

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE 27 dicembre 2024, n. 336

D.G.R. n. 2198/2021 “Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025” - PL 12 “Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale”. Approvazione “Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione”.

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

Visti gli articoli 4 e 5 della legge regionale 4 Febbraio 1997, n.7;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n.3261 del 28.7.1998 e successive integrazioni;

Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs 30 Marzo 2001, n.165 e s. m. e i.;

Visto l’art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 che prevede l’obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all’Albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;

Vista la normativa del Decreto legislativo del 14/03/2013, n. 33;

Visto il Regolamento (UE) n. 679/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) e il D.Lgs. n. 101/2018 recante “*Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016*” e s.m.i.;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1974 del 07/12/2020 con cui si è approvato l’Atto di Alta Organizzazione della Presidenza e della Giunta Regionale del nuovo Modello organizzativo denominato “MAIA 2.0”;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1289 del 28/07/2021 con la quale si è provveduto alla definizione delle Sezioni di Dipartimento e delle relative funzioni;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 10 agosto 2021 n. 263 ad oggetto “Attuazione modello MAIA 2.0 adottato con Decreto n. 22/2021 e s.m.i. Definizioni delle Sezioni di Dipartimento e delle relative funzioni” con cui la Sezione Promozione della Salute e del Benessere è collocata nel Dipartimento di Promozione della Salute e del Benessere Animale;

Visto l’incarico di Direzione della Sezione Promozione della Salute e del Benessere al dott. Onofrio Mongelli conferito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 211 del 25 febbraio 2020 e confermato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 508 del 08 aprile 2020 e successiva Delibera n. 517 del 17/04/2023 di proroga incarico di direzione della Sezione 2023, per ulteriori due anni;

Visto l’incarico di Direzione del Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria della Sezione Promozione della Salute e del Benessere afferente al Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale alla Dott.ssa Domenica Cinquepalmi, conferito con Determina Dirigenziale n. 34 del 06/12/2023 del Dipartimento Personale e Organizzazione, della durata di tre anni;

Vista la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;

Vista la D.G.R. del 3/7/2023, n. 938 recante “D.G.R. n. 302/2022 Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio. Revisione degli allegati;

PREMESSO CHE

- il D.M. 16 ottobre 1998 “Approvazione Linee Guida concernenti l’organizzazione del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)”, nell’ambito del Dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali”, ha previsto l’area funzionale Igiene della Nutrizione con diversi compiti tra cui la consulenza dietetico-nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio) e rapporti di collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e medici

- di medicina generale;
- l'art.1 comma 3, lett. c) del Regolamento Regionale n. 13 del 30 giugno 2009 "Organizzazione Dipartimento di Prevenzione" ha disciplinato le funzioni e compiti delle U.O.C. di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) attribuendo anche la consulenza dietetico-nutrizionale e counselling nutrizionale: screening del rischio nutrizionale, interventi di prevenzione di gruppo per fasce di popolazione potenzialmente a rischio;
 - con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2131 del 22 dicembre 2020 è stata recepita l'Intesa Stato Regioni concernente il *Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025*, Rep. atti 127/CSR e contestualmente individuato il coordinatore del Piano Regionale della Prevenzione, nella persona del Dirigente pro-tempore della Sezione Promozione della Salute e del Benessere;
 - con D.G.R. n. 2198 del 22 dicembre 2021 è stato approvato il documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025" (PRP) che attribuisce al Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere il compito di definire, con apposito atto dirigenziale, il modello di governance del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025;
 - con D.D. n. 37 del 17/02/2021 è stata approvata la struttura di governance del PRP 2021-2025 e con successivo atto D.D. n. 132 del 01/06/2023 è stata modificata e integrata;
 - con D.D. 311 del 27/12/2022 sono stati costituiti specifici Gruppi di Lavoro (GdL) nell'ambito del PRP 2021-2025. Più precisamente, per il Programma Libero 12 (PL 12) "Prevenzione nutrizionale e tutela dei consumatori" è stato istituito il Tavolo Tecnico di Igiene della Nutrizione e il Tavolo Tecnico Ambulatori di Dietetica Preventiva SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione); inoltre è stato istituito il GdL Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica.

TENUTO CONTO CHE

- Con accordo della Conferenza Stato – Regione Rep. Atti n. 222/CSR del 24 novembre 2016 ad oggetto "valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-2019" sono state individuate le strategie di intervento delle politiche nutrizionali idonee a contrastare l'incidenza crescente di malattie croniche trasmissibili ed in particolare la strutturazione e organizzazione dell'intervento pubblico in nutrizione clinica e preventiva e l'avvio di progetti pilota di PPDTA per la prevenzione e cura dell'obesità;
- Con accordo della Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 166/CSR del 27/07/2022 sono state adottate le "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità", documento di policy nazionale in materia ed in continuità con il citato Accordo n. 222/2016 indicante, tra le altre cose, i criteri e gli approcci applicativi dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici (PPDTA) per il contrasto dell'obesità in bambini e adulti;
- l'offerta di counselling individuale per la promozione della sana alimentazione e l'implementazione di strategie di intervento tese al contenimento della prevalenza dell'eccesso ponderale in età evolutiva, costituisce adempimento LEA per la Regione Puglia e attraverso i SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione si intendono implementare le azioni di intervento tese al contenimento della prevalenza dell'eccesso ponderale in età evolutiva, mettendo gli individui in grado di esercitare un controllo attivo sulla propria salute (con engagement ed empowerment) il Programma Libero 12 "Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale" di cui al PRP 2021-2025, ha tra gli obiettivi la regolamentazione degli ambulatori di dietetica SIAN attraverso l'adozione di linee di indirizzo metodologico per gli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e l'adozione del Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica negli ambulatori di dietetica preventiva del SIAN;
- attraverso le Linee di indirizzo si intende adottare e diffondere sull'intero territorio regionale un documento di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva dei SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.

TANTO PREMESSO E CONSIDERATO,

- con il presente provvedimento si ritiene di dover procedere ad approvare il documento *“Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)”* di cui all’Allegato “A” e specifica modulistica di cui all’Allegato B, predisposto dal Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria della Sezione Promozione della Salute e del Benessere con il supporto tecnico scientifico dei Tavoli Tecnici di “Igiene della Nutrizione” e “Ambulatori di Dietetica Preventiva SIAN”, istituiti con D.D. 311 della Sezione PSB del 27/12/2022.

**VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003, COME MODIFICATO DAL D.LGS.
101/2018
Garanzie di riservatezza**

La pubblicazione dell’atto all’albo, salve le garanzie previste dalla Legge 241/1990 e dal D.lgs. n. 33/2013 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l’atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del Regolamento citato;

qualora tali dati fossero indispensabili per l’adozione dell’atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

VALUTAZIONE IMPATTO DI GENERE
Valutazione di impatto di genere (prima valutazione) Ai sensi della D.G.R. n. 398 del 03/07/2023 la presente deliberazione/ determinazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere. L’impatto di genere stimato risulta (segnare con una X):
diretto
indiretto
X neutro
non rilevato

ADEMPIMENTI CONTABILI AI SENSI DELLA L.R. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

“Si dichiara che il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale”.

**IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE**

- sulla base delle risultanze istruttorie di cui innanzi;
- viste le attestazioni in calce al presente provvedimento;
- ritenuto di dover provvedere in merito.

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

1. **di approvare** le “Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN)”, di cui all’Allegato A e specifica modulistica di cui all’ Allegato B (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8 e B9), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predisposte dal Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria della Sezione Promozione della Salute e del Benessere con il supporto tecnico scientifico dei Tavoli Tecnici di “Igiene della Nutrizione” e “Ambulatori di Dietetica Preventiva SIAN” del PL12 “Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale”, istituiti con D.D. 311 della Sezione Promozione della Salute e del Benessere del 27/12/2022.
2. **di stabilire** che la Sezione Promozione della Salute e del Benessere potrà modificare e aggiornare le suddette Linee di indirizzo approvate se ne ravvisi la necessità o in seguito a nuove disposizioni normative in materia;
3. **di stabilire altresì che** sarà cura del Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere, Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, adottare gli atti connessi e conseguenti al presente provvedimento al fine di applicare gli indirizzi e le disposizioni riportate nelle “Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN), allegato A;
4. **di disporre che** i Servizi competenti delle AA.SS.LL. operino in conformità ai criteri, agli indirizzi operativi di cui al documento “Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN), fatti salvi ulteriori aggiornamenti;
5. **di notificare** il presente provvedimento, a cura della Sezione Promozione della Salute e del Benessere, alle Aziende Sanitarie Locali;
6. **che** il presente provvedimento:
 - a. sarà pubblicato all’albo degli Atti dirigenziali della Sezione;
 - b. sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it;
 - c. sarà pubblicato sul BURP;
 - d. non ricorrono gli obblighi di cui agli artt. 26 e 27 del D.lgs. del 14 marzo 2013, n.33 ;
 - e. Il presente atto composto da n° 101 facciate.

ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
Linee guida Ambulatori SIAN.pdf - 76ba08e4132c9057aeddd489bb2c19522afa0ec069eb6e0ac8da62367cbad0c8
ALLEGATO B.pdf - 14d1c871c495b7c477accfaf92a699af081d5124f1d8ffe3f53a0d2aa373e844

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Firmato digitalmente da:

Il Funzionario Istruttore

Adriana Lippo

Il Funzionario Istruttore

Giuseppe Di Vittorio

Il Dirigente del Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria

Domenica Cinquepalmi

Il Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Onofrio Mongelli



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria

ALLEGATO A)

**LINEE DI INDIRIZZO METODOLOGICO
PER IL FUNZIONAMENTO DEGLI AMBULATORI DI
DIETETICA PREVENTIVA DEL SERVIZIO IGIENE
DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE**

INDICE

TERMINI E DEFINIZIONI	3
INTRODUZIONE.....	4
CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	5
CONTESTO NORMATIVO.....	7
IL PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2021-2025	9
IL SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE - SIAN	10
L'INTERVENTO DI DIETETICA PREVENTIVA AMBULATORIALE	11
REQUISITI E RISORSE NECESSARI PER L' ATTIVITÀ DELL' AMBULATORIO	12
1. PERSONALE	12
2. SEDE.....	14
3. ORARIO ATTIVITÀ.....	14
4. MATERIALI ED ATTREZZATURE	14
5. TIPOLOGIA DI UTENZA.....	14
METODOLOGIA DI LAVORO	18
LA RETE DELLE COLLABORAZIONI	20
LA FORMAZIONE.....	20
Appendice 1 - INTERVENTI BASATI SU TECNICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI E SULL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER FATTORI DI RISCHIO PER OBESITA' SOPRATTUTTO PEDIATRICA.....	22
Appendice 2 - IL COUNSELING MOTIVAZIONALE NEGLI AMBULATORI DI DIETETICA PREVENTIVA SIAN.....	29
BIBLIOGRAFIA	40
SITOGRAFIA	42
NORMATIVA	42

TERMINI E DEFINIZIONI

- 1) MODELLO NCP: modello Nutrition Care Process (NCP) secondo gli standard internazionali condivisi dalla International Confederation of Dietetic Association (ICDA) e dall'European Federation of the Associations of Dietitian (EFAD) un metodo sistematico che si compone di 4 fasi: valutazione nutrizionale, diagnosi nutrizionale, intervento nutrizionale e monitoraggio e rivalutazione nutrizionale The Nutrition Care Process (NCP) <https://www.ncpro.org>
- 2) Valutazione nutrizionale: RDN raccoglie e documenta informazioni come la storia alimentare o relativa alla nutrizione; dati biochimici, test e procedure mediche; misurazioni antropometriche, risultati fisici incentrati sulla nutrizione e storia del cliente https://www.ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings
- 3) Diagnosi nutrizionale : i dati raccolti durante la valutazione nutrizionale guidano l'RDN nella selezione della diagnosi nutrizionale appropriata (ovvero, nella denominazione del problema specifico). https://www.ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings
- 4) Intervento nutrizionale : RDN seleziona quindi l'intervento nutrizionale che sarà diretto alla causa principale (o all'eziologia) del problema nutrizionale e mirato ad alleviare i segni e i sintomi della diagnosi. https://www.ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings
- 5) Monitoraggio/valutazione della nutrizione : la fase finale del processo è il monitoraggio e la valutazione, che l'RDN utilizza per determinare se il cliente ha raggiunto o sta facendo progressi verso gli obiettivi pianificati. https://www.ncpro.org/nutrition-care-process?set_ga_opt_in_cookie=1&set_ga_opt_in=Save+Settings
- 6) EOSS (Edmonton Obesity Staging System): Sistema di classificazione proposto per definire la gravità dell'obesità indipendentemente dall'entità dell'eccesso di peso e che tiene conto di parametri metabolici, fisici e psicologici. Si tratta di una scala di valutazione dell'obesità basata sulla condizione clinica e non solo sull'IMC. Il sistema EOSS stratifica i pazienti obesi in base alla severità delle comorbidità associate all'obesità (indipendentemente dalla classe di IMC). (linee indirizzo obesità del Ministero)
- 7) NCPT/IDNT (terminologia International Nutrition Care Process Terminology / Dietetics and Nutrition Terminology): Metodo sistematico di soluzione dei problemi atto a stimolare il pensiero critico e l'assunzione di decisioni sulle problematiche relative all'alimentazione
- 8) Piano Dietetico/Educativo: approccio didattico, formativo e modulare ai temi dell'educazione alimentare
- 9) Counseling individuale: pratica o prestazione professionale effettuata da un operatore sanitario atta a guidare un individuo verso una migliore comprensione dei suoi problemi e potenzialità attraverso l'uso di principi e metodi psicologici
- 10) Counseling motivazionale: pratica professionale basata su una relazione d'aiuto rivolta a supportare le persone nel superamento di difficoltà personali, relazionali o lavorative.

INTRODUZIONE

La Regione Puglia, consapevole delle esigenze sanitarie dei cittadini, ha da tempo riconosciuto l'importanza di promuovere un'alimentazione equilibrata e adeguata a tutte le età come fondamentale investimento per il benessere individuale, la salute collettiva e l'economia locale.

Già da tempo, la Regione Puglia ha messo in atto diversi interventi per promuovere stili di vita sani e favorevoli al benessere della persona. Nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, approvato con D.G.R. n. 2198 del 22 dicembre 2021 è stato inserito il Programma Libero 12 **"Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale"** all'interno del macroobiettivo *Malattie croniche non trasmissibili*, con lo scopo di dare continuità sull'intero territorio regionale, alle azioni ed interventi in contrasto a fattori di rischio modificabili predisponenti a MCNT, già adottate nel precedente PRP (D.G.R. n. 302/2016).

il Programma Libero 12 "Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale" ha tra gli obiettivi la regolamentazione degli ambulatori di dietetica SIAN attraverso l'adozione di *Linee di indirizzo metodologico per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e l'Adozione del Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica negli ambulatori di dietetica preventiva del SIAN.*

Attraverso le Linee di indirizzo si intende predisporre un documento metodologico di riferimento per gli ambulatori di dietetica preventiva dei SIAN delle AA.SS.LL. Puglia per interventi di gruppo o di counseling individuale come introdotto dai nuovi LEA 2017 (F6).

Pertanto, le presenti Linee di indirizzo per il funzionamento degli ambulatori di dietetica preventiva si prefiggono di dare indicazioni univoche e continuità sull'intero territorio regionale alle azioni ed interventi in contrasto a fattori di rischio modificabili predisponenti a MCNT attraverso interventi di dietetica preventiva.

La proposta di questo documento consiste nel fornire le **indicazioni minime organizzative, strutturali e metodologiche** necessarie per organizzare e gestire in modo appropriato un ambulatorio nutrizionale all'interno dei SIAN, primo passo da cui partire per poi ampliare od affinare le attività, a seconda delle risorse e delle possibilità presenti nel servizio di riferimento.

Dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenziano che l'86% dei decessi e il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono determinati da patologie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, respiratorie croniche, cancro e diabete), che hanno come minimo comune denominatore quattro principali fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica. Queste ultime due condizioni sono alla base dell'allarmante e continuo aumento della prevalenza di sovrappeso e di obesità nelle popolazioni occidentali e in quelle in via di sviluppo, che ha raggiunto le proporzioni di un'inarrestabile epidemia. In Europa il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% dei casi di diabete tipo 2, del 55% dei casi di ipertensione arteriosa e del 35 % di casi di cardiopatia ischemica; tutto ciò si traduce in 1 milione di morti e 12 milioni di malati ogni anno. (Epicentro ISS 2022)

La raccomandazione di ridurre il peso corporeo quando elevato, è quindi cogente ed è in ultima analisi fondata sull'evidenza della relazione che lega l'obesità a una minore aspettativa di vita. Tuttavia, il trattamento a lungo termine è assai problematico e richiede un approccio integrato, che utilizzi i diversi strumenti a disposizione in modo complementare, avvalendosi di competenze professionali differenti, le quali condividano il medesimo obiettivo. Allo stesso tempo un ruolo rilevante nel tasso di mortalità è assunto dalla malnutrizione per difetto, problematica influente soprattutto nella popolazione più anziana. (SIO 2016-2017).

La buona salute è essenziale per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e riveste un'importanza vitale per ogni singola persona, per la famiglia di appartenenza e per tutta la comunità, contribuendo all'aumento della produttività, a una maggiore efficienza della forza lavoro, a ridurre i costi sanitari e sociali e ad un invecchiamento più sano. Mettere gli individui in grado di esercitare un controllo attivo sulla propria salute e sui suoi determinanti rafforza le comunità e migliora la vita.

Gli obiettivi strategici dell'OMS per i prossimi anni sono di *"migliorare in modo significativo la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze di salute, rafforzare la sanità pubblica e garantire sistemi sanitari con al centro la persona, universali, equi, sostenibili e di alta qualità"* poiché *"il godimento del migliore stato di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano"*.

Si rende, quindi, necessaria una migliore *governance* per il conseguimento di un migliore stato di salute, indipendentemente dall'etnia, dal sesso, dall'età, dallo stato sociale o dalle disponibilità economiche. I migliori benefici, allora, si avranno attraverso l'adozione di programmi di promozione della salute basati sui principi di coinvolgimento attivo dell'utenza (*engagement*) con aumento della conoscenza ed adesione ai programmi di prevenzione e cura proposti (*empowerment*).

Il report 2020 *"Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020"* dell'OMS per l'Italia non si discosta dai dati degli anni precedenti e rileva che il 91% dei decessi sono da attribuire alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) con una probabilità di morte prematura per il 10% di esse. Questi dati impongono interventi prioritari da parte di un Servizio Sanitario orientato alla prevenzione ed alla promozione della salute soprattutto quando sono coinvolte fasce di popolazione a rischio.

