internazionali (APA; NICE; ADA; RANCZP; AED). Il Centro Gruber, certificato dalla Certificazione di Qualità ISO 9001, integra la figura del Dietista all'interno del programma di Diagnosi e Trattamento per i DCA. A partire da questi dati, è stata strutturata una flow-chart che descrive il ruolo specifico e l'intervento clinico del Dietista durante la TIG.

RISULTATI

Nella terapia, il Dietista effettua interventi di psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva focalizzati sull'alimentazione, sulla fisiologia del pasto e della digestione, guidando il paziente alla riscoperta del gusto e, parallelamente, all'equilibrio nutrizionale. All'interno dei pasti assistiti identifica, in collaborazione con gli altri membri del team, comportamenti disfunzionali e destruttura le false credenze sul cibo indotte dalla psicopatologia del DCA.

CONCLUSIONI

Un modello terapeutico strutturato che prevede un percorso diagnostico terapeutico multidisciplinare, permette da un lato una standardizzazione del metodo, dall'altro una maggiore personalizzazione dell'intervento. Tale modello deve avvalersi di un'équipe multidisciplinare in cui i professionisti lavorano in sinergia. Il ruolo del Dietista risulta, quindi, necessario per garantire il completo raggiungimento degli obiettivi terapeutici fissati all'interno della RPN.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*, 163(7 Suppl), 4.

Barbara R. Meal Supervision and Support in an Eating Disorder Inpatient Program. Eating Disorder Consultant Victorian Center of Excellence in Eating Disorder.

<http://ceed.org.au/wp-content/uploads/2012/05/mealsupportinpatientdetails2.pdf>

Brockmeyer, T., Friederich, H. C., Jäger, B., Schwab, M., Herzog, W., & de Zwaan, M. (2015). [Mealtime support for patients with eating disorders: a survey on the clinical practice in german eating disorders centers]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(3-4), 112-118.

Hage, T. W., Rø, Ø., & Moen, A. (2015). "Time's up"—staff's management of mealtimes on inpatient eating disorder units. *Journal of eating disorders*, 3(1), 13.

Long, S., Wallis, D. J., Leung, N., Arcelus, J., & Meyer, C. (2012). Mealtimes on eating disorder wards: A two-study investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 241-246.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. *National Institute for Clinical Excellence*.

Ozier, Amy D., and Beverly W. Henry. "Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders." *Journal of the American Dietetic Association* 111.8 (2011): 1236-1241.

L' INTERVENTO MEDICO NUTRIZIONALE PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEL SETTING RESIDENZIALE E DI CENTRO DIURNO

Trunfio O, Andruccioli C, Loperfido F, Fornea S, Rugo MA

Residenza Gruber - Struttura sanitaria, accreditata SSN, specializzata nel trattamento riabilitativo dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Bologna

INTRODUZIONE

Il setting residenziale per i disturbi dell'alimentazione, accoglienza extra-ospedaliera residenziale e semiresidenziale, è al IV livello della rete assistenziale. Le linee guida

internazionali raccomandano che il trattamento offerto preveda un intervento nutrizionale e psicologico integrato analogo a quanto effettuato a livello ambulatoriale, ma con un maggiore livello di assistenza, inclusa l'assistenza ai pasti.

La RN deve procedere con sintonia e sinergia con le altre componenti terapeutiche e va modulata sulla base delle condizioni generali e della capacità di collaborazione del paziente.

La Residenza, che in qualità di struttura specialistica per i Disturbi del Comportamento Alimentare ha elaborato tale lavoro, accoglie 20 pazienti in regime residenziale e 8 pazienti in quello semiresidenziale. I percorsi terapeutico-riabilitativo sono gestiti da una équipe multidisciplinare (psichiatri, psicoterapeuti, nutrizionisti, educatori, infermieri e operatori socio-sanitari). Il lavoro in team permette di definire obiettivi molteplici e in sinergia fra loro.

OBIETTIVO

Descrivere come, alla luce delle linee guida internazionali, viene declinato l'intervento medico nutrizionale nel setting residenziale e di centro diurno.

MATERIALI E METODI

Assessment medico-nutrizionale, colloqui individuali, pasti assistiti, gruppo psico-nutrizionale, laboratorio di cucina didattica.

CONCLUSIONI

Gli obiettivi della RN nel setting residenziale e di CD sono quelli di stabilizzare le condizioni cliniche, recuperare un comportamento alimentare funzionale, ottenere e consolidare l'autonomia nella gestione del pasto. Tali obiettivi vanno contestualizzati alle possibilità di collaborazione alla cura del singolo paziente e devono essere perseguiti in sinergia con gli altri interventi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Eating Disorders. 2006.

