



**ADI** ONLUS  
Associazione Italiana  
di Dietetica e Nutrizione Clinica



# Rivista Italiana di Nutrizione e Metabolismo

Numero Speciale

**XXIII CONGRESSO NAZIONALE ADI**

BARI, 25-27 OTTOBRE 2018

Spedizione in abbonamento postale - 70% - Filiale di Terni

Trimestrale Scientifico  
dell'Associazione Italiana  
di Dietetica e Nutrizione Clinica ADI

**SETTEMBRE 2018** • VOLUME II • NUMERO 3



# ADI ONLUS

Associazione Italiana  
di Dietetica e Nutrizione Clinica



## RIVISTA ITALIANA DI NUTRIZIONE E METABOLISMO

Trimestrale Scientifico dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica ADI

### DIRETTORE RESPONSABILE

Eugenio Del Toma

### DIRETTORE SCIENTIFICO E REDAZIONE

Mario Parillo  
Responsabile UO  
Geriatra, Endocrinologia  
Malattie del Ricambio  
AORN S. Anna e S. Sebastiano - Caserta  
Tel. 0823.232175  
mparill@tin.it

### SEGRETERIA DI REDAZIONE



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

### CASA EDITRICE, COMPOSIZIONE E STAMPA

Controstampa s.r.l.  
via Luigi Galvani snc  
Zona ind. Campomorino  
Acquapendente (VT)  
Tel. 0763.796029/798177  
www.tipografiaceccarelli.it

Reg. Trib. Viterbo N° 5/17 del 28/9/17  
Spedizione in A.P. - 70% - Filiale di Terni  
È vietata la riproduzione parziale o totale  
di quanto pubblicato con qualsiasi mezzo  
senza autorizzazione della redazione

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

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

### ADI ASSOCIAZIONE ITALIANA DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA - ONLUS

#### PRESIDENTE

Antonio Caretto (Brindisi)

#### PAST PRESIDENT

Lucio Lucchin (Bolzano)

#### SEGRETARIO GENERALE

Lorenza Caregaro Negrin (Padova)

#### VICE-SEGRETARIO GENERALE

Barbara Paolini (Siena)

#### TESORIERE

Anna Rita Sabbatini (Milano)

#### CONSIGLIERI

Marco Bucciatti (Follonica)  
Claudio Macca (Brescia)  
Giuseppe Malfi (Cuneo)  
Mariangela Mininni (Potenza)  
Claudio Tubili (Roma)

#### SEGRETERIA DELEGATA

##### VIVAVOCE

Via Angelo da Orvieto, 36  
05018 Orvieto (TR)  
Tel. 0763.393621 | Fax 0763.344880  
segreteria@adiitalia.net  
www.adiitalia.net

#### RESPONSABILI REGIONALI

Aloisi Romana (Calabria)  
Arsenio Leone (Emilia Romagna)  
Bagnato Carmela (Basilicata)  
Carbonelli Maria Grazia (Lazio)  
Di Berardino Paolo (Commissario Abruzzo)  
Lagattola Valeria (Puglia)  
Malvaldi Fabrizio (Toscana)  
Meneghel Gina (Veneto)  
Monacelli Guido (Umbria)  
Parillo Mario (Campania)  
Pedrolli Carlo (Trentino)  
Petrelli Massimiliano (Marche)  
Petroni Maria Letizia (Lombardia)  
Pintus Stefano (Sardegna)  
Vinci Pierandrea (Friuli Venezia Giulia)  
Tagliaferri Marco (Molise)  
Trovato Giuseppe (Sicilia)  
Valenti Michelangelo (Liguria-Piemonte-Valle d'Aosta)

### FONDAZIONE ADI

#### PRESIDENTE

Giuseppe Fatati

#### PAST PRESIDENT

Maria Antonia Fusco

#### CDA

Maria Luisa Amerio  
Santo Morabito  
Maria Rita Spreghini  
Massimo Vincenzi

#### COORDINATORE SCIENTIFICO

Enrico Bertoli



9 772532 796003



SETTEMBRE 2018 • VOLUME II • NUMERO 3

## INCIDENZA/PREVALENZA DELLA MALATTIA CELIACA TRA I PAZIENTI CHE AFFERISCONO ALL'AMBULATORIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA DELL'AOU SENESE