Per contrastare con successo il carico elevato di MCNT, è necessario adottare una combinazione di approcci, la cui efficacia sarà rafforzata da azioni sull'equità, sui determinanti sociali di salute, sull'*engagement*, sull'*empowerment* e sugli ambienti favorevoli.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Un gruppo di malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie croniche (MCNT) e i loro fattori di rischio condivisi (alimentazione scorretta, fumo di tabacco, alcol e inattività fisica) sono la causa della maggior parte delle malattie prevenibili e di morte in Europa ed in Italia.

L'OMS stima che a livello globale circa 3,4 milioni di adulti muoiono all'anno per cause correlate all'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità). Si calcola che il 44% dei casi di diabete, il 23% delle malattie ischemiche del cuore e tra il 7% e il 41% di alcune forme di neoplasie sono attribuibili proprio all'eccesso ponderale.

Negli ultimi anni, l'aumentata prevalenza dell'obesità infantile e adolescenziale, con conseguente aumento del rischio di sviluppare altre malattie cronico-degenerative in età adulta, si è imposta all'attenzione delle attività di prevenzione. I Sistemi di Sorveglianza sugli stili di vita in età evolutiva, quali "OKkio alla salute" (bambini di 8-9 anni) e "Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)" (adolescenti di 11, 13 e 15 anni), documentano l'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità ed un'ampia diffusione di comportamenti che potrebbero favorirla sin dalla più giovane fascia di età della popolazione italiana.

Per la Regione Puglia, i dati forniti da OKkio alla salute 2019 stimano un aumento della prevalenza di bambini in eccesso ponderale (35,9% rispetto al 35% del 2016), con un analogo incremento della prevalenza di bambini con obesità (14,8% vs il 13% del 2016). Inoltre, i dati forniti da HBSC 2022 per adolescenti che, a differenza di OKkio alla Salute, si basa su dati riferiti e non misurati, attestano una prevalenza di sovrappeso e obesità del 21,6%, maggiore rispetto al 21% della precedente rilevazione del 2016.

Per quanto riguarda lo studio HBSC, la Regione Puglia, insieme ad altre Regioni meridionali nella raccolta dati del 2022, fa registrare indici di prevalenza di sovrappeso ed obesità più alti della media nazionale. Per quanto concerne lo stato nutrizionale calcolato sulla base dei dati di peso ed altezza auto-riferiti dai ragazzi, risulta che un adolescente su quattro è in sovrappeso o obeso, con una maggiore prevalenza nei maschi rispetto alle femmine; la maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 71,1%, mentre i ragazzi in sovrappeso sono il 20,1% e obesi sono il 6%. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, dal 11,2% nei ragazzi di 11 anni al 6,5% nei ragazzi di 13 e al 5,3% nei ragazzi di 15 anni. Il sottopeso interessa più del 3,2% degli adolescenti esaminati. Circa la percezione che i ragazzi hanno della propria immagine corporea, i risultati ottenuti evidenziano una situazione di disagio: complessivamente un adolescente su tre si considera grasso o magro, soprattutto le femmine che spesso, con l'aumentare dell'età, hanno una percezione alterata del proprio stato nutrizionale. Considerato l'aumento delle problematiche legate ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), un'attenzione particolare merita il dato del sottopeso che si riscontra soprattutto nelle ragazze e che può essere ricondotto, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea.

Per gli adulti, relativamente ai dati di peso e altezza riferiti dagli intervistati, anche il sistema di Sorveglianza PASSI porta a stimare che in Puglia nel biennio 2021-2022 una quota rilevante (il 48,6 %) tra i 18-69enni presenta un eccesso ponderale, in particolare il 38,1% risulta essere in sovrappeso e il 9,8% è obeso (La sorveglianza Passi, 2021-2022).

La sorveglianza PASSI permette di osservare come la Puglia e altre regioni del Sud (Molise, Campania, Basilicata, Calabria) continuano a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale (sfiorando la metà della popolazione residente).

In Italia i rischi legati alla malnutrizione e ad un elevato indice di massa corporea sono il secondo e terzo fattore più importante per la morte prematura negli anni vissuti in disabilità (DaLYs) dopo l'ipertensione (IHME, 2013).

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita.

Le criticità emerse sono state riconosciute come fattori di rischio negli studi di *Evidence Based Prevention* riguardanti la prevenzione di sovrappeso e obesità e di molte patologie cronico-degenerative. Uno dei punti critici emersi dalle indagini riguarda la diminuzione, con l'aumentare dell'età, della sana abitudine al consumo della prima colazione.

Inoltre, il consumo di frutta e verdura è risultato nettamente inferiore alla raccomandazione di almeno 5 porzioni al giorno, mentre quello di dolci e bevande zuccherate risulta eccessivo rispetto a quanto consigliato.

Queste abitudini alimentari non salutari sono riconoscibili tra i principali fattori di rischio modificabili di malattia (*Burden of Disease*) in Europa e in Italia.

Dato questo scenario, l'OMS ritiene di fondamentale importanza promuovere interventi che hanno lo scopo di contrastare e modificare i fattori comportamentali, ambientali e metabolici di rischio per le MCNT e l'obesità, caldeggiando un approccio olistico, multidimensionale e *life course* che utilizzi strategie basate sull'evidenza, sul *counseling* motivazionale per cambiare comportamenti e stili di vita, rivolte alla riduzione delle disuguaglianze (WHO, 2016).

Sarebbe auspicabile creare all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, un modello di rete integrata a diversi livelli tra i Servizi per prevenire e trattare la malnutrizione per eccesso e per difetto, in primis l'obesità e le MCNT correlate agli stili di vita.

Nelle AASSLL, nell'ambito della prevenzione e promozione di stili di vita sani, i SIAN dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale nel supportare i professionisti, le istituzioni e gli *stakeholders*, svolgendo una funzione di fulcro nel territorio in collaborazione con i MMG, i PLS e altri specialisti e/o altri Servizi Sanitari.

L'evidenza suggerisce che le Regioni in cui si sono sviluppate reti integrate e multiprofessionali con i teams di consulenza nutrizionale e motivazionale sono una soluzione realistica e conveniente per il Sistema Sanitario Nazionale, indispensabile per una prevenzione *life course* e per la cura a tutti i livelli della popolazione soprattutto per le categorie di popolazione ad alto rischio e svantaggiate.

CONTESTO NORMATIVO

In Puglia, così come nelle altre Regioni d'Italia, gli Ambulatori Nutrizionali sono stati appannaggio dei Servizi Ospedalieri oppure della Specialistica Ambulatoriale, fino all'ultima riforma del Servizio Sanitario Nazionale - SSN (D.lgs. 502/1992), con la quale sono stati creati i Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito dei quali è stato istituito il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN).

Con il termine "nutrizione" è stato ampliato l'ambito di competenza dei servizi territoriali: non più solo la tutela della popolazione in termini di sicurezza alimentare, ma anche la prevenzione delle alterazioni al suo stato di salute attraverso opportune modifiche dello stile di vita.

Il SIAN entra così a far parte di un modello di rete intersettoriale e pluriprofessionale, in collaborazione con Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Servizi Specialistici, con l'obiettivo di rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* degli individui e della comunità per la prevenzione dei fattori predisponenti l'obesità e le MCNT correlate ad alimentazione ed attività fisica, in sinergia con ulteriori servizi del Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) per gli aspetti di prevenzione e promozione dell'attività fisica).

Il **Decreto Ministeriale del 16 ottobre 1998** - *Linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione delle aziende sanitarie locali*, individua per il settore della nutrizione le competenze per intervenire in termini di prevenzione attraverso azioni di:

- *Consulenza dietetico-nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio)*
- *Rapporti di collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e Medici di medicina generale.*

Parimenti il **Regolamento Regionale n. 13 del 30 giugno 2009** “*Organizzazione del dipartimento di prevenzione*” individua e conferma tra gli interventi del SIAN propri per la nutrizione:

- *Consulenza dietetico-nutrizionale e counseling nutrizionale: screening del rischio nutrizionale, interventi di prevenzione di gruppo per fasce di popolazione potenzialmente a rischio.*
- *Rapporti di collaborazione e consulenza con strutture specialistiche, PLS e MMG.*

In seguito, sia il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, giusta DGR n. 302 del 22/03/2016, sia il “*Piano Regionale integrato in materia di Sicurezza Alimentare, e Sanità Veterinaria 2017-2018*” con D.G.R. n.2194/2017, prevedono linee operative ed interventi di potenziamento delle attività di prevenzione nutrizionale in diversi ambiti, anche con le finalità di favorire l’adozione di stili di vita salutari e promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nella popolazione.

In questi anni solo alcune Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione hanno implementato interventi e programmi di prevenzione nutrizionale indirizzati a soggetti a rischio con particolare riguardo a bambini ed adolescenti, donne in gravidanza, soggetti affetti da intolleranze e celiaci ecc., attraverso l’istituzione di:

- sportelli nutrizionali
- punti di ascolto
- ambulatori di *counseling* individuali/di gruppo
- percorsi integrati
- ecc.

La Regione Puglia ha ritenuto necessario che detti interventi fossero realizzati presso tutti i SIAN e resi disponibili a più larghe fasce di popolazione. In un’ottica di integrazione, inoltre, è necessario promuovere iniziative informative sul tema indirizzate ad operatori di altri servizi, collaborando con MMG, PLS, operatori di Servizi Territoriali e Ospedalieri, Socio Assistenziali ed altre Agenzie Territoriali, Consultori, ecc., al fine di collaborare e diffondere le migliori esperienze e pratiche aziendali in materia di interventi di prevenzione nutrizionale individuale o di gruppo in soggetti a rischio (Piano regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare, mangimi, sanità e benessere animale – PRIC 2017-2018).

Nello stesso anno il **DPCM 12.01.2017** inserisce le attività in materia di Igiene della Nutrizione nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza - LEA (programmi/attività F-6), motivo per il quale le attività che fino a quella data avevano carattere di progetto sono riconducibili in attività istituzionali con carattere continuativo formalmente in capo al SIAN, in particolare nell’ item F-6 viene introdotta anche l’offerta di *counseling individuale* negli ambulatori di dietetica preventiva.

Con Rep. Atti n. 163 /CSR del 27 luglio 2022 la conferenza Stato-Regioni approva le “*Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell’obesità*”. Le stesse forniscono elementi di *policy* di sistema e di indirizzo sulle azioni necessarie da intraprendere per prevenire e contrastare sovrappeso e obesità. Si sottolinea l’importanza di garantire una gestione integrata della popolazione in sovrappeso/obesa e descrive gli elementi costitutivi di un Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) integrato e condiviso tra l’area preventiva e quella clinica, per un precoce e sinergico inquadramento della popolazione in sovrappeso e obesa.

IL PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2021-2025

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 della Regione Puglia, approvato con D.G.R. n. 2198 del 22 dicembre 2021, mira a garantire sia la salute individuale con massima attenzione alla centralità del singolo, sia la salute collettiva, garantendo la sostenibilità del SSN attraverso azioni quanto più possibili basate su evidenze di efficacia, finalizzate a migliorare l'*Health Literacy* e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile. Il nuovo PRP intende rafforzare l'approccio *One Health* che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, con un approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza e di genere, *per setting* (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città, ...).

La priorità trasversale a tutti gli obiettivi del nuovo PRP è la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche che si osservano nel Paese, correlate, in gran parte, alla esposizione ai principali fattori di rischio che saranno affrontati in coerenza con la strategia di "*Health in all policies*". Si è spinto maggiormente sulla valutazione di efficacia e sulla sostenibilità, anche attraverso la scelta e condivisione di interventi riconosciuti come costo-efficaci, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali, favorendo in questa maniera la messa a sistema e la ampia copertura regionale dei nuovi LEA della prevenzione (DPCM 12 gennaio 2017).

Il **Programma Libero 12** del PRP 2021-2025 ha previsto tra le sue azioni l'*"Adozione di linee di indirizzo metodologico per gli ambulatori di dietetica preventiva del Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione"*. Come già menzionato, il PRP 2014-2018, approvato con DGR n.302 del 22.03.2016, e quanto riportato dalla DGR n.2194/2017, prorogato e rimodulato con DGR n.387 del 07.03.2019 prevedeva fra le competenze del SIAN l'incremento delle attività ambulatoriali, la continuità con quanto realizzato nei precedenti PRP, la valorizzazione del *know-how* acquisito e il rispetto della specificità territoriale. Tale sistema riflette, infatti, la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) partendo dall'assunto, come ricordato in precedenza, che la buona salute è essenziale per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e riveste un'importanza vitale per la vita di ogni singola persona, della famiglia di appartenenza e di tutta la comunità. L'allarme degli ultimi anni sull'aumentata prevalenza dell'obesità, con conseguente aumento del rischio di sviluppare malattie cronico-degenerative quali le malattie cardiovascolari, il diabete 2, il cancro, impone interventi per garantire un'alimentazione salutare ed equilibrata durante tutto il ciclo di vita: fin dalla nascita sostenendo a priori gravidanze sicure, interventi nel contesto scolastico per l'infanzia ed i giovani, interventi che rendano i luoghi di lavoro favorevoli alla salute, interventi che garantiscano un invecchiamento in buona salute, interventi prioritari sia sulle fasce di popolazione nell'età dello sviluppo che a tutta la popolazione. Risulta cruciale intervenire sui fattori di rischio modificabili.

Senza il coinvolgimento attivo ed equo delle persone, si perdono numerose opportunità di promuovere e tutelare la loro salute e di aumentare il loro benessere. Negli ultimi decenni, nel nostro Paese come in Europa, la salute è migliorata moltissimo ma non in modo equo ovunque e per tutti. In molti casi, poiché le economie vacillano, stanno aumentando le disuguaglianze di salute tra le minoranze etniche e alcuni gruppi e comunità svantaggiate. Il rapido aumento delle malattie croniche, la mancanza di coesione sociale, le minacce ambientali e le incertezze finanziarie rendono ancora più difficile un miglioramento in termini di salute e mettono in pericolo la sostenibilità dei sistemi sanitari e del *welfare*.

In Europa le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili in ogni singolo Paese e tra i diversi Paesi dimostrano che il guadagno possibile di salute è ancora potenzialmente enorme. La salute in tutte le politiche, uno dei principi su cui si ispira il programma **Guadagnare Salute**, ha l'obiettivo di rendere la *governance* per la salute e il benessere una priorità che vada oltre il settore sanitario, assicurando che tutti i settori comprendano le proprie responsabilità per la salute e agiscano di conseguenza, e allo stesso tempo riconoscano come la salute influenzi gli altri settori.

II SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE - SIAN

I SIAN, come già evidenziato, hanno un ruolo specifico riconosciuto a livello nazionale nell'ambito della prevenzione e promozione di stili di vita sani, rivolgendosi al singolo, alla famiglia ed alla comunità, utilizzando tecniche efficaci ed appropriate nei vari *setting*, comprendenti anche il *counseling* motivazionale.

Nel 1998 le linee guida ministeriali (DM 16/10/1998) hanno definito le competenze dell'area dell'Igiene della Nutrizione nell'ambito dei SIAN. Le stesse linee guida individuano anche le figure professionali che dovrebbero entrare a far parte delle nuove aree funzionali, tra cui medici specialisti in igiene e medicina preventiva e specialisti in scienze dell'alimentazione e dietologia ovvero equipollenti, laureati specializzati in materie inerenti le competenze del servizio igiene degli alimenti e della nutrizione, assistenti sanitari, Dietisti in possesso del diploma universitario o titolo equipollente, assistente amministrativo.

Il SIAN entra così a far parte di un modello di rete intersettoriale e pluriprofessionale, in collaborazione con MMG e PLS e servizi specialistici, con l'obiettivo di rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* degli individui e della comunità per la prevenzione dei fattori predisponenti all'obesità e le MCNT correlate ad alimentazione ed attività fisica.

Sulla base di queste considerazioni i principali ambiti di azione dei SIAN, oltre alla sorveglianza nutrizionale, alla educazione e promozione della salute e alla ristorazione collettiva, includono:

- consulenza dietetico-nutrizionale (prevenzione, trattamento ambulatoriale e/o terapia di gruppo per fasce a rischio di popolazione), in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e con strutture specialistiche (ospedaliere e territoriali, Centri di studio e di ricerca, ecc.) e con i servizi per i disturbi del comportamento alimentare;
- *counseling* motivazionale (CM): in letteratura esistono numerosi studi che testimoniano l'efficacia del CM come modalità di intervento efficace per migliorare gli esiti degli interventi di promozione di abitudini alimentari corrette, per il controllo del peso e per ridurre la sedentarietà.

I SIAN, pertanto, promuovono interventi basati sulla motivazione al cambiamento, che sembrano essere più adeguati ad ottenere cambiamenti negli stili di vita individuali e a mantenere comportamenti legati alla salute nel tempo.

Oltre alle altre attività di prevenzione nutrizionale, il SIAN attraverso un team di professionisti altamente qualificati (medici igienisti e specialisti in scienza dell'alimentazione, dietisti, biologi specialisti in scienza dell'alimentazione, assistenti sanitari) si propone di assicurare un'adeguata collaborazione con MMG e PLS e le altre figure professionali che intervengono nella promozione della salute.

Il modello di rete integrata per la prevenzione e la cura dell'obesità è ora condiviso da tutte le associazioni scientifiche nazionali: il *setting* preferenziale è individuato a livello territoriale, dove SIAN, MMG e PLS, nonché *setting* assistenziali successivi (operatori dei Servizi territoriali e ospedalieri, devono rafforzare la collaborazione tra loro e con gli specialisti per la prevenzione e la cura delle persone e della comunità con metodologie integrate legate alle prove di evidenza (EBM ed EBP), agendo congiuntamente sui fattori di rischio e di protezione. Per tutto quello non previsto si

fa riferimento al Regolamento Regionale n. 18 del 2020 e n. 13 del 2009 e al DM 16 ottobre del 1998 ed eventuali e successive integrazioni.

L'INTERVENTO DI DIETETICA PREVENTIVA AMBULATORIALE

Gli interventi di dietetica preventiva si configurano come attività da erogare presso un ambulatorio secondo due differenti modalità:

1) Consulenza nutrizionale inclusiva del counseling individuale per la promozione di stili di vita salutari;

2) Educazione e Promozione della salute in ambito alimentare.