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutritional Intervention in the Treatment of Eating Disorders. J Am Diet Assoc, 2011.

ISS-Quaderni del Ministero della Salute, N°29,7 settembre 2017- Linee di indirizzo nazionale per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione

ORTORESSIA NERVOSA: UNA NUOVA IPOTESI DIAGNOSTICA?

Mazzoni C., Fasoli V., Pozzi L., Dapporto E., Contin S.A., De Angelis V. A., Filippini T., Garofalo S., Giunti G., Ballardini D.

Centro Gruber, Via S. Stefano 10, 40125 Bologna, Italia

INTRODUZIONE

Ortoressia deriva dal greco Orthos (giusto) e Orexis (appetito) e indica l'ossessione psicologica per il mangiare sano. Il fatto che questa modalità dell'alimentarsi possa essere discussa come un disturbo dell'alimentazione è supportato da un aumento del numero di articoli scientifici negli ultimi anni ed è un tema di cui si sono occupati i mass media. Attualmente il DSM-5 non presenta criteri che possano definire un quadro di Ortoressia Nervosa.

METODO

Al fine di chiarire le caratteristiche dell'ortoressia e di valutare le possibilità diagnostiche è stata esaminata la letteratura scientifica degli ultimi 5 anni consultando le seguenti banche dati: Google Scholar, PubMed, PsychINFO, utilizzando come parole chiave "orthorexia nervosa", "pathologically healthy eating", "eating behaviour", "diagnostic criteria".

RISULTATI

Dall'analisi della letteratura emergono i seguenti risultati: sono stati identificati due sistemi di classificazione diagnostica dell'Ortoressia Nervosa, proposti da Moroze R. et al. (2014) e da Dunn T.M. e Bratman S. (2016) ed emergono due strumenti per identificare gli atteggiamenti ortoressici: il Test di Bratman e l'ORTO-15. Tra i soggetti maggiormente a rischio vi sono gli adolescenti, gli sportivi, le persone che effettuano una scelta vegana o vegetariana. È stata evidenziata una sovrapposibilità dell'ortoressia con altri disturbi dell'alimentazione e il disturbo ossessivo compulsivo. Le conseguenze dell'ortoressia si manifestano come danni relativi sia allo stato di salute fisica che alla condizione psicologica. Emerge infine come il trattamento dell'ortoressia dovrebbe avvalersi di un'equipe multidisciplinare come per "gli altri" disturbi dell'alimentazione.

CONCLUSIONI

Non è ancora possibile definire un quadro di Ortoressia Nervosa. Risulta interessante notare come i sintomi dell'ortoressia siano presenti anche in altri disturbi dell'alimentazione e in soggetti sani. Sono necessari ulteriori studi per approfondire questa tipologia di disturbo, al fine di evidenziare quali caratteristiche specifiche del disturbo e quali livelli di gravità siano necessari per poter definire l'ortoressia come una patologia di rilevanza clinica.

BIBLIOGRAFIA

Bratman, S. (1997). Original essay on orthorexia. *Retrieved March, 9, 2015.*

Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors, 21*, 11-17.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.

Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 421-431.

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P. (2014). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 1–7.

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.

Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.

PERSONE CON DISABILITÀ: UNA FASCIA DI POPOLAZIONE A RISCHIO DI CATTIVA NUTRIZIONE

S. Magrini *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Az. USL di Ferrara – Area Disabilità Adulti – Dipartimento Cure Primarie*

Un corretto modo di alimentarsi assume particolare importanza nelle persone con disabilità, le quali possono avere una carenza di strumenti cognitivi che spesso non consente loro di approcciarsi al cibo in maniera salutare e, a causa della disabilità stessa, sono a più alto rischio di comorbilità psico-fisiche.

Affrontando il tema dell'alimentazione e delle condotte alimentari in questa fascia di popolazione, attraverso un approccio psicoeducativo e nutrizionale mirato alla prevenzione delle comorbilità legate all'alimentazione, si può migliorare il benessere psico-fisico individuale e la qualità di vita propria e del nucleo familiare, contribuendo a diminuire l'handicap e ad aumentare le autonomie personali e sociali.