B. Paolini, C. Pantucci, F. Cinci, B. Martinelli, L. Ceccarelli, E. Pasquini, I. Del Ciondolo

UOSA Dietetica e Nutrizione Clinica, AOU Senese-Santa Maria alle Scotte, Siena

### RAZIONALE

Negli ultimi decenni si è assistito alla crescita della prevalenza della malattia Celiaca (MC) nel mondo. Se nel decennio 1991-2000 la prevalenza accertata a livello globale era dello 0,6%, dal gennaio 2011 a marzo 2016 è salita allo 0,8%. Le aree geografiche a maggiore prevalenza risultano essere l'Europa e l'Oceania. È 1,5 volte più comune nelle donne che negli uomini e 2 volte più comune nei bambini che negli adulti. Può insorgere a qualunque età, dai primissimi anni di vita alla VIII decade; ad oggi il 20% dei pazienti ha più di 55 anni al momento della diagnosi. La malattia può manifestarsi in forma classica, subclinica o anche decorrere in maniera completamente asintomatica.

### MATERIALI E METODO

Abbiamo valutato i pazienti con MC o con sospetto di questa patologia, che si sono rivolti all'ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'AOU Senese, dal 2012 ad oggi, valutando la prevalenza della celiachia sulla popolazione totale afferita all'ambulatorio in questo lasso di tempo.

### RISULTATI

I pazienti sono risultati in totale 74, di cui 18 maschi (età  $\pm$  43,6) e 56 femmine (età  $\pm$  41,4). Di questi in 11 pazienti, i dati clinici e di laboratorio non permettevano una diagnosi certa, è stata effettuata quindi la tipizzazione degli HLA DQ2 e DQ8, tra questi 7 pazienti sono risultati positivi facendo così porre diagnosi di Celiachia Potenziale (CP). Per gli altri 4 pazienti è stata fatta per esclusione diagnosi di Sensibilità al Glutine (GS). La fascia di età in cui è stata effettuata il maggior numero di diagnosi comprende la terza e quarta decade di vita (tabella 1).

Tabella 1. Età media alla diagnosi

Età alla diagnosi	maschi n	femmine n
0 – 10 anni	2	5
11 – 20 anni	2	6
21 – 30 anni	2	5
31 – 40 anni	3	14
41 – 50 anni	2	7
51 – 60 anni	4	5
> 60 anni	3	4

In 15 pazienti la diagnosi di MC è stata posta presso la nostra struttura, così come per 7 CP e 4 pazienti con GS.

Il nostro centro pur non essendo una UO di riferimento regionale, ha rilevato una prevalenza della MC dello 0,3% rispetto alle prime visite effettuate in tale periodo, mentre la prevalenza della GS è dello 0,1%. Tra coloro che, al momento della prima visita, hanno riferito di seguire già una dieta aglutinata la maggioranza erano a dieta da meno di 1 anno. Nella maggior parte dei casi, è stata richiesta la visita dietologica perché il paziente non aveva ricevuto precedentemente sufficienti informazioni circa il comportamento alimentare da tenere, soprattutto riguardo alle possibili contaminazioni e questo ha comportato il permanere di tutta o parte della sintomatologia pre-diagnosi.

Il grado di lesione della mucosa intestinale che si riscontra più frequentemente nelle donne è di tipo Marsh 3B, negli uomini è di tipo 3C.

I sintomi prevalenti al momento della diagnosi, nei pazienti con forme prettamente intestinali sono stati i seguenti: calo ponderale (12,4 Kg di media), diarrea, dolori addominali e meteorismo; nelle forme extraintestinali i sintomi predominanti, principalmente nelle donne, sono stati: astenia, anemia sideropenica e infertilità, in linea con i dati riportati dalla letteratura internazionale. Da segnalare l'esordio della malattia in un caso solo con l'alterazione delle tran-

saminasi e in un altro caso con la comparsa di un linfoma intestinale a cellule T.