Gli obiettivi generali degli interventi sono soprattutto l'acquisizione di consumi alimentari consoni a quanto indicato dalle *Linee Guida per la corretta alimentazione degli italiani* (CREA Nut), sia in termini qualitativi che quantitativi, l'incremento del livello di attività fisica e, dove necessario, il raggiungimento di un decremento ponderale pari almeno al 5 - 10 % del peso corporeo in un arco di tempo di 6-8 mesi.

Le modalità d'intervento prevedono una graduale modifica di fattori comportamentali, ambientali e metabolici in ambito nutrizionale e per quel che concerne l'attività fisica, l'utilizzo di strategie basate sull'evidenza, e sul *counseling* motivazionale.

Nello specifico gli interventi saranno rivolti a:

- riduzione e/o controllo dei fattori di rischio di malattie non trasmissibili (MNT) con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica;
- sviluppo di programmi di promozione e **counseling nutrizionale** per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per MCNT, obesità e fattori di rischio collegati, in collaborazione con i medici (MMG, PLS, specialisti)
- utilizzo del **Counseling Motivazionale**, eventualmente ove necessario in rete con MMG, PLS, operatori di Servizi territoriali e ospedalieri, come strumento per motivare ad una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo, sia attraverso attività formativa sia attraverso protocolli di intervento basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc.) e su fasce di utenti con fattori di rischio per MCNT, obesità e fattori di rischio collegati.

L'attività ambulatoriale è rivolta alla popolazione generale e alla popolazione con fattori di rischio predisponenti alle MCNT e con problemi ponderali (sovrappeso, obesità, malnutrizione per difetto), scorrette abitudini alimentari, allergie, intolleranze alimentari e la celiachia, e a tutti coloro che sentono l'esigenza di essere supportati e desiderano migliorare i propri comportamenti in un contesto di stile di vita salutare.

L'ambulatorio opera in sinergia con altri Servizi /reparti (Medicina del Lavoro, Case di Comunità, strutture sanitarie o reparti ospedalieri) ove sia necessario per il paziente un intervento di educazione alimentare.

Nell'ambito di ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL) con rispetto delle peculiarità territoriali si stipuleranno accordi/convenzioni con le suddette strutture per l'invio e presa in carico del paziente attraverso un percorso di Educazione Alimentare per un bisogno di salute che non preveda interventi di nutrizione clinica ma una ri-educazione alimentare in termini di promozione di una sana alimentazione e/o attraverso un *counseling* individuale come introdotto dai LEA 2017.

Questo approccio è in linea con il contrasto alle disuguaglianze e vuole fare in modo che tutti i cittadini abbiano la stessa possibilità di offerta per una presa in carico il più possibile equa ed omogenea in tutto il territorio. L'obiettivo, pertanto, non è la prescrizione dietologica impositiva, ma l'attenzione ai bisogni, ai desideri e alle risorse della persona posta al centro anche di un percorso condiviso che si sviluppa attraverso l'empatia, l'ascolto e l'accompagnamento lungo il percorso stesso.

Sarebbe auspicabile costituire una rete integrativa (con modalità specifiche per ogni azienda sanitaria), tra i medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i medici dei vari servizi distribuiti sul territorio e i medici ospedalieri, mediante una innovativa integrazione tra prevenzione e cura, pur nel rispetto delle specifiche competenze. In questa rete l'ambulatorio di dietetica preventiva può rappresentare (o rappresenta) il luogo ideale per la riabilitazione nutrizionale rivolta agli utenti/pazienti di altri servizi specialistici sia territoriali che ospedalieri e in particolar modo a tutti coloro i quali (provenienti da altri servizi territoriali e/o ospedalieri) avranno la necessità o la volontà di apprendere e/o entrare in programmi di educazione alimentare.

L'utilizzo del ***counseling* motivazionale** è utile a tutti gli operatori sanitari di varia estrazione professionale che si occupano di modifica degli stili di vita non salutari correlati ad alimentazione ed attività fisica, sia a livello di prevenzione, sia di terapia, al fine di favorire la *mission* propria del sistema sanitario, che fornisce l'accesso universale alla prevenzione ed alla cura.

Gli interventi mireranno alla promozione di corretti stili di vita, quali il consumo di alimenti protettivi appartenenti al modello alimentare mediterraneo, come l'incremento di consumo di frutta e verdura, legumi, pesce, la prevenzione dei comportamenti scorretti come ad esempio l'uso eccessivo del sale, di zuccheri semplici, di grassi di scarsa qualità nutrizionale, la promozione dell'attività fisica e soprattutto, come già ricordato in precedenza, attraverso il potenziamento di fattori di protezione (*engagement, life skill, empowerment*).

REQUISITI E RISORSE NECESSARI PER L' ATTIVITÀ DELL' AMBULATORIO

Si dovrà garantire l'apertura di almeno un ambulatorio di dietetica preventiva SIAN per macroarea, assicurando i seguenti requisiti di base:

1. PERSONALE

L'équipe dell'ambulatorio nutrizionale è multi-professionale per il necessario approccio di base medico e nutrizionale. L'équipe deve essere costituita da almeno 1 medico SIAN e 1 dietista, e in aggiunta anche da ulteriori figure professionali quali: dottore in scienze della nutrizione, medici o biologi con specializzazione in Scienze dell'alimentazione, psicologo, laureato in scienze motorie, chinesiologo di base, chinesiologo delle attività motorie, altro.

Le figure professionali esterne al SIAN, (psicologo, neuropsichiatra infantile, laureato in scienze motorie, altro) possono essere reclutate attivando protocolli di collaborazione con il distretto e/o l'ospedale o attivando procedure di reclutamento, ove previsto dalla normativa di settore-

Ciascun professionista dell'équipe svolgerà le mansioni e i compiti istituzionali facendo riferimento alle competenze previste dalle norme di riferimento del proprio profilo professionale, nel rispetto del Codice deontologico e dei Regolamenti Regionali.

Le Prestazioni dell'équipe multiprofessionale dell'ambulatorio saranno le seguenti

1. Visita medica
 - a. Anamnesi: la raccolta dati deve essere fatta su cartella/scheda anamnestica (Allegato XX)
 - b. Esame obiettivo
2. Valutazione:
 - a. antropometrica dello stato nutrizionale (quantificazione grado di eccesso ponderale) e della distribuzione del grasso corporeo (rapporto circonferenza vita/fianchi, vita/altezza), pressione arteriosa
 - b. dietetico/nutrizionale (NCP):
 - anamnesi alimentare e dietetica (*food intake*, intolleranze, abilità di preparazione delle pietanze, consapevolezza alimentare e nutrizionale, sicurezza alimentare, ..)
 - misure antropometriche (peso, altezza, circonferenze, BMI, curve di crescita,...)
 - test e procedure cliniche (calorimetria, BIA,...)
 - esame obiettivo nutrizionale (es. cute e annessi,...)
 - eventuali strumenti di valutazione di gruppi (famiglia)
 - c. esami biochimici, test e procedure cliniche.
3. Definizione stato nutrizionale e definizione di percorso
4. Diagnosi dietetico- nutrizionale:
 - a. apporti di alimenti e bevande (bilancio energetico, apporto orale o supporto, apporto di bevande, di nutrienti, di sostanze bioattive);
 - b. condizioni fisiche/cliniche nutrizionali (problemi nutrizionali funzionali, biochimici o di peso);
 - c. comportamento alimentare e aspetti ambientali di contesto familiare, scolastico, sociale (problemi correlati a conoscenze e credenze, attività fisica, sicurezza e accesso alimentare)
5. Intervento nutrizionale: definizione degli obiettivi e delle azioni attraverso la pianificazione (preferibilmente con l'utente e l'implementazione del piano dietetico/educativo che prevede:
 - a. educazione nutrizionale (conoscenze di base in alimentazione e nutrizione, raccomandazioni sulla sana alimentazione);
 - b. *counseling* nutrizionale (supporto motivazionale e di consapevolezza alimentare, creazione di un piano con obiettivi individuali sulla base di teorie, approcci e strategie validate)
 - c. educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia, sostegno alla motivazione
 - d. eventuali interventi su gruppi (es. famiglia)
 - e. screening con strumenti psicometrici per pazienti con obesità o tramite SCOFF Questionnaire (Useful Eating Disorder screening questions) con eventuale invio a psicologo o neuropsichiatra
6. Monitoraggio e rivalutazione nutrizionale periodica degli esiti del percorso.

2. SEDE

È auspicabile avere la disponibilità di almeno 2 stanze ad uso ambulatoriale, uno per il medico ed uno per il dietista o altro operatore sanitario. In alternativa, si può utilizzare lo stesso studio (stanza) in orari diversi.

Può essere utile un locale adeguato per ospitare il trattamento di piccoli gruppi di pazienti e/o laboratori esperienziali.

3. ORARIO ATTIVITÀ

L'accesso agli ambulatori di dietetica preventiva SIAN sarà garantito per minimo 1 o 2 giorni a settimana.

Giorni ed orari di apertura saranno gestiti dalle ASL /servizi in base alle disponibilità di personale (medici, dietisti, assistenti sanitari, personale esterno ecc.).

4. MATERIALI ED ATTREZZATURE

Le attrezzature **minime necessarie** per avviare un ambulatorio nutrizionale sono:

- bilancia professionale pesa persone
- altimetro
- metro anelastico per misurazione circonferenze
- plicometro
- bioimpedenziometro
- Atlante fotografico delle porzioni
- lettino possibilmente abbastanza largo per bioimpedenziometria
- scaletta
- sfigmomanometro
- fonendoscopio
- computer con programmi specifici
- stampante
- scrivania e sedie

Attrezzatura non indispensabile ma raccomandata:

- bilancia pesa persone con corrimano a piattaforma
- calorimetro per la misurazione della calorimetria indiretta
- adipometro

5. TIPOLOGIA DI UTENZA

L'ambulatorio si rivolge alla popolazione generale, che comprende tutte le fasce di età in tutte le situazioni fisiologiche, con particolare attenzione alle categorie più svantaggiate su cui incidono maggiormente i fattori di rischio per le MCNT e nello specifico a:

- bambini/adolescenti;

- adulti (anche con fattori di rischio, sovrappeso e obesità);
- anziani e persone con disabilità;
- donne in particolari situazioni fisiologiche (età fertile, gravidanza, puerperio, menopausa).

In particolare, l'ambulatorio si rivolge all'utenza che necessita di riprogrammare il proprio stile di vita, acquisendo o potenziando la propria motivazione al cambiamento, attraverso un percorso che le consenta di imparare gradualmente, ma stabilmente, a ridurre i fattori di rischio come un'alimentazione non corretta e la sedentarietà.

Risulta necessario che sia prevista un'effettiva collaborazione tra gli ambulatori nutrizionali dei SIAN e i medici del territorio e ospedalieri per definire le modalità di integrazione tra servizi.

L'attività è prevalentemente rivolta a singoli, con coinvolgimento dei familiari, sempre in caso di bambini, adolescenti ed anziani, se necessario. In alcuni casi ci può essere il coinvolgimento degli operatori o dei *caregivers*. È comunque da prevedere l'attività diretta ai gruppi, soprattutto per utenti che, pur in assenza di patologia ma con fattori di rischio nutrizionali, hanno bisogno di orientamenti sullo stile di vita sano, piuttosto che di diete particolari.

Risulta fondamentale evidenziare che l'obiettivo degli Ambulatori di dietetica preventiva in tutti i livelli di prevenzione, è quello di costruire percorsi per singoli utenti o in gruppo, che orientino verso uno stile di vita sano, un'alimentazione corretta e una adeguata attività fisica in tutte le età.

- **Bambini/adolescenti**

Gli Ambulatori di Dietetica Preventiva afferenti ai SIAN, in accordo a quanto previsto dal Ministero della Salute nel documento "*Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità*", potranno prendere in carico i bambini/ adolescenti, indirizzati dai PLS o MMG e offrire le seguenti attività:

- *counseling* di accompagnamento al cambiamento, rivolto ai genitori e ai ragazzi;
- intervento educativo-nutrizionale;
- laboratori del gusto, rivolti ai bambini che entrano nel percorso per favorire il cambiamento delle abitudini alimentari;
- gruppi di cammino, giochi di movimento, per favorire il movimento e uno stile di vita attivo;
- corsi di cucina didattica rivolti ai genitori dei bambini presi in carico.

Nell'ambulatorio, vengono presi in carico bambini e adolescenti normopeso, sottopeso o con diagnosi di sovrappeso e obesità secondo i criteri qui di seguito definiti, limitativamente all'attività preventiva:

- Bambino fino a 24 mesi: la diagnosi di eccesso di peso si basa sul rapporto peso/lunghezza (tabelle di riferimento OMS 2006) con i seguenti valori di cut-off:
 - Rischio sovrappeso >85° percentile
 - Sovrappeso >97° percentile
 - Obesità >99° percentile
- Bambino da 2 a 5 anni: la diagnosi di eccesso di peso si basa sull'uso dell'indice di massa corporea (BMI): peso (kg)/ altezza (m²)

Curve di riferimento OMS 2006 con i seguenti valori di cut-off:

 - Rischio sovrappeso >85° percentile
 - Sovrappeso >97° percentile
 - Obesità >99° percentile

- **Bambino /Adolescente (5-18 anni):** la diagnosi di eccesso di peso si basa sull'uso dell'indice di massa corporea (BMI): peso (kg)/ altezza (m²) con i seguenti valori di cut-off:

STATO (5-18 anni)	International Obesity Task Force (IOTF)	Z-score SD (OMS 2007)
Normopeso * <i>*con fattori di rischio comportamentali modificabili e/o con patologie familiari</i>	5° < x ≤ 85° percentile	BMI 18 ≤ x < 25 tra -2 e +1 z-score
Sovrappeso	>85° percentile	BMI 25 ≤ x < 30 tra +1 e +2 z-score
Obesità non grave * <i>*senza fattori aggiuntivi di rischio o comorbidità psicologica, non secondaria e non complicata</i>	>97° percentile	BMI 30 ≤ x ≤ 35 tra +2 e +3 z-score

Tabella 1: Valori di cut-off

In particolare per obesità non secondaria si intende includere l'obesità non dovuta a malattie endocrine, alterazioni ipotalamiche congenite o acquisite, sindromi genetiche ed uso di farmaci, per non complicata si intende l'assenza di complicanze di tipo cardiometabolico, come intolleranza al glucosio o diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa; assenza di problemi respiratori e apnea notturna; assenza di complicazioni ortopediche severe; assenza di complicazioni epatiche; disturbi della nutrizione e alimentazione DNA assenza di disabilità indotte dall'obesità stessa come disagio nella vita quotidiana, incapacità di movimento, ecc.

È importante che tale intervento non si basi su un "regime" di dieta prescrittiva, bensì sull'induzione di modifiche del comportamento alimentare che possano essere stabili nel tempo, ben accette dal minore e condivise dai genitori.

La presa in carico del bambino/adolescente sovrappeso o obeso deve realizzarsi nell'ambito di una integrazione professionale e organizzativa tra PLS e Ambulatori di Dietetica Preventiva dei SIAN, lasciando al pediatra ospedaliero la cura dell'obesità grave e complicata, fermo restando la possibilità di avvalersi della équipe multidisciplinare, già resa disponibile al PLS.

- **Adulti**

Nella popolazione adulta (18-69 anni), l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento della prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili; un'alimentazione ipercalorica e sbilanciata e il conseguente eccesso di peso favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e aggravano le patologie preesistenti, riducendo la speranza di vita e peggiorandone la qualità.

Un corretto inquadramento diagnostico del sovrappeso e dell'obesità è quindi, presupposto fondamentale per un efficace intervento che miri, non solo al decremento ponderale, ma anche al miglioramento della qualità della vita dell'utente.

- **PAZIENTI SOTTOPESO FISIOLÓGICO** CON BMI ≤ 17 che non necessitano di nutrizione clinica
- **PAZIENTI NORMOPESO** con BMI compreso tra 18,5 a 24,9
 - a) Soggetti normopeso che possono beneficiare di un corretto stile alimentare e adeguata attività fisica (oppure senza fattori di rischio)
 - b) con *fattori di rischio comportamentali* modificabili come: dieta inadeguata, inattività fisica e/o fattori di rischio fisiologici o metabolici o familiarità per alcune malattie (diabete di tipo II, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa) e senza complicanze cliniche gravi o comorbilità;
 - c) con patologie familiari (es. ipercolesterolemia familiare che può trarre grandi benefici dal corretto stile alimentare che incide fortemente nella riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari).
- **PAZIENTI SOVRAPPESO** con BMI compresa 25-29,9 in assenza di comorbilità e che dopo adeguato intervento del MMG non presentano un soddisfacente calo ponderale (<5%) in 6-12 mesi.
- **PAZIENTI OBESI** di I Grado con BMI compreso tra 30-34,9 con *fattori di rischio comportamentali, fisiologici o familiari* non complicati (assenza di comorbilità) e che dopo adeguato intervento del MMG non presentano un soddisfacente calo ponderale (<5%) in 6-12 mesi. STADIO I secondo EOSS (*Standard Italiani per la cura dell'obesità SIO-ADI 2016-2017*)

Stadio EOSS (Edmonton Obesity staging system)	Età	BMI <30	BMI 30-35	BMI 35- 40	BMI >40
STADIO 0 Assenza di fattori di rischio obesità correlati (es. ipertensione arteriosa, dislipidemia, disglucemia) Assenza di sintomi fisici Assenza di psicopatologie Assenza di limitazione funzionale e/o riduzione della qualità di vita	>60 anni				
	<60 anni				
STADIO 1 Fattori di rischio obesità correlati (es. ipertensione borderline, alterata glicemia a digiuno) Lievi sintomi fisici (es. dispnea per sforzi moderati) Lievi alterazioni psicopatologiche Lievi limitazioni funzionali e/o lieve riduzione della qualità di vita	>60 anni				*
	<60 anni				
STADIO 2 Comorbilità conclamate (ipertensione arteriosa, diabete mellito, sindrome delle apnee notturne, sindrome ansioso-depressiva) Moderati sintomi fisici Moderate limitazioni funzionali e/o moderata riduzione della qualità di vita	>60 anni				*
	<60 anni				
STADIO 3 Danno d'organo (es. infarto del miocardio, scompenso cardiaco, complicanze del diabete) Turbe psicopatologiche gravi Significativa limitazione funzionale e della qualità di vita	>60 anni			*	*
	<60 anni				
STADIO 4 Severe disabilità obesità correlate Psicopatologie disabilitanti Severe limitazioni funzionali e/o riduzione della qualità di vita.	>60 anni				
	<60 anni		*	*	*

OPZIONI TERAPEUTICHE	* Considerare l'opzione terapeutica del colore corrispondente
Intervento sullo stile di vita	
Terapia farmacologica	
Chirurgia bariatrica	
Riabilitazione fisica, nutrizionale, cardiopolmonare, psichiatrica	

Tabella 2: Algoritmo di cura SIO a partire dal sistema di stadiazione EOSS (Edmonton Obesity Staging System, EOSS) - Vinciguerra F. et al, L'Endocrinologo (2021).