SESSIONE POSTER

SABATO 18 NOVEMBRE

VALUTAZIONE NUTRIZIONALE E STILE DI VITA IN PAZIENTI AFFETTI DA INSONNIA CRONICA: STUDIO PILOTA

Maria Pilar Princis¹ e Zohal Hakimi¹, Francesca Sottotetti¹, Rachele De Giuseppe¹, Raffaele Manni²; Michele Terzaghi²; Cristina Valisi², Rosella Bazzano¹, Hellas Cena¹

¹ *Laboratorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense; Università di Pavia*

² *Unità di Medicina del Sonno ed Epilessia, Istituto Neurologico Nazionale IRCCS C. Mondino, Pavia.*

INTRODUZIONE

I disturbi del sonno sono correlati all'insorgenza di patologie cardiometaboliche¹; è nota infatti l'associazione tra alterazioni del sonno e abitudini alimentari scorrette quali una dieta monotona e un elevato intake di energia, grassi e zuccheri semplici². Il presente studio pilota caso-controllo ha indagato il profilo alimentare e lo stile di vita in soggetti affetti da insonnia cronica.

MATERIALI E METODI

Sono stati reclutati 20 pazienti (10M/10F) affetti da insonnia cronica (DSM-5) e 24 soggetti sani come gruppo di controllo (12M/12F). Per ciascuno sono stati indagati: dati antropometrici, composizione corporea (analisi bioimpedenziometrica; Akern, Italia), consumi alimentari (*Food Frequencies Questionnaire* validato³ e diario alimentare), livello di attività fisica (*Physical Activity Questionnaire*⁴) e abitudine al fumo (soggetti classificati come fumatori/non fumatori/ex fumatori).

RISULTATI

L'età era significativamente maggiore nei casi rispetto i controlli (55,9±11,1 vs 40,3±19,8 anni; $p=0,003$ rispettivamente).

I pazienti riportavano una Body Cellular Mass (BCM) inferiore rispetto ai controlli, indipendentemente dall'età.

Nonostante l'intake energetico e di macro e micronutrienti (stimato sull'intera giornata e per ciascuno dei pasti principali), il consumo di acqua, spuntini e caffè non differisse tra i due gruppi, quando aggiustati per età, è stata evidenziato un angolo di fase (PA, indice di stato nutrizionale)

significativamente inferiore nei pazienti rispetto i controlli ($p < 0,00$) unitamente ad una maggiore carenza di folato e magnesio (55% vs 29% e 80% vs 66%, rispettivamente).

Inoltre, il 25% dei pazienti e l'8% dei controlli erano inattivi e la percentuale di fumatori ed ex fumatori non differiva tra pazienti e controlli.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I pazienti presentavano una composizione corporea e uno stato nutrizionale peggiore rispetto ai controlli. Tale risultato è stato interpretato come una possibile conseguenza del sonno non riposante o un fattore condizionante i ritmi circadiani.

Tuttavia è necessario ampliare il campione per confermare tali dati al fine di programmare un intervento nutrizionale mirato a correggere gli errori più comuni, riducendo così i fattori di rischio di malattie cronico degenerative associate ai disturbi del sonno.

1. Depner CM, et al., 2014;
2. Grandner MA, et al., 2013;
3. Turconi G, et al., 2010;
4. Craig, et al., 2003

FOOD ADDICTION E OBESITÀ

Labate M, Pastorini M, Rondinone S, Genovese P

Casa di Cura Villa Igea. Aq. Terme Alessandria

INTRODUZIONE

La teoria della "Food Addiction" (FA) ha proposto di osservare i pattern alimentari disfunzionali dei soggetti obesi e con disturbo del comportamento alimentare secondo l'ottica della dipendenza e delle specifiche proprietà di cibi altamente palatabili, ricchi in grassi e zuccheri (Burmeister et al., 2012).

MATERIALI E METODI

Lo studio ha valutato la prevalenza della FA in un campione di soggetti affetti da grave obesità ($BMI = 35$) in cerca di trattamento per la perdita di peso. È stato inoltre valutato se la presenza di FA corrispondesse a differenze nella gravità dell'obesità (BMI), nei sintomi binge e depressivi e rispetto ad indicatori metabolici di rischio cardiovascolare (glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e LDL).

42 soggetti (10 M, età media $51,67 \pm 5,36$, BMI medio $40,44 \pm 5,33$) sono stati reclutati presso il servizio di Dietologia di Villa Igea (AL). Al momento dell'ingresso al servizio i pazienti hanno compilato le scale psicometriche Yale Food Addiction Scale (YFAS), Binge Eating Scale (BES) Beck Depression Inventory II (BDI-II), e sono stati sottoposti a prelievo ematico. La Food Addiction è stata riscontrata nel 47,62% del campione, in linea con studi precedenti (Eichen et

al, 2013). Nei soggetti obesi con FA (ObFA+) sono stati rilevati comportamenti binge e sintomi depressivi significativamente più elevati, mentre non sono emerse differenze rispetto al BMI e agli indici metabolici considerati.