Le patologie correlate più frequenti nei celiaci sono risultate quelle tiroidee, allergie respiratorie e alimentari e dismetabolismi. I sintomi rilevati nei soggetti con GS sono stati meteorismo, diarrea e dolore addominale. Mentre le patologie correlate più frequenti sono le allergie alimentari. Le patologie di maggiore riscontro nei familiari dei pazienti celiaci sono: I grado diabete, Il grado celiachia e nella familiarità generica il diabete e le tiroiditi (tabella 2).

Tabella 2. Patologie familiari di maggior riscontro

Familiarità	celiachia	diabete	tiroiditi	allergie respiratorie
I grado	4	15	2	0
II grado	13	3	2	2
generica	1	6	5	0

I pazienti sono stati sottoposti a sei mesi a valutazione clinico-nutrizionale, ed esami ematochimici (anticorpi anti-tG IgA), per valutare l'aderenza alla dieta, risultata ottimale nell'85% dei pazienti. Le maggiori difficoltà si sono riscontrate nelle fasce più giovani di età (adolescenti), nei quali si denota una scarsa accettazione della condizione di malattia, per cui è stato intrapreso un percorso di sostegno psicologico.

### Bibliografia

- Prashant Singh, Anaya Arora et al, Global prevalence of celiac disease: systematic review and meta-analysis, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2018; 16: 823-836
- Ludvigsson JF, Lebowitz B, Chen Q, Bröms G, Wolf RL, Green PHR, Emilsson L. Anxiety after coeliac disease diagnosis predicts mucosal healing: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Oct 4.
- Bureš J. Celiac disease in 2018. *Vnitr Lek*. 2018 Summer; 64 (6): 602-610

## RISULTATI PRELIMINARI DI UN INTERVENTO PER IL CONTROLLO DI SOVRAPPESO E OBESITÀ ATTRAVERSO L'UTILIZZO DELLA DIETETICA PER VOLUMI NEL CONTESTO DEL PROGETTO WHP

<sup>1</sup>M. Sculati, <sup>2</sup>C. Bancone, <sup>3</sup>S. Domenighini

<sup>1</sup>Medico, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, PhD, Libero Professionista - <sup>2</sup>Medico, Specialista in Medicina del Lavoro; Medico competente presso ABB S.p.A. sede di Dalmine <sup>3</sup>Dietista, Libera Professionista

### RAZIONALE

Il contrasto di sovrappeso e obesità sono attività utili alla promozione della salute sul posto di lavoro, che si inseriscono nel progetto "Workplace Health Promotion" (WHP), fondato sul modello promosso dall'OMS e coordinato da Regione Lombardia. La multinazionale ABB, presso lo stabilimento di Dalmine (BG) - dall'ottobre 2017 a giugno 2018 ha attivato uno sportello per la terapia dietetica in pazienti in sovrappeso od obesi.

### MATERIALI E METODI

I pazienti sono stati selezionati sulla base del BMI e presenza di comorbidità, e visitati dalla dietista ogni 1-2 mesi. L'analisi della composizione corporea è stata effettuata con l'impedenziometro tetrapolare Tanita BC 418; le prescrizioni dietetiche sono state elaborate utilizzando il software per prescrizioni in volumi Handy Diet. In 9 mesi sono state progressivamente arruolate 53 persone, di cui 10 donne e 43 uomini, con un BMI medio di 31,6.

### RISULTATI

Esclusi i drop out (pari al 30%), dei 38 casi in carico in 18 hanno completato almeno 4 visite, corrispondenti mediamente a 5 mesi di terapia; tale gruppo è stato estrapolato per l'analisi dei risultati preliminari. I risultati sono stati: media peso perso: 4.5% (pari a 3.8 kg), riduzione di 2 punti di percentuale di massa grassa (29.3 vs 27.2), e riduzione di 5 cm di circonferenza della vita (97,9 vs 92.7).