MODALITÀ DI ACCESSO

Presso gli Ambulatori di Dietetica Preventiva è possibile accedere gratuitamente mediante prenotazione, prendendo contatto direttamente con il SIAN o tramite l'invio del MMG, del PLS o dello specialista.

METODOLOGIA DI LAVORO

L'attività degli ambulatori nutrizionali comprende:

- Valutazione dello stato nutrizionale (visite mediche e dietistiche): prima visita e visite di controllo
- counseling nutrizionale
- counseling motivazionale
- educazione alimentare e promozione della salute

L'attività di counseling nutrizionale e counseling motivazionale è ricompresa nella prestazione di prima visita e visita di controllo. Le attività di counseling possono essere rivolte sia a singoli che a gruppi selezionati.

PRIMA VISITA

La prima visita viene effettuata da un medico e da un dietista, comprende la valutazione clinica nutrizionale ed il counseling motivazionale, la predisposizione e la spiegazione del percorso concordato con il paziente.

La valutazione motivazionale struttura la modalità con la quale viene portata avanti la metodologia del percorso.

Durante la prima visita si procede secondo la seguente metodologia:

- raccolta dati anagrafici
- anamnesi (familiare, fisiologica, patologica e ponderale), con schede per anamnesi clinica
- eventuale valutazione degli esami ematochimici già effettuati, con possibile rimando al MMG/PLS per prescrizione degli esami ematochimici
- valutazione attività fisica/lavorativa

- esame obiettivo
- valutazione antropometrica con misurazione peso, altezza, circonferenze; calcolo Indice di Massa Corporea con valutazione del rischio clinico, nei casi previsti
- eventuale valutazione antropometrica approfondita con bioimpedenziometria (BIA) e calorimetria
- anamnesi alimentare dettagliata con valutazione introiti quali/quantitativi, ritmi di assunzione dei pasti, valutazione comportamento alimentare, raccolta della frequenza di consumo degli alimenti, stima dell'assunzione calorica giornaliera, scheda per anamnesi nutrizionale
- valutazione motivazionale.
- eventuale somministrazione di test di screening.

Successivamente, si propone all'utente sia l'utilizzo di eventuali strumenti sia si concordano insieme obiettivi nutrizionali terapeutici, educazionali ed il percorso da seguire:

- diario alimentare
- obiettivi da raggiungere, con relativi tempi di attuazione del percorso che comprende, oltre all'educazione/programma alimentare, anche la promozione dell'attività fisica
- elaborazione delle indicazioni alimentari in base agli obiettivi concordati, con eventuali integrazioni di indicazioni specifiche per patologie/allergie presenti. In alcuni casi c'è la possibilità di dare al paziente una dieta personalizzata, qualora ritenuta utile e concordata col paziente
- spiegazione del programma all'utente e/o familiari
- elaborazione lettera al medico curante o specialista che ha richiesto la visita
- programmazione della durata del percorso e delle visite di controllo.

VISITE DI CONTROLLO

Le visite di controllo sono effettuate per le valutazioni periodiche e finali all'interno dei percorsi.

La durata per il raggiungimento degli obiettivi è variabile da un minimo di 6 mesi ad un anno, in conseguenza le visite vengono programmate ogni 15-30 giorni per i primi 6 mesi e poi successivamente possono essere distanziate a seconda dei risultati raggiunti. Vi possono essere dei casi in cui inizialmente, per la situazione critica dei pazienti, è necessario avvicinare le visite.

Inoltre, il mantenimento degli obiettivi raggiunti sul miglioramento degli stili di vita richiede dei periodici rinforzi, per cui possono venire proposte ai pazienti delle visite di controllo successive ogni 6 mesi per il primo anno di follow-up successivo al risultato raggiunto e poi, a discrezione, visite annuali di follow-up e di rinforzo comportamentale.

Il controllo si concentra sui seguenti aspetti:

- monitoraggio/valutazione del percorso intrapreso fino a quel momento (obiettivi raggiunti, difficoltà incontrate, ecc.)
- rivalutazione antropometrica
- eventuale valutazione esami ematochimici
- rivalutazione motivazionale
- eventuale revisione del programma alimentare
- analisi del diario alimentare
- eventuale revisione degli obiettivi
- prevenzione del *drop out*
- programmazione nuovo controllo o *follow-up*

CONSULENZA NUTRIZIONALE DI GRUPPO

La prestazione *Consulenza nutrizionale di gruppo* potrà prevedere anche il coinvolgimento dell'utenza nelle seguenti attività:

- laboratori esperienziali;
- gruppi di cammino, giochi di movimento, per favorire il movimento e uno stile di vita attivo;
- corsi di cucina didattica;
- seminari di educazione alimentare;
- altre ed eventuali attività di promozione di un corretto stile di vita.

È auspicabile la formazione di piccoli gruppi per le attività di consulenza nutrizionale.

LA RETE DELLE COLLABORAZIONI

Ogni Ambulatorio potrà attivare una rete di collaborazioni:

- personale esterno al SIAN in rapporto di collaborazione o attivando procedure di reclutamento, ove previsto dalla normativa di settore
- strutture specialistiche territoriali o ospedaliere di riferimento per inviare i pazienti per consulenza specialistica.

LA FORMAZIONE

La formazione sarà strumento essenziale per accrescere le competenze del team di operatori in maniera fortemente orientata all'azione, creando un linguaggio comune e condivisione di strumenti e obiettivi tra le diverse figure professionali coinvolte. Un'adeguata formazione condivisa consente la costruzione di collaborazioni tra differenti stakeholder, dai PLS a medici e dietisti dei SIAN, dando un'impronta di intersectorialità agli interventi di prevenzione e cura. Il percorso base sarà obbligatorio per tutti gli operatori coinvolti, con aggiornamenti ed approfondimenti periodici di tutto il Team.

Sarà fondamentale creare, pertanto, collegamenti ad altri interventi, quali Attivamente sani, Impariamo a muoverci, PPDTA. Il SIAN deve implementare un percorso di ricerca e formazione qualificata del proprio personale dedicato alla consulenza dietetico- nutrizionale comune fra tutti gli operatori sanitari dell'équipe, MMG e PLS, altri specialisti, attraverso:

- percorso di ricerca e formazione sulla consulenza nutrizionale e sul *counseling* motivazionale e per la valutazione al cambiamento verso stili di vita sani;
- formazione all'utilizzo dei set di strumenti validati, per la valutazione della motivazione al cambiamento verso una corretta alimentazione ed uno stile di vita attivo, (Spiller et Al. 2009)

I corsi formativi devono permettere un ampliamento dei livelli di competenza, arrivando a condividere l'approccio integrato per la prevenzione ed il trattamento delle patologie nutrizionali legate agli stili di vita.

Gli operatori devono essere formati al fine di attuare interventi appropriati ed efficaci per modificare stabilmente gli stili di vita.

Fondamentali saranno anche gli **obiettivi di comunicazione** che si realizzeranno con l'integrazione strategica di interventi unidirezionali di informazione sulle attività di prevenzione con eventuale produzione di materiali scritti (opuscoli, poster,..) ed interventi di comunicazione bidirezionale tra operatori e famiglie attraverso strumenti di base propri del *counseling* professionale, utili per la gestione del rischio di malattia. La comunicazione tra operatori della stessa rete sarà indispensabile con l'obiettivo di facilitare la creazione di reti inter-istituzionali tra SIAN e PLS/MMG promuovendone la collaborazione e l'integrazione.

Gli obiettivi di comunicazione comprendono:

- aumentare la conoscenza di sani stili di vita,
- accrescere l'*empowerment* promuovendo atteggiamenti favorevoli alla salute,
- favorire l'accesso e l'adesione alle azioni di prevenzione e cura,
- coinvolgere le famiglie in maniera attiva (*engagement*), oltre lo scambio di informazioni, buone prassi, linee di lavoro.

Appendice 1 - INTERVENTI BASATI SU TECNICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI E SULL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER FATTORI DI RISCHIO PER OBESITA' SOPRATTUTTO PEDIATRICA.

I modelli di cura raccomandati per assicurare una migliore adesione all'intervento nutrizionale e motorio sono programmi di trattamento basati su tecniche cognitivo-comportamentali e su trattamenti comportamentali.

La terapia basata su tecniche cognitivo-comportamentali, è utilizzata per attuare le modifiche dello stile di vita. Le tecniche più efficaci sono: goal setting, self monitoring (diario alimentare e dell'attività fisica), addestramento alla contingenza, controllo dello stimolo, rinforzo positivo, ristrutturazione cognitiva, *problem solving*. L'applicazione delle tecniche cognitivo-comportamentali necessita di un training specifico del team multidisciplinare.

I trattamenti comportamentali sulla famiglia (*Family-based Behavioral Treatment*, FBT) prevedono interventi multicomponenti (alimentazione, attività fisica, strategie comportamentali), che mirano al cambiamento dello stile di vita di tutto il nucleo familiare, con obiettivi condivisibili per genitori e figli. In base alla recente letteratura questi interventi rivolti ai genitori come agenti e/o oggetto di cambiamento risultano più efficaci rispetto a un intervento limitato allo stile di vita, anche se possono comportare un maggiore investimento di risorse.

Negli ultimi anni si sta affermando l'impiego dell'Educazione Terapeutica, che è un adattamento anche per l'età evolutiva del modello nato per la gestione delle malattie croniche. Richiede competenze professionali adeguate, trasversali e acquisibili da tutti gli operatori del team, e utilizza strumenti dell'approccio cognitivo-comportamentale e del colloquio di motivazione, quali ascolto riflessivo e proattivo, relazione terapeutica, approccio familiare, *modeling*, narrazione terapeutica, rinforzo positivo, percorso a piccoli passi, contrattazione sugli obiettivi. L'Educazione Terapeutica può essere individuale o per piccoli gruppi di pazienti e va garantita, all'interno del team, mediante una formazione professionale continua all'attività educativa.

Di fondamentale importanza è la formazione continua di tutti gli operatori della rete oltre che sulle problematiche specifiche della patologia, sui percorsi di educazione terapeutica, di Counseling Motivazionale su alimentazione e stile di vita, *parenting* e sul lavoro in team.

Pertanto, occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento. Sia gli organismi internazionali sia il Ministero della Salute (con il Progetto Guadagnare Salute ed i Piani di Prevenzione) indicano la necessità di rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'*empowerment* della comunità nel settore delle malattie non trasmissibili, raccomandando un approccio "olistico" alla persona, che tenga conto dell'eziologia del fenomeno contraddistinta da una complessa interazione di fattori di rischio comportamentali, relazionali, motivazionali e psicosociali. Una revisione sistematica ed una meta-analisi di studi randomizzati e controllati dimostrano che il counseling motivazionale favorisce la perdita di peso nei pazienti sovrappeso e obesi rispetto ai controlli (Armstrong et al. 2011). L'adozione del counseling nell'ambito ambulatoriale è un approccio vincente per incoraggiare e sostenere i pazienti a compiere scelte decisive per la propria salute (Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001).

Gli operatori formati in tale senso saranno in grado di fornire un'appropriata ed efficace consulenza dietetico-nutrizionale e sull'attività fisica a fasce di popolazione in particolari situazioni fisiologiche e/o con fattori di rischio per MNT (sovrappeso, obesità, diabete, malattie cardiovascolari, allergie e intolleranze alimentari), con una particolare attenzione alle fasce svantaggiate e alle famiglie.

Affinché la terapia abbia successo è indispensabile una buona relazione medico-paziente, un approccio centrato sul paziente e sulla famiglia, che favorisca una modifica duratura dei comportamenti disfunzionali. Alla base del trattamento vi deve essere la definizione di obiettivi di cambiamento semplici e condivisi fra tutti gli operatori e la

famiglia nell'area delle abitudini alimentari, della sedentarietà, dell'attività fisica e la possibilità di verificare il risultato ottenuto, correlato al miglioramento dello stato nutrizionale, della qualità di vita e delle complicanze ove presenti.

L'obesità è una patologia multifattoriale, per cui un intervento preventivo deve essere attuato su tutti i fattori causali per modificare i determinanti ambientali e sociali. Famiglia e Scuola sono le due istituzioni considerate sin dall'inizio ambienti sociali indispensabili per prevenire l'obesità in età pediatrica, in quanto sono gli ambienti in cui i bambini trascorrono la quasi totalità del loro tempo e da cui apprendono i comportamenti da attuare.

La famiglia è responsabile nel modellare le abitudini alimentari e lo stile di vita, pertanto rappresenta un target per gli interventi di promozione della salute. La promozione di uno stile educativo autorevole da parte dei genitori può essere una strategia efficace nella prevenzione dell'obesità pediatrica. Non c'è ancora una chiara evidenza su quali interventi o combinazioni di interventi in ambito familiare siano maggiormente efficaci.

Il processo di cura si snoderà in 5 tappe:

1 Fare la diagnosi

2 Comunicare la diagnosi

3 Valutare la fase del cambiamento e adottare lo spirito del colloquio di motivazione

4 Curare con l'educazione terapeutica del paziente

5. Lavorare in rete

1 Fare la diagnosi

Per una valutazione ponderale in età evolutiva non basta il peso in chilogrammi, prima dei due anni occorre usare il rapporto peso/ lunghezza (P/L), dopo i due anni l'Indice di Massa Corporea (BMI): peso (kg)/ [altezza (metri)], prendendo le misure con accuratezza fino al decimale e valutando il risultato con Carte di riferimento o software che lo trasformano in percentile o meglio in z-score. La scelta delle Carte è fondamentale. Dal 2017 in Italia si è concordato di utilizzare le Carte del WHO 2006-2007 (da controllare la bibliografia) e i suoi cut-off (Tabella 1). Utilizzando altre Carte (CDC 2000, IOTF Cole o SIEDP) la diagnosi può essere differente e creare confusione nelle famiglie. Guardando il grafico dello z-score, è possibile evidenziare chiaramente l'andamento della situazione ponderale nei mesi prima dell'intervento e poi durante il follow-up e condividerlo con i genitori. PLS e pediatri dei centri di secondo livello, utilizzando le stesse carte, possono all'occorrenza lavorare agevolmente insieme. Il calcolatore WHO è reperibile online. I software free Anthro e Anthro-Plus possono essere scaricati e utilizzati anche senza connessione.

2. Comunicare la diagnosi

Comunicare la diagnosi è una tappa fondamentale nella cura di ogni malattia.

Nel comunicare sui temi dell'obesità ed avere un effetto motivante è richiesto un atteggiamento "non-giudicante", ed addirittura "de-colpevolizzante". Per far questo occorre cambiare la narrazione dell'Obesità ovvero essere convinti che la responsabilità principale dell'obesità sia genetica, ambientale e sociale, e che non dipenda dalle scelte della persona.

Una buona comunicazione permette di creare consapevolezza tanto da far nascere motivazione per curarsi. La buona comunicazione è conseguenza di una buona relazione empatica e può aumentare l'autoefficacia della famiglia. Chiedere il permesso di occuparsi del "peso" prima di affrontare l'argomento è una tappa che aiuta la buona relazione medico – paziente. Sostenuta da almeno un decennio dall'Obesity Canada essa è oggi raccomandata anche dal WHO Obesity 2022. La "Ask" è la prima tappa, nel counseling breve delle 5A, nato per offrire una versione realizzabile di counseling alle cure primarie, con lo scopo di ridurre lo stigma e quindi l'aggressività della famiglia: potrebbe sembrare un'accortezza superflua, ma in realtà è un modo semplice per superare resistenze e offrire aiuto (Tabella 2). A volte i genitori hanno persino paura di pronunciare la parola "obesità", perché percepiscono la derisione ad essa associata. Il professionista deve rispettare tali sentimenti ed evitare qualsiasi atteggiamento giudicante e stigmatizzante. Per identificare il loro problema è consigliabile evitare parole come "obeso", "grasso", "molto grasso" che non sono motivanti, ma fortemente stigmatizzanti. Nel colloquio clinico, come anche nel suo lessico corrente e nelle comunicazioni scientifiche e congressuali, inoltre, è vantaggioso che il professionista usi il "Person First Language", ovvero che cerchi di separare l'immagine del bambino e della famiglia dall'"obesità": non è opportuno definire il "bambino-obeso", magari con una "famiglia-obesa", ma definire il "bambino con obesità", ossia un bel bambino con qualità, aspettative, desideri, capacità, che ha anche "un problema di obesità" con una famiglia con le sue doti e i suoi problemi, che ha anch'essa un "problema di peso". Per realizzare una cura basata sulla fiducia, infatti, occorre prendere coscienza del fenomeno del pregiudizio e della derisione, e lavorare per ridurlo. Nella nostra società, in cui l'immagine corporea e la magrezza sono diventati valori primari e indispensabili, non solo la persona con obesità, ma anche quella in sovrappeso, è percepita come senza volontà, pigra, poco intelligente, fallita e poco valorizzata da tutti, persino dai bambini.

Purtroppo tutto ciò non alimenta la motivazione a curarsi, ma anzi è responsabile di un insieme di conseguenze negative sulla salute:

- aumento di depressione, ansia, bassa autostima, comportamenti alimentari insani/estremi, insoddisfazione per il corpo, disordini del comportamento alimentare e idee di suicidio;
- aumento del peso, delle sue comorbidità e della mortalità per qualunque causa;
- riduzione della motivazione all'attività motoria, richiesta di cure, adesione agli screening, intenzione di cambiare e self-efficacy.