CONCLUSIONI

La misura della FA nelle popolazioni cliniche potrebbe utilmente selezionare soggetti caratterizzati da maggiori livelli di psicopatologia.

BIBLIOGRAFIA

- Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*. 2013 Jan;60(1):103-10. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.013.
- Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*. 2013 Aug;67:22-4. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.008.

L'OBESITÀ E LA DILAGANTE EPIDEMIA DELLA CRONICITÀ: UNA SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA DEL XXI SECOLO

Anna Maria Ferriero, MD, PhD(c)

Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene. Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

L'epidemia della cronicità è ormai dilagante, rappresentando una delle principali sfide della sanità pubblica del XXI secolo; ogni anno le malattie croniche uccidono 40 milioni di persone nel mondo ^{1,2,3}. Esse condividono quattro principali fattori di rischio: fumo, scorretta alimentazione, inattività fisica e abuso di alcol. Questi portano a fattori di rischio intermedio, tra cui l'obesità, risultato di una complessa interazione di fattori genetici e ambientali ^{2,3}. Obiettivo di questa revisione è quello di delineare lo scenario epidemiologico dell'obesità a livello globale e nazionale.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione i principali e più recenti report pubblicati sul tema: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016), il più completo studio epidemiologico osservazionale a livello mondiale ^{4,5}; Obesity Update 2017 dell'OCSE, che analizza i trend per i Paesi dell'OCSE⁶; rapporto Osservasalute 2016, che analizza lo stato di salute degli italiani e la qualità dell'assistenza sanitaria⁷.

RISULTATI

Il GBD 2016 mostra che i fattori di rischio metabolici (tra cui un elevato Body Mass Index- BMI) sono aumentati dal 1990 al 2016 collocandosi tra i principali dieci fattori di rischio a livello mondiale e determinando un aumento dei Disability-Adjusted Life-Years (DALYs). L'elevato BMI è quello che ha mostrato il più rapido aumento di esposizione al rischio, con un tasso annuo di variazione pari a 1,7% ⁵.

L'Obesity Update dell'OCSE indica che nel 2015 il 19,5% della popolazione adulta era obesa. Per il 2030 tassi di obesità particolarmente elevati sono previsti per Stati Uniti, Messico e Inghilterra, dove ci si aspetta che il 47%, il 39% e il 35%, rispettivamente, della popolazione sarà obesa. L'aumento dovrebbe essere inferiore in Italia e in Korea (13% e 9% rispettivamente) ⁶.

Il rapporto Osservasalute 2016 evidenzia che in Italia il 35,3% della popolazione adulta è in sovrappeso e il 9,8% è obesa, con un significativo gradiente Nord-Sud ⁷.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Appare evidente come sovrappeso e obesità siano tra i principali fattori di rischio a livello mondiale e come sia fondamentale, per fronteggiare la situazione, una sinergia d'azione tra clinici ed esperti di sanità pubblica, per strutturare programmi d'intervento mirati sia al singolo che alla collettività.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases. Fact sheet. Updated June 2017.
2. Epicentro. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT): la sfida del secolo, anche per il nostro Paese.
3. World Health Organization (WHO). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases.
4. The Lancet. Global burden of disease. 2016 – 2015 – 2013 – 2010. Disponibile online al link: <http://thelancet.com/gbd>
5. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017 Sep 16;390(10100):1345-1422.
6. OECD. Obesity Update 2017.
7. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore, Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene.

PROGETTO SISTEMI ALIMENTARI E SVILUPPO SOSTENIBILE: CREARE SINERGIE TRA RICERCA E PROCESSI

*Laboratorio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Dipartimento di sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia (UNIPV)
Università degli Studi di Milano Bicocca (UNIMIB); Milano
Università Cattolica del Sacro Cuore, (UNICATT); Piacenza
Università degli Studi di Scienze Gastronomiche (UNISG); Pollenzo, Brà (Cn)
European Centre for Development Policy Management (ECDPM); Maastricht, the Netherlands*

INTRODUZIONE

Lo sviluppo sostenibile di sistemi alimentari atti a ridurre la malnutrizione è una delle più importanti sfide globali. Ad oggi, cresce la consapevolezza che per ridurre la povertà, nutrirsi in modo sostenibile e adattarsi ai cambiamenti climatici, è necessario creare sinergie tra diversi obiettivi e attori: scambi commerciali efficaci tra zone con eccesso e con deficit di produzione di cibo; crescita della produttività agricola; salvaguardia degli ecosistemi; diete varie (*dietary diversity*) e bilanciate; sviluppo economico inclusivo; sistemi alimentari sostenibili; valorizzazione del ruolo della donna.