### CONCLUSIONI

I dati preliminari mostrano una efficacia dell'intervento in linea o migliore rispetto ad altri interventi non intensivi pubblicati in lettera-

tura<sup>1</sup>. I dati raccolti dal medico competente nel triennio precedente, su una popolazione omogenea per sesso e BMI, mostrano che il 75% degli impiegati tendono ad aumentare 1,46 kg per anno. L'intervento in questo ambiente lavorativo si è mostrato utile nel contrastare la spontanea tendenza alla cronicizzazione ed al peggioramento di sovrappeso e obesità.

1 Michael L. Dansinger et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction A Randomized Trial JAMA. 2005; 293 (1): 43-53. 3



**NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE IN PAZIENTE DISFAGICI: VARIAZIONI NELLA TIPOLOGIA ED ENTITÀ DI ATTIVAZIONI ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE NEL CORSO DEGLI ULTIMI 12 ANNI**

S. Spinola, C. Camerotto, M. Gaffuri, S. Loda, A. Boggio, C. Vecchio, F. Muzio

Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica - ASST Fatebenefratelli Sacco - Ospedale e Polo Universitario Luigi Sacco, Milano

**RAZIONALE**

La disfagia è una condizione morbosa che può presentarsi come epifenomeno di un vasto spettro di patologie e che può comportare un rischio per la vita dei pazienti che ne sono affetti. Qualora durante la degenza un paziente disfagico abbia avuto bisogno di nutrizione artificiale (NA), è possibile che tale trattamento debba potersi, almeno temporaneamente, nel periodo successivo alla dimissione, sia che si tratti di nutrizione enterale (NE), che parenterale (NP) che di supplementi nutrizionali orali (SNO).

Un compito affidato al nostro Servizio è di valutare e, se necessario attivare la fornitura a domicilio dei supporti di nutrizione artificiale da parte delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che hanno sede nel territorio di residenza del paziente.

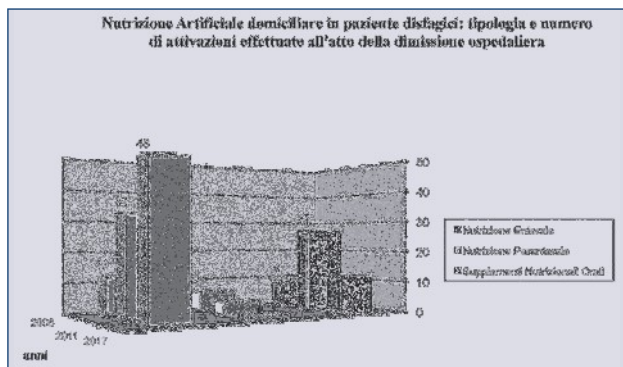
Questo studio ha lo scopo di esaminare le variazioni qualitative e quantitative della prescrizione di NA post-dimissione effettuate dal nostro Servizio per pazienti affetti da disfgagia negli ultimi 12 anni.

**MATERIALI E METODI**

È stata eseguita una analisi retrospettiva su numero e tipologia di attivazioni per NA eseguite dal Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Ospedale Sacco di Milano per pazienti dimessi con diagnosi di disfagia. L'analisi ha riguardato gli ultimi 12 anni focalizzandosi sugli anni 2006, 2011 e 2017.

**RISULTATI**

Il numero e il tipo di prescrizioni per NA alla dimissione, relativamente agli anni 2006, 2011 e 2017 sono riportati in figura.



**CONCLUSIONI**

Duranti gli ultimi 12 anni l'attivazione di prescrizioni per NA domiciliare post-dimissione per pazienti disfagici è cambiata sia in termini qualitativi che quantitativi. L'aumento di prescrizioni domiciliari per NE e il calo di prescrizioni per NP può essere spiegata con l'adeguamento alle linee guida nutrizionali. Il calo di attivazioni di SNO occorso negli ultimi anni ha come spiegazione principale l'adozione da parte delle ATS di riferimento di criteri restrittivi in merito alla fornitura domiciliare di questi prodotti, con l'eccezione degli addensanti. Alla luce delle recenti linee guida in materia di SNO queste restrizioni sono state da poco riviste.