In ambito sanitario si associa a visite più brevi, messaggi più veloci e meno convincenti, maggiore distanza fisica medico-paziente. La derisione può essere consapevole o inconsapevole; occorre averla subita per riconoscerla. Se ripetuta nel tempo fin dall'infanzia, evolve in autoderisione, che porta le persone con obesità a sentirsi inferiori e colpevoli per la loro condizione (stigma interiorizzato). Ciò è ancor più doloroso in adolescenza, quando tutti i ragazzi agognano a un bel fisico come biglietto da visita e sono continuamente "messi alla berlina" da tutti (operatori sanitari, insegnanti, allenatori), al punto che la paura della derisione fa sì che la si avverta anche quando non c'è. Gli stessi genitori per fare aderire i figli a progetti dietetici spesso cercano di motivarli, con frasi infelici come: "guarda quanto hai mangiato... che pancia che hai..." oppure "così non potrai comprarti i vestiti della tua marca preferita... non vedi che non riesci a correre come gli altri... che non hai amici...". Da queste parole nasce così la prima derisione: quella familiare, già a 2-3 anni, cui poi si aggiunge quella di operatori e compagni di scuola. Lo stigma è presente anche in sanità in tutte le discipline, è in aumento ed è difficile da sradicare. I sanitari deridenti avvertono i soggetti con obesità come meno aderenti ai loro suggerimenti, hanno meno desiderio nell'aiutarli, considerano prendersene cura una

perdita di tempo! È noto che gli episodi di derisioni sul corpo sono più precoci e frequenti nei bambini/ragazzi in eccesso ponderale rispetto ai normopeso. In adolescenza, scoprire di far parte di una categoria aborrita dai più, ostacola la costruzione dell'identità personale. Pertanto occorre far emergere questo problema durante il trattamento e fornire ai genitori strumenti e strategie appropriate per affrontarlo, ricordare a tutti coloro che si interfacciano con questi ragazzi che la derisione è estremamente dannosa non solo al benessere psicologico, ma anche al peso e per tempi molto lunghi. Il PLS può essere l'unico in grado di farla emergere, allertare i genitori sulla sua inefficacia e responsabilità nell'aumentare lo stress e il cortisolo realizzando fame emotiva e aumento di peso. Purtroppo è ancora frequente osservare pediatri, stanchi dei fallimenti, credere di poter ottenere risultati spaventando e colpevolizzando le famiglie piuttosto che impegnarsi a creare un ambulatorio adeguato a ridurre lo stigma e chiedere a tutti i collaboratori dello studio di adottare un linguaggio non stigmatizzante sul peso.

3. Valutare la Fase del Cambiamento e adottare lo spirito del Colloquio di Motivazione (CM)

Il programma utilizza la valutazione del Cambiamento con la Ruota di Prochaska e Di Clemente e lo Spirito del CM (Figura 1) per sostenere la motivazione del paziente favorendo il passaggio dalla fase in cui la persona non sa di avere un problema, pre-contemplazione, o non ha ancora deciso se e quando occuparsene, contemplazione, a quella in cui ha deciso di farlo, determinazione, e ci sta già provando, azione, e può essere aiutata, consigliata, guidata.

Tutti i PLS e gli MMG sanno che la maggior parte delle famiglie nel loro ambulatorio sono in fase di pre-contemplazione/contemplazione, soprattutto se hanno figli piccoli e con obesità non gravi. Un intervento delicato, rispettoso della loro libertà, può favorire il passaggio da questa fase, a quella di determinazione/azione (senza questo passaggio, d'altronde, non si può proporre neppure il ricorso ad altri operatori di secondo livello).

Questo approccio può essere utilizzato nei tre momenti centrali della cura:

- a) la prima visita;
- b) il percorso educativo;
- c) il piano terapeutico successivo.

a) La prima visita

La prima visita è fondamentale perché pone le basi di una buona relazione e cerca di aumentare la motivazione e l'autoefficacia della famiglia. All'apertura del discorso sul peso va usata la "Ask". Se i genitori non danno il permesso di occuparsi del peso, si può chiedere loro di pensarci e rivalutare l'andamento dopo un paio di mesi. Se chiedono solo di parlarne in un altro momento, va dato loro un nuovo appuntamento. Se danno il permesso, possiamo far emergere la loro motivazione ed individuare in quale fase del cambiamento si trovano. Nell'anamnesi comportamentale ricordiamo che lo scopo non è dare la "caccia" agli "errori" della famiglia, ma permettere loro una riflessione sui propri comportamenti, scoprendo l'eventuale presenza di alimentazione emotiva, soprattutto in adolescenza, e situazioni che fanno pensare a un disturbo del comportamento alimentare (mangiare di nascosto, di notte, abbuffarsi con o senza eventuali meccanismi di compenso come vomitare o praticare attività motorie eccessive). Dalla storia precedente del peso, può emergere come il problema sia vissuto in famiglia, da quanto tempo sia evidente e con quali azioni sia stato finora gestito. Se sono stati effettuati tentativi di cura, si possono riconsiderare metodi e risultati per far luce sulle ragioni dell'esito: successi parziali, fallimenti reali, valutazioni errate fatte solo sul peso in chilogrammi, oppure cali ponderali considerati insignificanti per attese eccessive. Ricordiamo che un BMI z-score stabile nel tempo

o una sua crescita inferiore a quella precedente sono ottimi risultati in età evolutiva, spesso sottovalutati. Talvolta si può scoprire che i risultati precedenti non erano così negativi, come riferito, e possono essere riletti in modo nuovo. Evidenziare buoni risultati permette di sostenere il percorso nel tempo mentre non vederli o svalutarli fa sì che il percorso venga abbandonato lasciando una sensazione di fallimento. Alla valutazione clinica va aggiunta la ricerca di segni di sofferenza psicologica (cattivo andamento scolastico, isolamento, tristezza, aggressività, episodi di derisione in casa o a scuola). Ogni volta che si cerca di realizzare un cambiamento vi sono ostacoli (barriere): qualcosa che si perde (costi) e qualcosa che si guadagna (benefici). Il cambiamento si avvia e soprattutto si mantiene nel tempo, solo quando la percezione soggettiva dei benefici supera quella dei costi e si cercano e affrontano le barriere che lo ostacolano.

Il primo obiettivo della terapia è il cambiamento dei comportamenti. La valutazione del risultato deve basarsi, non sul peso, ma sul conseguimento di un comportamento "più sano".

In base ai dati anamnestici e clinici raccolti si può consigliare un programma di diagnostica di laboratorio e radiologica per inquadrare meglio il problema peso: cause, conseguenze e rischi. Tuttavia in molte occasioni la diagnostica è poco utile al bambino, anche se spesso richiesta dalla famiglia. Molti professionisti, inoltre, utilizzano l'informazione degli esami sul rischio di complicanze come metodo per aumentare la motivazione delle famiglie, ma in realtà le colpevolizzano ulteriormente per cui a una iniziale aderenza al progetto con ottimi risultati segue un abbandono, con esiti che nessuno racconta. La paura non è uno strumento ottimale per fare educazione: invita alla fuga.

Solo alle famiglie che durante la prima visita sono o arrivano in fase determinazione/azione si può chiedere di costruire un progetto terapeutico. Esso dovrà essere molto semplice e contenuto e costruito "insieme" sul tema centrale del "muoversi di più e mangiare meglio" tenendo in conto le capacità e possibilità della famiglia e soprattutto il bisogno di realizzare il cambiamento con piacere, affinché possa durare. Il percorso va costruito su piccoli cambiamenti graduali autodeterminati e autogestiti, realizzati dai genitori in prima persona e offerti con il ruolo di "modello" all'intera famiglia. In assenza, e in attesa di loro proposte, sicuramente più efficaci, il professionista sanitario pediatra può suggerire con delicatezza qualcosa che, in base alla loro storia, sembri utile e realizzabile.

Il percorso educativo Il percorso educativo successivo va adattato all'età dei bambini: sotto i 2 anni è solo un percorso di prevenzione più accurato, dopo, in età prescolare, è una prevenzione con maggior investimento professionale e rivalutazione programmata nel tempo. Nelle età successive il percorso può essere strutturato individualmente, cioè con una sola famiglia, o con un gruppetto di famiglie; può essere facilitato dalla lettura di materiale stampato e/o cogestito in team con altri operatori (dietisti, pedagogisti/educatori, sostenitori dell'attività motoria) se disponibili e formati a lavorare "in team" come "educatori".

b) Il piano terapeutico successivo

Dopo l'educazione, il medico/dietista deve rivalutare l'esito del percorso educativo e sostenere le famiglie nel cammino intrapreso. Una nuova visita dopo 1-3 mesi è indispensabile! Già la sua programmazione comunica interesse, importanza e fiducia. Non percependo i primi piccoli successi ottenuti, o svalutandoli, infatti, le famiglie e i bambini finiscono per abbandonare il percorso con il rapido fisiologico recupero ponderale. Un forte ostacolo alla terapia, sottovalutato, è la ricerca, condivisa da operatori e famiglie e sostenuta dalle linee guida del passato, di obiettivi irrealizzabili: chiedere risultati sul peso che, stando alla letteratura, quasi nessuno è riuscito a raggiungere porterà le famiglie a sentirsi fallite e rinunciare. Con l'avanzare degli studi la medicina ha oggi accettato la difficoltà di dimagrire

e soprattutto di mantenere nel tempo il calo ponderale ottenuto. Nell'organismo in restrizione calorica un insieme di difese ormonali, metaboliche e nervose si attivano per conservare o recuperare l'adipe: bisogna ridurre le attese professionali e quelle delle famiglie ed evitare la restrizione che facilita comportamenti non salutari. Il rinforzo dei piccoli risultati raggiunti aiuta a mantenere il progetto con maggiori risultati in futuro; invece il senso di fallimento per un calo valutato come insufficiente o una sua ripresa inattesa causano perdita di fiducia e autostima e quindi peggioramento del peso e delle condizioni cliniche. La Ruota del Cambiamento di Prochaska insegna che dopo aver realizzato un intero giro spesso si ricade più volte, ma dai propri errori si impara a sviluppare le varie tappe più velocemente e quindi a evitare di ricadere ancora ed uscire vittoriosi.

c) La seconda visita ha vari obiettivi, permette di:

1. valutare con i pazienti l'andamento del programma, mostrando e rinforzando tutti i miglioramenti registrati: dei comportamenti, eventualmente del BMI z-score e/o di altri segni clinici, anche meno evidenti come il rapporto circonferenza vita/ altezza, la resistenza allo sforzo, l'acantosi nigricans e degli esami di laboratorio;
2. indagare se qualcuno fra parenti e amici ha notato i miglioramenti, con lo scopo di enfatizzare gli episodi di rinforzo verificatisi;
3. far esprimere le difficoltà incontrate, che ancora ostacolano la piena realizzazione del progetto, cercando di superarle. Le visite successive vanno calendarizzate secondo la situazione clinica del bambino/ragazzo: età, gravità dell'eccesso di peso, risposta iniziale alla cura, presenza di complicanze e difficoltà logistiche della famiglia (distanza dall'ambulatorio, competenze e impegni lavorativi dei genitori).

Una consulenza telefonica o per posta elettronica o con WhatsApp o con la telemedicina può essere utilizzata per mantenere e rinforzare la motivazione nel tempo e ridurre l'abbandono.

4. Curare con l'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP)

Per la cura dell'obesità si consiglia di utilizzare l'ETP che, fin dal 1998, il WHO ha proposto a tutti gli operatori sanitari per occuparsi delle malattie croniche, sviluppando i principi dell'educazione empowering, nel rispetto delle persone e del loro inalienabile diritto alla libertà e alla ricerca della felicità. Per far ciò, i professionisti sanitari in tutti i livelli di cura devono rinunciare alla prescrizione, sia nutrizionale che motoria, al loro tradizionale ruolo di primo piano, centrando invece la cura davvero sul paziente e sulla sua famiglia, offrendo loro formazione affinché riescano a scegliere autonomamente comportamenti più sani.

L'ETP è un processo complesso che, partendo dall'ascolto empatico fra pari, il "sentire con", riesce a convogliare l'energia evocata nella famiglia verso la motivazione e la nascita di scelte sane condivise. L'ETP è un trasferimento di competenze terapeutiche dal curante al curato, che permette a quest'ultimo di imparare i comportamenti necessari all'autogestione. Occorre far emergere le emozioni della famiglia sul tema (se negate, generano sofferenza e aggressività), smantellare pregiudizi, ristrutturare conoscenze e aspettative per creare un percorso ragionevole e condiviso. Occorre dare tempo ai curati di riflettere, capire, accettare o dissentire e discutere il nuovo percorso, provarlo e quindi valutarne l'esito insieme. Solo così si può realizzare il potenziamento delle competenze dell'intera famiglia. Per curare bambini e famiglie con l'educazione occorre conoscere il loro livello culturale, la loro situazione contingente, i loro pensieri sulla salute e le loro priorità, sia che si tratti delle coliche del lattante che dell'eccesso di

peso, cosa spesso non facile neppure per il loro medico/pediatra di fiducia. È noto inoltre che popolazioni di basso livello culturale ed economico sono poco interessate a prevenire i problemi di salute futura, come spesso ci si propone nel trattamento dell'obesità in età evolutiva, essendo assorbite da quelli in atto. Il programma di cura dell'obesità deve essere familiare: nei bambini di età inferiore ai 10 anni è rivolto esclusivamente a genitori, nonni, ecc. e dopo i 10 anni a famiglia e ragazzi insieme e incentrato sulla fiducia, sul sostegno ad autostima e autoefficacia. Deve utilizzare la terapia narrativa (Shapiro WHO 2012), unico modo per ricercare e costruire insieme un percorso di successo in una storia precedente spesso vissuta come una sequela di fallimenti.

5. Lavorare in rete

Secondo il modello ecologico di Bronfenbrenner il bambino è immerso in un ambiente che lo condiziona e che, crescendo, potrà a sua volta modificare. Ogni bambino con obesità ha una sua rete prossimale costituita da famiglia, vicinato, scuola e parrocchia. Sono importanti anche l'ambulatorio pediatrico e tutti i professionisti sanitari, incontrati dalla famiglia per svariati motivi, che possono lavorare in sintonia, facilitando l'adozione di stili di vita più sani, o al contrario disinteressarsi del problema peso o ostacolarne la cura con parole o toni di derisione e giudizio. Esiste poi la rete più lontana fatta di tradizioni, consuetudini e leggi che possono aiutare la soluzione del problema, anche se non sono modificabili direttamente da parte del singolo sanitario e delle famiglie.

Appendice 2 - IL COUNSELING MOTIVAZIONALE NEGLI AMBULATORI DI DIETETICA PREVENTIVA SIAN

Come previsto dalle Linee Guida concernenti l'organizzazione dei SIAN, approvate con DM 185 del 16/10/1998, e dai nuovi LEA (DPCM 12/01/2017), tra le linee principali di azione dell'Area Funzionale Igiene della Nutrizione, oltre alla sorveglianza nutrizionale, all'educazione e promozione della salute, alla ristorazione collettiva e alla consulenza dietetico-nutrizionale, vi è il **counseling motivazionale**, rivolto sia a singoli che a gruppi selezionati.

Definire il counseling non è cosa semplice in quanto esistono diversi modelli teorici e scuole di pensiero. Una possibile definizione generale è che il counseling è un processo che pone in relazione un professionista (il counselor) con un'altra persona (il cliente/paziente) che sente l'esigenza di essere supportata nella gestione di un problema o di una decisione.

Il counseling si configura quindi come un intervento professionale, basato su abilità di comunicazione e di relazione, che accoglie una richiesta di un singolo, di una coppia, di una famiglia per essere affiancati nella ricognizione delle informazioni necessarie per fronteggiare un problema, nella ricerca di risorse concrete da utilizzare per far fronte a cambiamenti, nella valutazione di scelte non semplici e a volte contrastanti.

Il counselor non offre consigli, non indica soluzioni, tanto meno sviluppa percorsi psicoterapeutici: la qualità specifica del suo lavoro è affiancare la persona che chiede aiuto nella ricerca di ipotesi, di possibili strade di modifica di situazioni ormai diventate faticose e fonte di disagio. Obiettivo dell'intervento è attivare nel suo interlocutore capacità e risorse per riorganizzare le informazioni possedute e intraprendere un percorso di cambiamento verso gli obiettivi che vede possibili e realizzabili.

In letteratura esistono numerosi studi che testimoniano l'efficacia del Counseling Motivazionale (CM) come modalità di intervento efficace per migliorare gli esiti degli interventi di promozione di abitudini alimentari corrette, per il controllo del peso e per ridurre la sedentarietà, e mantenerne i risultati nel tempo.

Le evidenze scientifiche attuali dimostrano, infatti, che per adottare e mantenere uno stile di vita sano ed attivo, ridurre il peso in eccesso e prevenire le malattie croniche associate ad un'alimentazione non salutare ed alla sedentarietà, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione né le semplici prescrizioni di diete o programmi d'attività fisica regolare; bensì riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stili di vita non salutari.

La limitata efficacia evidenziata dai programmi di prevenzione e trattamento dell'eccesso ponderale attualmente a disposizione sottolinea la necessità di utilizzare un approccio motivazionale ed ecologico, che tenga conto della multifattorialità di queste problematiche proprio per il fatto che nella compliance alla dieta entra in gioco in modo preponderante la sfera legata a cibo ed emozioni. Su questa sfera possono agire più efficacemente tecniche quali la *terapia cognitivo-comportamentale* o il *counseling*, che si pongono come strategie adiuvanti o alternative alla dietetica tradizionale nel trattamento dell'obesità. I dati di letteratura riportano come target della terapia cognitivo-comportamentale soprattutto i binge eating disorders, mentre le strategie di counseling appaiono rivolte prevalentemente a situazioni di obesità in cui il contesto emozionale non è francamente patologico.

Anche nell'obesità infantile la letteratura sul counseling risulta particolarmente fiorente. Dati di 2 surveys statunitensi condotti nel 1993 e nel 2002 su casistiche ambulatoriali (National Ambulatory Medical Care Survey, NAMCS, e National Hospital Ambulatory Care Survey, NHAMCS) indicano un aumento del ricorso al counseling nel trattamento

dell'obesità in età pediatrica. Nel 1995 solo il 4,3% degli incontri ambulatoriali includeva infatti tali strategie, contro il 19,0% nel 2001 e il 15,4% nel 2002 (16). In conclusione, i limiti della dietetica tradizionale hanno portato alla nascita di nuove strategie terapeutiche che vanno dalla revisione dello strumento dieta di per sé alla sfera più complessa del cibo e delle emozioni.

L'adozione del counseling nell'ambito ambulatoriale risulta quindi un approccio vincente per incoraggiare e sostenere i pazienti a compiere scelte decisive per la propria salute.

LA MOTIVAZIONE E GLI STADI DEL CAMBIAMENTO

Il modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, illustrato in Figura 1, è un tentativo di descrivere la disponibilità al cambiamento e il modo in cui le persone si muovono nei processi decisionali che portano a cambiamenti nella propria vita quotidiana: è come se si muovessero attraverso una serie di stadi che vanno dalla precontemplazione (quando non si pensa di cambiare) al mantenimento (quando il cambiamento diventa stile di vita). Entrano allora in gioco due fattori: l'importanza – perché dovrei cambiare? – e la fiducia – come farò? – che modulano i tempi di passaggio attraverso i vari stadi e che devono essere tenuti in conto dai professionisti.