Il Laboratorio di Dietetica e Nutrizione Clinica (UNIPV), in collaborazione con ECDPM, UNIMIB, UNICATT e UNISG, partecipa al progetto “*Sistemi Alimentari e Sviluppo Sostenibile: Creare sinergie tra ricerca e processi internazionali e Africani*” (Fondo integrativo speciale per la ricerca), allo scopo di descrivere e analizzare i sistemi alimentari e il loro impatto sul benessere della società, in due diverse aree geografiche dell’Africa sub-sahariana (Tanzania e Kenya) e per proporre un sistema alimentare sostenibile.

MATERIALE E METODI

L’obiettivo verrà raggiunto attraverso un modello di *Ricerca Innovativa e Responsabile* basato su analisi condivisa del problema, azioni di ricerca scientifica multidisciplinare e restituzione dei risultati.

Il punto di partenza sarà la valutazione del profilo nutrizionale della popolazione.

Verrà selezionato un campione di donne in età fertile delle aree urbane e rurali al fine di analizzarne e confrontarne:

- stato nutrizionale (parametri antropometrici, composizione corporea, 24-hour recall per valutare l’*intake* energetico, di macro e micronutrienti);
- conoscenze alimentari (questionario);
- varietà della dieta (stima del *Diversity Dietary Index*)

Inoltre verranno individuate e studiate alcune specie locali (*Neglected and Underutilized Species*) ricche di micronutrienti ad elevata disponibilità ed agrosostenibili.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati ottenuti serviranno per presentare un modello esportabile di sistema alimentare ecosostenibile per implementare le politiche pubbliche del sistema economico locale, con impatto positivo sullo stato di nutrizione della popolazione attraverso una maggior varietà dietetica.

RISTORAZIONE AZIENDALE E NUTRIZIONE: UN PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Pozzi L., Dapporto E., Ballardini D.

Centro Gruber, Via S. Stefano 10, 40125 Bologna, Italia

INTRODUZIONE

Il luogo di lavoro è un contesto in cui le attività di promozione della salute possono essere realizzate in maniera vantaggiosa, in quanto è possibile raggiungere un numero considerevole di persone.

OBIETTIVI

Promuovere uno stile di vita sano attraverso il miglioramento delle scelte nutrizionali dei dipendenti tramite un progetto che struttura azioni concrete sul ristorante aziendale realizzato all'interno del servizio di protezione e prevenzione sul lavoro (Dlgs 81/2008) e che fornisce una consulenza nutrizionale personalizzata in accordo con il medico del lavoro.

MATERIALI E METODI

Per l'attuazione del progetto è stata consultata la bibliografia scientifica specifica; sono stati utilizzati dati provenienti da studi su popolazioni sovrapponibili a quella dell'azienda; è stato selezionato un capitolato delle materie prime di qualità ed elaborati ricettari stagionali nutrizionalmente equilibrati. È stata supportata la progettazione di un layout del ristorante basato sul principio del free-flow e della scelta alimentare consapevole. Sono state avviate campagne di formazione/informazione riguardo tematiche specifiche di educazione alimentare e consulenze nutrizionali personalizzate rivolte ai singoli dipendenti. Il piano di progetto è stato strutturato all'interno della griglia di certificazione di qualità ISO 9001.

RISULTATI

Dopo i primi 6 mesi dall'avvio del progetto nutrizionale, le statistiche riguardanti i consumi alimentari hanno evidenziato un aumento del consumo di fibra, frutta, verdura e pesce a discapito del consumo di carne, salumi e formaggi. Il confronto tra il pranzo ideale suggerito da linee guida (LARN) ed il pasto medio consumato dal dipendente ha messo in luce valori sovrapponibili di fibra ed acidi grassi mono e polinsaturi e valori inferiori di colesterolo e acidi grassi saturi.

CONCLUSIONI

Studi scientifici e organismi internazionali che si occupano di prevenzione, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sottolineano la necessità di promuovere azioni concrete per favorire uno stile nutrizionale salutare. Lo spirito del progetto risulta essere in linea con il cambiamento epistemologico e operativo che ha interessato il concetto di prevenzione, favorendo così migliori condizioni di vita.