**COMBINAZIONE DI STRATEGIE NUTRIZIONALI CON SUPPLEMENTO DI PRODOTTO DIETETICO E INTERVENTO FISIOTERAPICO PER IL CONTRASTO ALLA SARCOPENIA IN ALCUNI ANZIANI DELLA RESIDENZA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE "SAN GIUSEPPE" DI CANOSA DI PUGLIA**

F. Stringaro\*, A. Ferrante\*\*, G. Leonetti\*\*\*, G. Loconte\*\*\*, I. Cristallo°, G. Balzano°, C. Albore°°

\*Medico, Direttore Sanitario - \*\*Dietista - \*\*\*Fisioterapista ° Infermiere - °°Operatore Socio Sanitario

**RAZIONALE**

Sarcopenia, deriva dal greco e indica una perdita di massa muscolare. Con l'invecchiamento il muscolo invecchia, si assottiglia, diviene poco efficiente, può infiltrarsi di grasso. Diversi studi hanno dimostrato come la sarcopenia si associ ad alterazioni nel metabolismo glicidico, cardiaco, osseo, psico-affettivo e cognitivo. La perdita della forza muscolare può essere di circa l'8% per decade a partire dai 45 anni di età, del 20-30% tra i 50 e 70 anni, procedendo progressivamente sino ad una perdita del 30% per decade dopo i 70 anni; parallelamente si registra mediamente una perdita di massa muscolare dell'ordine di 1,5-2,5% per anno a partire dai 60 anni. Un anziano sarcopenico è un individuo ad alto rischio di "fragilità". Gli indicatori clinici di questa condizione sono la debolezza, l'affaticabilità, la paura di cadere, l'instabilità, insieme a dimagrimento, osteopenia, per citarne solo alcuni fino alla dipendenza da ausili per la deambulazione, indipendentemente da fattori perturbanti esterni, come malattie, interventi chirurgici o periodi di immobilità. La diagnosi si basa sulla presenza di ridotta massa muscolare, ridotta forza muscolare e ridotta performance fisica come indicato dal gruppo europeo di esperti in Nutrizione e Medicina Geriatrica. La misura della massa muscolare si ottiene tramite diverse apparecchiature tra cui BIA, l'antropometria e plicometria; la misura della forza si ottiene con contrazione della mano tramite l'hand grip e la misurazione della funzione attraverso la velocità di cammino (walking speed). Dal risultato di questi test si può diagnosticare presarcopenia, sarcopenia e sarcopenia severa.

Portiamo all'attenzione del congresso l'esperienza di 4 casi clinici di anziani residenti presso il Centro Residenziale RSSA di Canosa di Puglia che hanno ottenuto netti miglioramenti con dieta adeguata, esercizio fisico e integrazione prodotto dietetico a base siero proteine del latte.

**MATERIALI E METODI**

Sono stati presi in esame 4 casi clinici. Due presentavano basso peso all'ingresso e due hanno seguito una dieta leggermente ipocalorica per dimagrimento. Oltre al peso è stata loro eseguita una valutazione composizione corporea con strumentazione BIA-ACC. Hanno seguito dieta personalizzata con integrazione di 10 mg al giorno di siero proteine latte e fatto un controllo a tempo 0, tempo 1 e tempo 3 mesi. Sono stati seguiti anche dalle fisioterapiste per esercizi specifici.

**RISULTATI**

I due casi di basso peso oltre a prendere peso hanno notevolmente aumentato la massa muscolare. Gli altri due hanno perso peso senza intaccare massa magra e anzi rafforzandola.

Caso	Età	Ingresso	Uscita	VALUTAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA					VALUTAZIONE PESO CORPOREO		
				Chilo	grass	BMI	FFM%	Fat%	Pre kg	% FFM	
F	75	12/2011	2/2017	64,000	14,45	20,9	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8
				64,000	14,45	20,9	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8
				64,000	14,45	20,9	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8

Caso	Età	Ingresso	Uscita	VALUTAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA					VALUTAZIONE PESO CORPOREO		
				Chilo	grass	BMI	FFM%	Fat%	Pre kg	% FFM	
S	82	04/2011	2/2017	48	15	20,6	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8
				48	15	20,6	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8
				48	15	20,6	12,8	13,1	5,2	54,2	+ 1,8