Il modello fotografa il meccanismo di cambiamento senza prendere in considerazione tutto ciò che può influenzare in maniera significativa la reale disponibilità al cambiamento, come per esempio le caratteristiche di personalità dell'individuo stesso, i fattori socio-ambientali (genere, status socio-economico, etnia), il contesto sociale di appartenenza.

Questo modello aiuta molto gli operatori poiché può essere applicato in modo relativamente semplice, attraverso l'uso di domande, e può aiutare a stabilire in che situazione si trova il soggetto che si ha di fronte, modulando così l'intervento tenendo in considerazione l'intenzione del soggetto di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione.

Il modello di Prochaska e Di Clemente si caratterizza per tre dimensioni fondamentali:

- gli stadi del cambiamento;
- i processi del cambiamento (che descrivono le strategie messe in atto per il cambiamento);
- i fattori, come il senso di autoefficacia e la bilancia decisionale, che determinano il passaggio da uno stadio ad un altro.

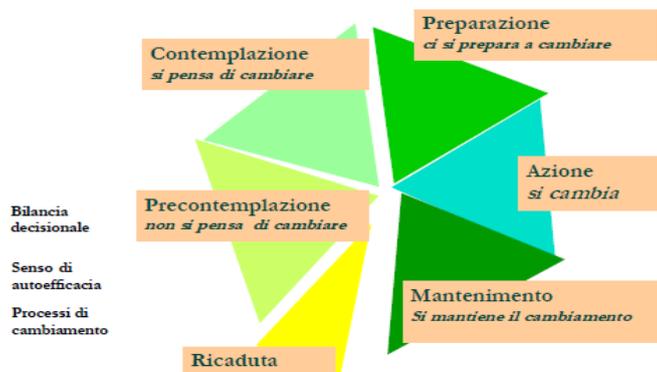


Figura 1 Modello degli stadi del cambiamento (Prochaska et al., 1992)

Gli stadi descrivono le caratteristiche del soggetto che si trova in quel determinato periodo della sua vita per cui è più o meno disposto a rivedere i suoi comportamenti in vista di cambiamenti necessari per la propria salute:

- precontemplazione: il soggetto non ha ancora nemmeno preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento nell'arco di tempo dei prossimi 6 mesi. È probabilmente poco o mal informato rispetto al comportamento a rischio, oppure può aver fatto precedenti tentativi di cambiamento falliti e di solito i soggetti in questa fase evitano di parlare o pensare al comportamento a rischio.

Questi sono i soggetti resistenti al cambiamento, per i quali è importante lavorare attraverso un colloquio motivazionale. "Mangio tutto quello che mi piace in gran quantità e mi sento bene così!";

- contemplazione: il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento nei 6 mesi successivi ed è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento. Questa caratteristica può portare ad una spinta concreta al cambiamento oppure causare una situazione di ambivalenza che rischia di mantenerlo in questa fase anche per lunghi periodi di tempo. "Forse dovrei cominciare a mangiare di meno perché sto ingrassando troppo";

- preparazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (nel mese successivo) e pianifica la modalità di cambiamento cominciando a fare piccoli cambiamenti (ad esempio può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati). "Ho deciso di consultare un dietologo per farmi consigliare su cosa fare";

- azione: il soggetto finalmente agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione comprende tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse) e non solo una modificazione diretta del comportamento. "Ho cominciato a diminuire le porzioni durante i pasti";

- mantenimento: il soggetto in questa fase non è più impegnato attivamente come in quella dell'azione ma "lavora" alla stabilizzazione del cambiamento nel tempo fino a farlo diventare un nuovo stile di vita. "Sono ormai tre mesi che mangio porzioni ridotte e pasti più equilibrati".

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE SIAN IN COUNSELING MOTIVAZIONALE

Per l'operatore impegnato nella promozione di stili di vita salutari è essenziale acquisire o perfezionare alcune competenze di base del counseling utilizzabili nella relazione professionale faccia a faccia, individuale o di gruppo, e telefonica, per attuare interventi non improvvisati dal punto di vista relazionale, metodologicamente strutturati, ispirati a principi e strategie basate sull'ascolto empatico.

L'applicazione delle competenze di base del counseling può rappresentare un'opportunità per condurre in modo consapevole e professionale il processo relazionale, non solo per quanto riguarda il contenuto (il cosa), ma anche per quanto riguarda le modalità (il come). Per questo motivo le competenze di counseling rappresentano un valore aggiunto alla professionalità e integrano le competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo professionale svolto.

Il personale SIAN (medici igienisti, medici specialisti in scienza dell'alimentazione, dietisti, biologi nutrizionisti, psicologi, assistenti sanitari) deve essere quindi formato, attraverso percorsi mirati, sul counseling motivazionale, al fine di attuare interventi appropriati ed efficaci per modificare stabilmente gli stili di vita, conseguendo i seguenti obiettivi:

- motivare la persona a modificare stabilmente abitudini alimentari e stili di vita non salutari;
- applicare appropriate tecniche di counseling motivazionale centrato sulla persona;
- creare un'integrazione di rete tra le cure primarie (MMG e PLS), i servizi territoriali (SIAN) ed i servizi specialistici di 2° livello che, con metodologie comuni, possono interagire e stabilire percorsi efficaci per migliorare la salute dell'individuo e della comunità
- favorire un approccio terapeutico evidence based, razionale ed attento al rapporto costi/benefici.

Le competenze di base del counseling che gli operatori dovrebbero apprendere in specifici percorsi formativi e che devono necessariamente possedere per applicare l'intervento nella relazione professionale individuale e di gruppo possono essere così descritte:

- conoscenza dello scopo dell'intervento di counseling che non si identifica con il dare consigli e soluzioni veloci del problema, o ancora informazioni generalizzate, ma che piuttosto si riferisce al processo di facilitazione per l'attivazione delle risorse della persona in modo che possa affrontare responsabilmente problemi e difficoltà che la riguardano e possa fare scelte consapevoli anche in relazione alla personale disponibilità al cambiamento;
- conoscenza e capacità di utilizzare le abilità relazionali (ascolto attivo, empatia, autoconsapevolezza) fondamentali per la creazione della relazione e del suo mantenimento;
- consapevolezza delle proprie qualità favorevoli il processo comunicativo, dei tratti caratteriali
- ostacoli alla relazione, nonché del personale modo di stare nella relazione secondo il proprio
- stile comunicativo

- conoscenza dello schema processuale necessario per strutturare l'intervento in fasi
- conoscenza e capacità di applicare le strategie specifiche dell'intervento utili all'operatore per muoversi nella relazione in modo intenzionale avendo dei criteri di riferimento per:
 - focalizzare il problema emergente per la persona, le priorità e l'eventuale disponibilità al "cambiamento"
 - fornire le informazioni in modo personalizzato per facilitare la soluzione di problemi
 - attivare il processo motivazionale al cambiamento
 - facilitare il processo decisionale
 - supportare nelle situazioni di crisi
- disponibilità e capacità a lavorare in equipe e in rete.

Tutti gli operatori sanitari impegnati nella promozione della salute hanno l'opportunità di predisporre all'accoglienza e all'ascolto empatico dell'altro, di creare la relazione all'interno della quale poter proporre contenuti, informazioni, attivazioni in base alle esigenze della persona, alla specifica situazione del momento e al contesto. Tutto questo è comunque possibile se gli operatori sono formati e hanno quindi acquisito le competenze per condurre il processo comunicativo con intenzionalità e consapevolezza.

Anche la loro motivazione gioca un ruolo fondamentale e questa può essere alimentata dalla possibilità di lavorare sentendosi parte di una strategia complessiva e considerando il loro intervento non come un evento episodico e isolato, ma come uno dei molteplici "momenti di comunicazione" funzionali alla promozione di stili di vita salutari.

L'empatia

L'empatia è l'abilità di "saper entrare nello schema di riferimento dell'altro, la capacità di vedere il mondo con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista, sia razionale che emotivo (pensieri, vissuti, emozioni, significati) per poter capire le sue richieste e i suoi bisogni e comunicare all'altro questa comprensione. È l'abilità di aprirsi all'esperienza di un'altra persona, di seguire, afferrare, comprendere il più pienamente possibile l'esperienza soggettiva della persona, ponendosi dal suo stesso punto di vista. Vivere per un po' "come se" si fosse veramente l'altro. "Come se" va evidenziato e sottolineato in quanto per essere empatici non si può e non si deve confondere il mondo dell'altro con il proprio, con il rischio di perdere l'obiettività necessaria per un intervento efficace. L'empatia rappresenta un'abilità utile per stabilire una relazione significativa caratterizzata da una reciproca collaborazione e fiducia.

L'autoconsapevolezza

L'autoconsapevolezza è una delle abilità essenziali della relazione professionale. Per una comunicazione efficace è fondamentale che l'operatore entri in contatto con sé stesso, che sia consapevole del proprio schema di riferimento culturale, delle proprie motivazioni, del proprio sistema di valori e pregiudizi, delle proprie percezioni, emozioni nel "qui e ora", delle personali mappe concettuali. È molto importante conoscere bene il proprio "mondo interno", per poterlo costantemente contattare, controllare e distinguere da quello dell'altro. Infatti, nel momento in cui l'operatore si avvicina alla persona-utente ha già dei suoi pensieri e delle sue emozioni che fanno parte del suo vissuto quotidiano o provengono dalla sua storia passata, o che ancora vengono suscitati dalla relazione nel qui ed ora.

Inoltre, è sempre importante avere consapevolezza del contesto che è sullo sfondo di ogni incontro relazionale. È anche essenziale la capacità di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione, nonché la consapevolezza del linguaggio non verbale e paraverbale, attraverso i quali vengono veicolati gli stati emotivi che sottendono il contenuto verbale di cui si sta parlando.

Nell'attuazione dell'abilità dell'autoconsapevolezza può essere fondamentale approfondire il concetto di setting interno ed esterno.

Il setting è la cornice all'interno della quale si svolge la relazione e gioca un ruolo fondamentale nello svolgimento e nella riuscita dell'intervento. La relazione professionale richiede uno specifico setting, sia "esterno" con una dimensione temporale e spaziale ben definita, sia "interno" all'operatore, inteso come "disposizione", "ascolto", "apertura" a quella persona, in quel momento, in quel dato luogo. Anche quando il setting esterno non è ottimale, un buon setting interno può facilitare lo sviluppo dell'intero processo di aiuto. Particolare importanza va attribuita allo specifico atteggiamento e allo stile comportamentale dell'operatore. È senz'altro da preferire un atteggiamento non giudicante e non direttivo, ma aperto, accogliente, autorevole, chiaro, sicuro, rispettoso dell'altro come individuo autonomo, capace di esprimere le sue risorse e di utilizzarle.

L'ascolto attivo

L'ascolto attivo è un'abilità che si basa sull'empatia e sull'accettazione, sulla creazione di un rapporto positivo e di un clima non giudicante. È il primo passo nella relazione. Serve a creare un rapporto di fiducia e collaborazione, premessa per una futura alleanza, a dimostrare interesse e attenzione, a facilitare l'interlocutore a parlare per meglio comprendere i suoi bisogni, le sue esigenze e necessità.

Quando l'operatore sa ascoltare, la persona, sentendosi oggetto di attenzione, è incoraggiata a proseguire la comunicazione, espone più volentieri i suoi antecedenti, chiarisce con maggiori particolari i dati inerenti le sue attuali condizioni di salute. Si possono individuare alcune condizioni che ostacolano l'ascolto e che assumono le caratteristiche di vere e proprie barriere: mentali, verbali, visive, uditive, olfattive e spaziali. In questi casi il setting interno dell'operatore gioca un ruolo fondamentale per superare le difficoltà e per mantenere l'attenzione su ciò che dice la persona e su ciò che accade nel processo relazionale.

Che cosa si ascolta:

- ascolto dei contenuti, di ciò che l'altro dice con le parole (verbale) e di ciò che non dice con il silenzio, ascolto delle tonalità, di come lo dice (paraverbale), ascolto/osservazione degli sguardi, della gestualità (non verbale) di come l'altro si presenta e si muove;
- ascolto del contesto in cui la persona vive: familiare, sociale, lavorativo, scolastico, dei vissuti, degli schemi di riferimento culturali, dei valori, "della sua narrazione";
- ascolto di sé, ascolto di se stessi nel qui e ora durante il processo relazionale, ascolto del proprio contesto di riferimento, ascolto di quanto si attribuisce all'altro di ciò che appartiene a se stessi (autoconsapevolezza).

Come si ascolta:

Per ascoltare attivamente è essenziale seguire una metodologia di riferimento: il rispecchiamento empatico che comprende quattro tecniche comunicative di facile applicazione per la restituzione alla persona di ciò che si è

ascoltato. Sono tecniche molto utili per approfondire quanto emerge nella relazione e per affrontare situazioni complesse: riformulazione, delucidazione, capacità d'indagine, uso dei messaggi in prima persona.

L'IMPORTANZA DEL COUNSELING MOTIVAZIONALE IN ETÀ PEDIATRICA

L'adozione del counseling nell'ambito ambulatoriale è un approccio vincente già dall'età pediatrica, dove l'obiettivo non è la prescrizione dietologica impositiva, ma l'attenzione ai bisogni, ai desideri e alle risorse del paziente posto al centro di un percorso condiviso che si sviluppa attraverso l'empatia, l'ascolto e l'accompagnamento lungo il percorso stesso.

Affinché la terapia abbia successo è indispensabile una buona relazione medico-paziente, un approccio centrato sul paziente e sulla famiglia, che favorisca una modifica duratura dei comportamenti disfunzionali. Alla base del trattamento vi deve essere la definizione di obiettivi di cambiamento semplici e condivisi fra tutti gli operatori e la famiglia nell'area delle abitudini alimentari, della sedentarietà, dell'attività fisica e la possibilità di verificare il risultato ottenuto, correlato al miglioramento dello stato nutrizionale, della qualità di vita

L'obesità è, infatti, una patologia multifattoriale, per cui un intervento preventivo deve essere attuato su tutti i fattori causali per modificare i determinanti ambientali e sociali. Famiglia e scuola sono le due istituzioni considerate sin dall'inizio ambienti sociali indispensabili per prevenire l'obesità in età pediatrica in quanto sono gli ambienti in cui i bambini trascorrono la quasi totalità del loro tempo e da cui apprendono i comportamenti

La famiglia è responsabile nel modellare le abitudini alimentari e lo stile di vita, pertanto rappresenta un target per gli interventi di promozione della salute. La promozione di uno stile educativo autorevole da parte dei genitori può essere una strategia efficace nella prevenzione dell'obesità pediatrica. Le modifiche estese a tutto l'ambito familiare hanno maggiori probabilità di essere durature nel tempo rispetto agli interventi mirati al singolo individuo, ed inoltre, si rileva che risultano più efficaci gli interventi che coinvolgono i bambini piuttosto che gli adolescenti.

Il trattamento dell'obesità infantile negli Ambulatori di Dietetica Preventiva dei SIAN consisterà nell'accogliere, ascoltare i ragazzi e le loro famiglie, far emergere possibilità di relazioni che valorizzino l'autonomia e il senso di sé e indichino la direzione per una sana crescita, comprendente un buono, sano e piacevole rapporto con il cibo e con il movimento; insomma una sana cura del sé e non solo del corpo.

GLI STRUMENTI DEL COUNSELING NUTRIZIONALE

Gli strumenti utilizzati nel sostegno al paziente sono il **programma nutrizionale condiviso**, il **diario alimentare**, il **diario dell'attività fisica** con il **contapassi**.

Il programma nutrizionale condiviso

Il piano nutrizionale condiviso tra professionista e paziente è sostanzialmente una valutazione diagnostica e motivazionale unita ad un accordo sia sulla valutazione sia sulle azioni necessarie.

Schematicamente si può dividere in fasi:

Il diario alimentare

Il diario alimentare favorisce l'auto-valutazione dell'assunzione del cibo, aspetto fondamentale dell'intervento nutrizionale, e diventa un valido strumento anche nel corso del colloquio con la dietista durante la visita di controllo, stimolando il coinvolgimento attivo dell'individuo e facilitando un clima di collaborazione.

Nel diario alimentare vengono riportati:

- orario di assunzione dei pasti
- tipologia e quantità di cibo/bevande consumate
- luogo, circostanza, e compagnia con cui si assumono cibi e bevande
- emozioni e stati d'animo
- sensazione di fame o sazietà, di piacevolezza/spiacevolezza che si accompagnano all'assunzione di cibo

La consapevolezza del proprio comportamento alimentare può aiutare l'individuo a cercare di modificare convinzioni, scelte e comportamenti.

È importante essere puntuali nell'annotare quanto più fedelmente possibile i propri consumi, evitando di rimandare a fine di giornata la compilazione; spesso conviene che il paziente porti sempre con sé il diario o un piccolo block notes, per poter essere tempestivi nella compilazione. Per i bambini, s'intende intrinseco il supporto della figura genitoriale materna o paterna nella scrittura del diario, con la possibilità di inserire anche delle note in coda.

Il periodo di valutazione consigliato corrisponde ad almeno una settimana/10 giorni se comprensivi di festività, inoltre ne è suggerito l'utilizzo in particolare nella fase iniziale del percorso, per consentire una fedele valutazione delle abitudini alimentari.

Il Diario alimentare dà conto della complessità dell'atto alimentare rilevandone il contesto ambientale e relazionale, gli stati d'animo e le emozioni contingenti, eventuali difficoltà o leggerezze, i segnali biologici di fame e sazietà, il ritmo alimentare per come sono distribuiti e distanziati i pasti. Inoltre, il diario evita al professionista il rischio di rendere disagiata, per il paziente, la trattazione degli aspetti non positivi delle proprie abitudini alimentari o attività fisica. La modalità auto-osservativa rende gli eventuali commenti negativi una valutazione dello stesso soggetto.

L'annotazione giornaliera dell'assunzione dei pasti e delle circostanze in cui avvengono, fornisce informazioni essenziali alla comprensione dei processi legati alle svariate abitudini alimentari e all'individuazione ed implementazione di strategie d'intervento (Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of WHO Consultation, Geneva 1997).

In ambulatorio con il paziente è opportuno verificare sempre lo stato di motivazione in cui si trova, e questo può emergere anche leggendo insieme il diario; è importante stimolare le sue osservazioni e valutazioni, cercare di rilevare con lui i punti significativi, per poi riprendere i suoi pensieri e opinioni. Qualora avesse dei dubbi o delle contraddizioni è importante esplorarli. È meglio focalizzarsi, per seduta, su un massimo di 1 o 2 elementi.

Risulta fondamentale non focalizzare l'attenzione esclusivamente sul comportamento alimentare, tanto meno esprimere giudizi e/o critiche, o fornire, come quasi sempre accade, le soluzioni. Nel counseling motivazionale si cerca, insieme al paziente, l'obiettivo nutrizionale da raggiungere, senza imporre le nostre decisioni. La compilazione del diario alimentare può creare ansia, vergogna o rifiuto di prendere coscienza dei propri errori, o ancora può favorire una minimizzazione o tentativi di alterare la verità. D'altra parte, l'auto-consapevolezza che ne deriva, permette poi di

apprendere delle abilità specifiche che, a loro volta, consentiranno di fronteggiare con successo le varie problematiche che si incontreranno.

Spesso, proporre la compilazione di un diario alimentare suscita resistenze perché implica la sottolineatura e la visione ravvicinata di ciò che non va. Per cui, di fronte ad un diario alimentare compilato in modo inadeguato, occorre considerare la presenza di una resistenza all'auto osservazione. L'auto monitoraggio presuppone una presenza di un sufficiente livello di motivazione implicando una seppur minima forma di consapevolezza di una modalità di agire non ottimale. In tali condizioni, risultano controproducenti discussioni e tentativi di convincimento ed è meglio adottare un approccio graduale e flessibile. Rimanendo utile semplicemente motivare il paziente a compilare il diario accogliendo le sue difficoltà e accettando momenti di eventuale improduttività.

Il Diario dell'attività Fisica

Come per l'alimentazione, anche il monitoraggio dell'attività fisica risulta essere molto importante.

Come riportato nelle Linee Guida Italiane Obesità, LiGIO'99, l'attività fisica viene raccomandata come parte di una terapia integrata per la perdita di peso, perché contribuisce alla perdita di peso stessa, può far diminuire il grasso addominale (considerato più a rischio), fa aumentare la fitness cardio-respiratoria e può aiutare nel mantenimento del peso perduto.

L'OMS (WHO 2004) ha stabilito i livelli adeguati di attività fisica in base a tre fasce di età: per bambini e adolescenti (5-17 anni) 1 ora al giorno; per adulti (18-64 anni) ed anziani, ½ ora al giorno per la maggior parte dei giorni alla settimana (almeno 5).

Il diario dell'attività fisica rappresenta uno strumento che può avere obiettivi diversi. Il suo utilizzo, infatti, può servire per quantificare l'attività fisica svolta e quindi definire lo stile di attività del paziente, può essere usato per la programmazione dell'attività fisica da svolgere (pianificazione delle sedute settimanali) e infine può servire per monitorare il cambiamento (da attività svolta "qualche volta al mese" a frequenze più regolari e costanti).

Spesso il paziente non ha consapevolezza del proprio grado di attività. Molte persone sovrastimano la quantità di movimento che compiono nell'arco di una giornata o non riconoscono che la tecnologia attuale (uso di elettrodomestici, ascensori, tosaerba, ecc.) gioca un ruolo importante nel sostenere e sostituire l'uomo in molte attività.

Al contrario, molti ritengono che il movimento effettuato per compiere i lavori di casa non possa essere considerato nel calcolo del dispendio energetico e pensano che solo andando in palestra o piscina o più generalmente facendo attività fisica strutturata si possano avere dei risultati.

Attraverso l'analisi del diario dell'attività fisica si può ottenere anche una prima valutazione del dispendio calorico e di conseguenza sarà possibile ottenere una stima del dispendio energetico quotidiano da attività fisica. Inoltre, monitorare il cambiamento delle abitudini, soprattutto nel primo periodo, può aiutare a consolidare e strutturare in modo stabile le scelte che avranno poi buone possibilità di essere mantenute per lungo tempo. (Dalle Grave 2002)

Da ricordare che anche in letteratura si rilevano studi che riportano esiti favorevoli sulla salute in relazione all'utilizzo di strumenti di monitoraggio dell'attività fisica. Una metanalisi pubblicata su Jama (Bravata et al., 2007), riporta che

L'uso del contapassi è associato ad un significativo incremento dell'attività fisica e una significativa riduzione del peso corporeo e della pressione sanguigna.

COME USARE IL DIARIO DELL'ATTIVITÀ FISICA

Lo schema può essere giornaliero o mensile.

Lo schema giornaliero riporta in modo semplice l'elenco del tipo di attività fisica svolta e la sua durata. Si consiglia poi di registrare anche eventuali commenti e/o sensazioni che risultano essere molto utili nel momento della rilettura o revisione. Sarà importante personalizzare lo schema con nome, data, attività svolta o da svolgere, tempo dedicato, commenti.

Lo schema mensile, strutturato in un unico foglio riporta i trenta/trentuno giorni di un mese, con la possibilità di inserire i giorni della settimana dell'intero mese (se si pensa di usarlo in toto) o di evidenziare le giornate delle sedute di movimento effettuate o eventualmente programmate, se la regolarità non è ancora stata presa in considerazione. In questo modo sarà facile evidenziare quanto la frequenza sia più o meno regolare e potrà servire come punto su cui lavorare.

Il diario dell'attività fisica può evidenziare tre momenti:

1. raccolta informazioni sulle abitudini
2. programmazione di un "piano di lavoro"
3. monitoraggio dei cambiamenti.

Sarà l'operatore che, avendo individuato lo stadio di motivazione del paziente, selezionerà su quale dei tre punti focalizzare l'attenzione e quindi proporre lo strumento. Se il paziente non è ancora pronto al cambiamento, sarà più utile condividere una prima raccolta di informazioni sulle abitudini presenti. Se il paziente è determinato a cambiare, sarà più efficace una programmazione di azioni da condividere ed esplicitare. Infine, se il paziente ha già messo in atto dei cambiamenti, si potrà lavorare sulla loro strutturazione e il loro monitoraggio, per fare in modo che perdurino nel tempo.

IL MIO DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA
 AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE- S.I.A.N.
 NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

Mese:	Attività fisica (andare a lavoro a piedi/bici, fare passeggiate...)		Sport (pallavolo, calcio, tennis, basket, karate...)		Ore seduto (video giochi, smartphon, TV, computer, altro...)	Nessuna attività fisica
Data	Tipologia	minuti	Tipologia	minuti	Ore passate seduto	Segna con una crocetta X
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

IL MIO DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA
AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE- S.I.A.N.

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

Mese:	Attività fisica (andare a scuola a piedi/bici, fare passeggiate, giocare...)	Sport (pallavolo, calcio, danza, basket, karate...)	Ore seduto (video giochi, smartphone, TV, computer...)	Nessuna attività fisica		
						
Data	Tipologia	minuti	Tipologia	minuti	Ore passate seduto	Segna con una crocetta X
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

COME COMPILARE IL DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA

- Il diario dell'attività fisica deve essere compilato per ogni giorno, domenica compresa, indicando su in alto, nella prima colonna, il mese a cui fa riferimento.
- Nella seconda e terza colonna indicare la durata ed il tipo di attività fisica svolta distinta in:
 - semplice attività fisica, come andare a piedi o in bici a lavoro, fare una passeggiata, fare giardinaggio, aiutare in casa...
 - sport, indicando la tipologia di sport effettuato es. calcio, pallavolo, tennis, basket, arti marziali, altro...
- Nella quarta colonna indicare le ore passate seduto (davanti al computer, videogiochi, smartphone, TV, altro...
- Nella quinta colonna segnare con una crocetta se non si è svolta nessuna attività.

BIBLIOGRAFIA

- Ashkan Afshin, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years GBD 2015 Obesity Collaborators; N Engl J Med. 2017 Jul 6;377(1):13-27. doi: 10.1056/NEJMoa1614362. Epub 2017 Jun 12.
- Albano MG, Golay A, De Andra Vincent, Cyril Crozet C, d'Ivernois JF. Therapeutic patient education in obesity: analysis of the 2005–2010 literature. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2012;4:S101-10.
- Altman M, Wilfley DE. Evidence update on the treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44:521-37.
- Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011 Sep;12(9):709-23. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00892.x. Epub 2011 Jun 21.
- Bandura A., *Auto-efficacia, Teoria e Applicazioni*, Erickson. 1997.
- Bosello O., Cuzzolaro M., *Obesità, Il Mulino*, Bologna. 2013.
- Bray G.A., William E Heisel, Ashkan Afshin, Michael D Jensen, William H Dietz, Michael Long, Robert F Kushner, Stephen R Daniels, Thomas A Wadden, Adam G Tsai, Frank B Hu, John M Jakicic, Donna H Ryan, Bruce M Wolfe, Thomas H Inge- Review *Endocr Rev.* 2018 Apr 1;39(2):79-132. doi: 10.1210/er.2017-00253. *The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement*
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (eds). *The challenge of obesity in the European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007, pp. 46-54.
- Brennan L, Walkley J, Fraser SF, Greenway K, Wilks R (2008) Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: study design and methodology. *Contemp Clin Trials* 29:359-375.
- De Lorenzo A, Romano L, Di Renzo L, et al. Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. *Nutrition.* 2020 Mar; 71:110615. doi: 10.1016/j.nut.2019.110615. Epub 2019 Oct 17. PMID: 31864969.
- Dietz WH, Boyd A Swinburn, Vivica I Kraak, Steven Allender, Vincent J Atkins, Phillip I Baker, Jessica R Bogard, Hannah Brinsden, Alejandro Calvillo, Olivier De Schutter, Raji Devarajan, Majid Ezzati, Sharon Friel, Shifalika Goenka, Ross A Hammond, Gerard Hastings, Corinna Hawkes, Mario Herrero, Peter S Hovmand, Mark Howden, Lindsay M Jaacks, Ariadne B Kapetanaki, Matt Kasman, Harriet V Kuhnlein, Shiriki K Kumanyika, Bagger Larijani, Tim Lobstein, Michael W Long, Victor K R Matsudo, Susanna D H Mills, Gareth Morgan, Alexandra Morshed, Patricia M Nece, An Pan, David W Patterson, Gary Sacks, Meera Shekar, Geoff L Simmons, Warren Smit, Ali Tootee, Stefanie Vandevijvere, Wilma E Waterlander, Luke Wolfenden. *Review Lancet.* 2019 Feb 23;393(10173):791-846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8. Epub 2019 Jan 27. *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report*
- Ding C, Chan Z, Magkos F. Lean, but not healthy: the metabolically obese, normal-weight phenotype. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2016; 19:408-417.
- Ebbeling CB, Antonelli RC. Primary care interventions for pediatric obesity: need for an integrated approach. *Pediatrics* 2015;135:757-8.
- Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, et al. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care—a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts.* 2015;8(5):342-9.
- Golden H, Schneider M, Wood C. AAP Committee on Nutrition. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics* 2016;138:e20161649.
- Grimani A, Aboagye E, Kwak L. The effectiveness of workplace nutrition and Physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public Health* 2019; 19:1676.
- Hipp J.A, Reeds D.N, Van Bakergem M.A, et al. Review of measures of worksite environmental and policy supports for physical activity and healthy eating. *CDC Center for Disease Control and Prevention* 2015; DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140410>.

- Iaccarino Idelson P, Zito E, Mozzillo E, et al. Changing parental style for the management of childhood obesity: a multi-component group experience. *Int J Child Health Nutr* 2015;4:213-18.
- Lorenzo M, Donini, Leonardi F., Rondanelli M. et al. The Domains of Human Nutrition: The Importance of Nutrition Education in Academia and Medical Schools. *Front Nutr.* 2017; 4: 2. Published online 2017 Feb 22. doi: 10.3389/fnut.2017.00002
- Pasquali R, Casanueva F, Haluzik M, et al. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline: Endocrine work-up in obesity. *Eur J Endocrinol.* 2020 Jan;182(1):G1-G32. doi: 10.1530/EJE-19-0893.
- Pont SJ, Puhl R, Cook SR, et al. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics.* 2017 Dec;140(6). pii: e20173034.
- Rubino F.,Puhl R.M., Cummings D.E.,Eckel R.H.,Ryan D.H.,Mechanick J.I.,Nadglowski J.,Salas X.R.,Schauer P.R.,Twenefour D.,Apovian C.M.,Aronne L.J.,Batterham R.L.,Berthoud H-R,Boza C.,Busetto L,Dicker D.,De Groot M.,Eisenberg D.,Flint S.W.,Huang T.T.,Kaplan L.M.,Kirwan J.P.,Korner J,Kyle T.K.,Laferrère B.,le Roux C.W., Shawn Mclver L.,Mingrone G., Nece P., Reid T.J.,Rogers A.M.,Rosenbaum M.,Seeley R.J.,Torres A.J.,Dixon J. B. Review *Nat Med.* 2020 Apr;26(4):485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x. Epub 2020 Mar 4. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif.* 1992;28:183-218.
- Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics* 2015;135:649-57.
- Rosenbaum M, Leibel RL. Models of energy homeostasis in response to maintenance of reduced body weight. *Obesity (Silver Spring).* 2016 Aug;24(8):1620-9.
- Seburg EM, Olson-Bullis BA, Bredeson DM, Hayes MG, Sherwood NE. A review of primary care-based childhood obesity prevention and treatment interventions. *Curr Obes Rep* 2015;4:157-73
- Serra-Paya N, Ensenyat A, Castro-Viñuales I, et al. Effectiveness of a multi-component intervention for overweight and obese children (Nereu Program): a randomized controlled trial. *PLoS ONE* 2015; 10:e0144502.
- Tanas R, Begoña G, Baggiani F, et al. Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. *J Obes Ther* 2017;1:1.
- Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A Family-based education program for obesity: a three-year study, *BMC Pediatr* 2007;7:33.
- Tuah NA, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10:CD008066.
- Valerio G, Licenziati MR, Tanas R, et al. Management of children and adolescents with severe obesity *Minerva Pediatr* 2012;64:413-31.
- Vallis M. Behaviour change counseling-how do I know if I am doing it well? The development of the Behaviour Change Counseling Scale (BCCS). *Can J Diabetes.* 2013 Feb;37(1):18-26]
- Vinciguerra F, Baratta R., Inquadramento diagnostico dell'obesità. *L'Endocrinologo* (2021) 22:52–55 <https://doi.org/10.1007/s40619-021-00889-2>
- Wang Y., L Cai, Y Wu, R F Wilson, C Weston, O Fawole, S N Bleich, L J Cheskin, N N Showell, B D Lau, D T Chiu, A Zhang, J Segal. Review *Obes Rev.* 2015 Jul;16(7):547-65. doi: 10.1111/obr.12277. Epub 2015 Apr 20. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis
- Weghuber D., N Khandpur, E Boyland, A Mazur, M L Frelut, A Forslund, E Vlachopapadopoulou, É Erhardt, A Vania, D Molnar, S Ring-Dimitriou, M Caroli, V Mooney, M Forhan, X Ramos-Salas, A Pulungan, J C Holms, G O'Malley, J L Baker, A M Jastreboff, L Baur, D Thivel. Editorial *Pediatr Obes.* 2023 Jun;18(6):e13024. doi: 10.1111/ijpo.13024. Epub 2023 Apr 1. Championing the use of people-first language in childhood overweight and obesity to address weight bias and stigma: A joint statement from the European-Childhood-Obesity-Group (ECOG), the European-Coalition-for-People-Living-with-Obesity (ECPO), the International-Paediatric-Association (IPA), Obesity-Canada, the Euro-

pean-Association-for-the-Study-of-Obesity Childhood-Obesity-Task-Force (EASO-COTF), Obesity Action Coalition (OAC), The Obesity Society (TOS) and the World-Obesity-Federation (WOF)

SITOGRAFIA

- <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060219>
- Consensus su Diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità nel bambino e adolescente - SIEDP/SIP 2017. Coordinatori Valerio G, Saggese G, Maffei C.
<https://www.siedp.it/pagina/778/consensus+nazionale+su+diagnosi,+trattamento+e+prevenzione+dell'obesita+del+bambino+e+dell'adolescente>
- Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. Ministero della Salute.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
- Health Behaviour in School-Aged Children-HBSC Report 2018 Regione Puglia
<https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018-puglia>
- Inquadramento diagnostico dell'obesità – EOSS, Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università di Catania
<https://www.societaitalianadiendocrinologia.it/html/news/inquadramento-diagnostico-obesita.asp>
- Le competenze di counseling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. Dossier - Guadagnare Salute
https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
- Linee guida per una sana alimentazione – CREA, Dossier Scientifico 2018
<https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/dossier-scientifico-linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018>
- Linee di indirizzo regionali per gli ambulatori nutrizionali dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – Regione Veneto
https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/Download.aspx?name=1663_AllegatoA_382142.pdf&ty pe=9&storico=False
- Manuale per l'utilizzo del counseling motivazionale negli ambulatori nutrizionali – Regione Veneto
<http://www.venetonutrizione.it/wp/manuale-conseuling/>
- OKkio alla Salute - Report 2019 Regione Puglia
<https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-regionale-2019/puglia-2019.pdf>
- Organizzazione degli ambulatori nutrizionali dei SIAN del Veneto
<http://www.venetonutrizione.it/wp/wp-content/uploads/2018/08/Vanzo-Organizzazione-ambulatori-nutrizionali-17.11.2017.pdf>
Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica
http://www.siedp.it/files/1_PDTAObesit13.6.2018.pdf
- Sorveglianza PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/infopassi/archivio2022>
- Standard Italiani per la Cura dell'Obesità SIO-ADI 2016- 2017
<https://www.sio-obesita.org/wp-content/uploads/2017/09/STANDARD-OBESITA-SIO-ADI.pdf>
- Tanas R, Caggese G, Lera R. Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in cinque mosse. Quaderni -acp-2020-271_4-11
<https://acp.it/it/2020/01/il-pediatra-e-lobesita-riprova-e-vinci-in-cinque-mosse.html>
- The Nutrition Care Process (NCP)
<https://www.ncpro.org>

NORMATIVA

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 17 GIUGNO 2013, N. 780
Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso di cui alla deliberazione n. 2071/2010 "Approvazione del Piano regionale della prevenzione" Regione Emilia Romagna
- Determinazione Del Dirigente Sezione Promozione Della Salute E Del Benessere 22 marzo 2023, n. 66 L. n. 138/2004 - D.M. 5 agosto 2022. Approvazione schema di Accordo di Collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, ai sensi dell'art. 15 della L. n. 241/90 e ss.mm.ii. per la realizzazione del Progetto esecutivo di cui al programma CCM 2022 "Applicazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PPDTA) per

la gestione integrata dei soggetti in sovrappeso/obesi attraverso interventi mirati efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente”

https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2142680/DET_66_22_3_2023.pdf/5f121b68-7a64-2296-a916-3242270d2df9?version=1.0&t=1680182014789

- DGR nr. 1663 del 12 novembre 2018 - PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018 PROGETTO AMBULATORI NUTRIZIONALI LINEE GUIDA PER GLI AMBULATORI NUTRIZIONALI DEI SERVIZI DI IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE – REGIONE VENETO
- DPCM del 12 gennaio 2017 - Livelli Essenziali di Assistenza
- DECRETO MINISTERIALE 16 ottobre 1998 - Approvazione delle linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.A.N.), nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali.
- Linee di Indirizzo per la Definizione e Ruolo della Rete Trasversale di Nutrizione Preventiva e Clinica della Regione Emilia-Romagna
<https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-399-del-03-12-2019-parte-seconda.2019-12-02.5780338583/approvazione-di-linee-di-indirizzo-per-la-definizione-e-ruolo-della-rete-trasversale-di-nutrizione-preventiva-e-clinica-della-regione-emilia-romagna-in-attuazione-delle-proprie-deliberazioni-n-771-2015-e-n-522-2017/allegato-delibera-2200>
- Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione – Ministero della Salute
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2636_allegato.pdf
- Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità” - Ministero della Salute Anno 2022
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3256_allegato.pdf
- Linee di indirizzo sull'attività fisica: revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie – Ministero della Salute
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf
- DLgs n. 502/92, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.
- Decreto legislativo n. 36/2021 Titolo V, Capo III, art. 41 “*Ulteriori disposizioni in materia di laureati in scienze motorie*”, riconoscimento delle figure professionali del chinesiologo di base, chinesiologo delle attività motorie preventive ed adattate e chinesiologo sportivo.

Modello B1

LOGO ASL



SCOFF Questionnaire

(Useful Eating Disorder screening questions)

[Luck, A.J., Morgan, J.F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., Perry, L., Lacey, J.H. (2002), 'The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study', *British Medical Journal*, 325,7367, 755 – 756]

Il questionario SCOFF è uno strumento di screening caratterizzato da cinque domande volte a chiarire il sospetto che un disturbo alimentare possa esistere piuttosto che per fare una diagnosi. Le domande possono essere consegnate oralmente o in forma scritta.

1. Si è mai sentita disgustata perché sgradevolmente piena?
2. Si è mai preoccupata di aver perso il controllo su quanto aveva mangiato?
3. Ha perso recentemente più di 6 Kg in un periodo di 3 mesi?
4. Le è mai capitato di sentirsi grassa anche se gli altri le dicevano che era troppo magra?
5. Affermerebbe che il cibo domina la sua vita?

Una risposta con "sì" a due o più domande garantisce un'ulteriore discussione e valutazione più completa

Altre due domande hanno dimostrato di indicare una elevata sensibilità e specificità per la bulimia nervosa .

Queste domande indicano la necessità di un'ulteriore discussione.

1. Sei soddisfatto delle tue abitudini alimentari?
2. Ti capita mai di mangiare in segreto ?



Modello B 2

AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA

CARTELLA BAMBINI/ADOLESCENTI

n. _____P

Data _____

AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA: CARTELLA BAMBINI/ADOLESCENTI	
SCHEDA ANAGRAFICA	
COGNOME:	
NOME:	
LUOGO E DATA DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
CITTA':	
RESIDENZA: Via/Viale/Piazza	
NOME E COGNOME DEL GENITORE/TUTORE	
RECAPITO TELEFONICO:	
INDIRIZZO MAIL:	
SCUOLA E CLASSE:	
PEDIATRA: Dott./Dott.ssa	
INVIATO DA:	<input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> ALTRO SPECIALISTA <input type="checkbox"/> CONOSCENTE <input type="checkbox"/> ALTRO.....

ANAMNESI MEDICA			
• Anamnesi Fisiologica:			
✓ Parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Distocico	<input type="checkbox"/> Cesareo
✓ Nascita	<input type="checkbox"/> Termine		<input type="checkbox"/> Pretermine
✓ Peso alla Nascita	Kg _____		
✓ Allattamento	<input type="checkbox"/> Materno	<input type="checkbox"/> Artificiale	
	<input type="checkbox"/> ≤ 6 mesi	<input type="checkbox"/> > 6 mesi	
✓ Divezzamento	<input type="checkbox"/> Tradizionale	<input type="checkbox"/> Autosvezzamento	<input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> tra 4 e 6 mesi	<input type="checkbox"/> ≥ 6 mesi	
✓ Menarca/Spermarca	<input type="checkbox"/> SI _____		
✓ Diuresi	<input type="checkbox"/> Regolare		<input type="checkbox"/> Irregolare
✓ Alvo	<input type="checkbox"/> Regolare		<input type="checkbox"/> Irregolare
✓ Ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Irregolare	<input type="checkbox"/> Insonnia
• Anamnesi Familiare:			
✓ Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Ictus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Diabete Mellito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Insulino resistenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Dislipidemie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Obesità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Steatosi epatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Altezza e peso della madre:	_____		
✓ Altezza e peso del padre:	_____		
• Anamnesi Patologica Remota:			
✓ Interventi chirurgici (es. tonsillectomia)	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
✓ Ricoveri precedenti	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
✓ Altro			
• Anamnesi Patologica Prossima e Anamnesi Farmacologica (integratori/farmaci):			
• Esami Strumentali:			
✓ ECO Addominale	<input type="checkbox"/> SI.....		<input type="checkbox"/> NO

	mai	meno di una volta a settimana	qualche giorno (1-3 giorni)	quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	una volta al giorno	una volta al giorno tutti i giorni	più volte al giorno tutti i giorni
✓ Consumo snack salati (pizza, patatine ecc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo snack dolci (merendine, biscotti, caramelle ecc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo bevande gassate (cola, tè, aranciata ecc):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
✓ Consumo alcolici e superalcolici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo frutta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo verdura:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo legumi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Consumo pesce:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Attività Fisica (attività sportiva strutturata (calcio, danza, nuoto, ecc.) per almeno un'ora al giorno al di fuori dell'orario scolastico?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Quanto tempo il/la bambino/a in media gioca con i videogiochi o con il computer/tablet/cellulare:							
Ore e minuti in un normale giorno di scuola?						
Ore e minuti nel fine settimana?						
Non gioca con questi dispositivi elettronici	<input type="checkbox"/>						

● Valutazione Antropometrica:

- ✓ Peso: Kg _____ percentile : _____
- ✓ Altezza: Cm _____ percentile: _____
- ✓ BMI: Kg/m² _____ percentile: _____

Bambino fino a 24 mesi: la diagnosi di eccesso di peso si basa sul rapporto peso/lunghezza (tabelle di riferimento OMS 2006) con i seguenti valori di cut-off:

Sottopeso	< 5° Percentile	<input type="checkbox"/>
Normopeso	Da 5° a 85° percentile	<input type="checkbox"/>
Rischio sovrappeso	>85° percentile	<input type="checkbox"/>

Sovrappeso	>97° percentile	<input type="checkbox"/>
Obesità >99° percentile	>99° percentile	<input type="checkbox"/>

Bambino da 2 a 5 anni: la diagnosi di eccesso di peso si basa sull'uso dell'indice di massa corporea (BMI): peso (kg)/ altezza (m²) (tabelle di riferimento OMS 2006)

Sottopeso	< 5° Percentile	<input type="checkbox"/>
Normopeso	Da 5° a 85° percentile	<input type="checkbox"/>
Rischio sovrappeso	>85° percentile	<input type="checkbox"/>
Sovrappeso	>97° percentile	<input type="checkbox"/>
Obesità >99° percentile	>99° percentile	<input type="checkbox"/>

Bambino da 5 a 18 anni: la diagnosi di eccesso di peso si basa sull'uso dell'indice di massa corporea (BMI): peso (kg)/ altezza (m²) (tabelle di riferimento OMS 2007)

Sottopeso	< 5° Percentile	BMI <18	tra -2 e -3 z-score SD	<input type="checkbox"/>
Normopeso	Da 5° a 85° percentile	BMI 18 ≤ x < 25	tra -2 e +1 z-score SD	<input type="checkbox"/>
Sovrappeso	> 85° percentile	BMI 25 ≤ x < 30	tra +1 e +2 z-score SD	<input type="checkbox"/>
Obesità non grave	>97° percentile	BMI 30 ≤ x ≤ 35	tra +2 e +3 z-score SD	<input type="checkbox"/>

✓ Circonferenza Vita: Cm _____

✓ Circonferenza collo: Cm _____

✓ Rapporto Vita/Altezza: _____

Obesità	> 0,5	<input type="checkbox"/>
---------	-------	--------------------------

● Impedenziometria:

- ✓ Reattanza (Xc): _____
- ✓ Resistenza (Rz): _____
- ✓ Angolo di fase (phA): _____
- ✓ PAL: _____
- ✓ Metabolism Basale:
- ✓ Massa Grassa: Kg _____ % _____
- ✓ Massa Magra: Kg _____ % _____
- ✓ Acqua Corporea totale: Lt _____ % _____
- ✓ Acqua Corporea Intracellulare: Lt _____ % _____
- ✓ Acqua Corporea Extracellulare: Lt _____ % _____

● Picometria:

- ✓ Plica tricpitale: _____

● Esame obiettivo nutrizionale:

• Storia del paziente:

✓ Allergie o intolleranze alimentari: SI, quali _____ NO

✓ Composizione del nucleo familiare: _____

✓ Altro: _____

• Diagnosi nutrizionale:

	DOMINIO	CLASSE	
1	APPORTO	Bilancio energetico	
		Apporto di liquidi	
		Apporto di sostanze bioattive	
		Apporto di nutrienti	
2	CLINICA	Funzionale	
		Biochimic	
		Peso	
3	COMPORTA MENTALE/A MBIENTALE	Conoscenze e credenze	
		Attività fisica	
		Sicurezza e accesso alimentare	

PES: PROBLEMA NUTRIZIONALE correlato a EZIOLOGIA evidenziato da SEGNI E SINTOMI

1. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

2. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

3. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

4. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

5. _____ correlato a _____ evidenziato da _____
<p>● <u>Intervento nutrizionale:</u></p> <p>✓ Programma nutrizionale:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>✓ Educazione nutrizionale:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>✓ Counseling nutrizionale:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>● <u>Counseling motivazionale:</u></p> <p>Tappe della ruota del cambiamento:</p> <p>✓ Precontemplazione</p> <p>✓ Contemplazione</p> <p>✓ Determinazione</p> <p>✓ Azione</p> <p>✓ Mantenimento</p> <p>✓ Ricaduta</p> <p>✓ Uscita permanente</p>
Riferimenti legislativi
<p style="text-align: center;">Firma e Timbro</p> <p>La Dietista Dott.ssa _____</p>

FOLLOW-UP DATA _____																								
<p>● <u>Esami Strumentali:</u></p> <p>✓ ECO Addominale <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> NO</p> <p>✓ Emocromo</p> <p>✓ Proteine</p> <p>✓ Glicemia</p> <p>✓ Trigliceridi</p> <p>✓ HbA1c</p> <p>✓ Colesterolo totale</p> <p>✓ LDL</p> <p>✓ HDL</p> <p>✓ Transaminasi</p>																								
<p>● <u>Esame obiettivo:</u></p> <p>✓ Frequenza Cardiac: _____ bat./min</p> <p>✓ Pressione Arterios: _____ mmHg</p>																								
<p>● <u>Valutazione Antropometrica:</u></p> <p>✓ Peso: _____ Kg _____ percentile: _____</p> <p>✓ Altezza: _____ Cm _____ percentile: _____</p> <p>✓ BMI: _____ Kg/m² _____ percentile: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Sottopeso</td> <td>< 5° Percentile</td> <td>BMI <18</td> <td>tra -2 e -3 z-score SD</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Normopeso</td> <td>Da 5° a 85° percentile</td> <td>BMI 18 ≤ x < 25</td> <td>tra -1 e +1 z-score SD</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sovrappeso</td> <td>> 85° percentile</td> <td>BMI 25 ≤ x < 30</td> <td>tra +1 e +2 z-score SD</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obesità non grave</td> <td>>97° percentile</td> <td>BMI 30 ≤ x ≤ 35</td> <td>tra +2 e +3 z-score SD</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>✓ Circonferenza Vita: _____ Cm _____</p> <p>✓ Circonferenza collo: _____ Cm _____</p> <p>✓ Rapporto Vita/Altezza: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Obesità</td> <td>> 0,5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sottopeso	< 5° Percentile	BMI <18	tra -2 e -3 z-score SD	<input type="checkbox"/>	Normopeso	Da 5° a 85° percentile	BMI 18 ≤ x < 25	tra -1 e +1 z-score SD	<input type="checkbox"/>	Sovrappeso	> 85° percentile	BMI 25 ≤ x < 30	tra +1 e +2 z-score SD	<input type="checkbox"/>	Obesità non grave	>97° percentile	BMI 30 ≤ x ≤ 35	tra +2 e +3 z-score SD	<input type="checkbox"/>	Obesità	> 0,5	<input type="checkbox"/>
Sottopeso	< 5° Percentile	BMI <18	tra -2 e -3 z-score SD	<input type="checkbox"/>																				
Normopeso	Da 5° a 85° percentile	BMI 18 ≤ x < 25	tra -1 e +1 z-score SD	<input type="checkbox"/>																				
Sovrappeso	> 85° percentile	BMI 25 ≤ x < 30	tra +1 e +2 z-score SD	<input type="checkbox"/>																				
Obesità non grave	>97° percentile	BMI 30 ≤ x ≤ 35	tra +2 e +3 z-score SD	<input type="checkbox"/>																				
Obesità	> 0,5	<input type="checkbox"/>																						
<p>● <u>Impedenziometria:</u></p> <p>✓ Reattanza (Xc): _____</p> <p>✓ Resistenza (Rz): _____</p> <p>✓ Angolo di fase (pA): _____</p> <p>✓ PAL: _____</p> <p>✓ Metabolism Basale: _____</p> <p>✓ Massa Grassa: _____ Kg _____ % _____</p> <p>✓ Massa Magra: _____ Kg _____ % _____</p> <p>✓ Acqua Corporea totale: _____ Lt _____ % _____</p> <p>✓ Acqua Corporea Intracellulare: _____ Lt _____ % _____</p> <p>✓ Acqua Corporea Extracellulare: _____ Lt _____ % _____</p>																								
<p>● <u>Picometria:</u></p> <p>✓ Plica tricipitale: _____</p>																								
<p>● <u>Diagnosi nutrizionale:</u></p>																								

	DOMINIO	CLASSE	
1	APPORTO	Bilancio energetico	
		Apporto di liquidi	
		Apporto di sostanze bioattive	
		Apporto di nutrienti	
2	CLINICA	Funzionale	
		Biochimico	
		Peso	
3	COMPORTAMENTALE/A MBIENTALE	Conoscenze e credenze	
		Attività fisica	
		Sicurezza e accesso alimentare	

• Counseling motivazionale:

Tappe della ruota del cambiamento:

- ✓ Precontemplazione
- ✓ Contemplazione
- ✓ Determinazione
- ✓ Azione
- ✓ Mantenimento
- ✓ Ricaduta
- ✓ Uscita permanente

Rif. Legislativi

Firma e Timbro

Il Medico Dott./Dott.ssa _____

La Dietista Dott.ssa _____

Tutte le informazioni fornite saranno trattate in forma anonima e riservata, nel rispetto della Legge sulla privacy (D.Lgs196/03) e saranno utilizzate per soli scopi di ricerca, nessun dato sarà fornito a terzi.

Firma e Timbro

La Dietista Dott.ssa _____

Modello B3



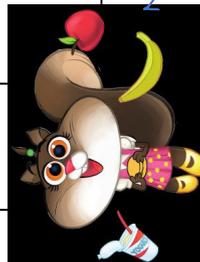
IL MIO DIARIO ALIMENTARE



IL MIO DIARIO ALIMENTARE

GIORNI _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI ☺ ☹ ☹ ☹ ☹	FAME o SAZIETA' ☺ ☹	GUSTO ☺ ☹ ☹ ☹



NOTE _____

IL MIO DIARIO ALIMENTARE

GIORNI _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI    	FAME O SAZIETA'  	GUSTO   

NOTE _____



IL MIO DIARIO ALIMENTARE

GIORNI _____

ORA	ALIMENTI O BEVANDE	QUANTITÀ	DOVE E CON CHI	EMOZIONI ☹️ 😐 😊 😄	FAME O SAZIETÀ 👤 🍴	GUSTO 😋 😊 😐 😖



NOTE _____

IL MIO DIARIO ALIMENTARE

GIORNI _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 😊 😐 😞 😡	FAME O SAZIETA' 👤 🍴	GUSTO 😊 😐 😞 😡



NOTE _____

IL MIO DIARIO ALIMENTARE

GIORNI _____

ORA	ALIMENTI O BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 😊 😐 😞 😡 😠 😡	FAME o SAZIETA' 🍴 🍴	GUSTO 😊 😐 😞 😡 😠 😡



NOTE _____

IL MIO DIARIO ALIMENTARE

COME SCRIVERE IL DIARIO



QUANTITÀ

ESEMPI 1 BICCHIERE, 1 TAZZA, UN PALMO DI MANO, UN PUGNO, UN PIATTO PIENO,...

DOVE E CON CHI

ESEMPI A CASA, A SCUOLA, AL FAST FOOD, AL BAR,...

ESEMPI CON GLI AMICI, CON IL MIO MIGLIORE AMICO/A, CON I MIEI GENITORI, CON I NONNI, CON TUTTA

LA FAMIGLIA,...

EMOZIONI

😊 SONO CONTENTO

😡 SONO ARABBIATO

😞 SONO TRISTE

😱 HO PAURA

👀 FAME E SAZIETA'

👄 HO FAME

👄 SONO SAZIO/A

GUSTO

😊 BUONO

😞 BUONINO/UN PO' BUONO E UN PO' CATTIVO

😞 CATTIVO



Modello B 4

IL MIO DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA
 AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE- S.I.A.N.

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

Mese:	Attività fisica (andare a scuola a piedi/bici, fare passeggiate, giocare...)		Sport (pallavolo, calcio, danza, basket, karate...)		Ore seduto (video giochi, smartphone, TV, computer ...)	Nessuna attività fisica
						
Data	Tipologia	minuti	Tipologia	minuti	Ore passate seduto	Segna con una crocetta X
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Modello B 4

COME COMPILARE IL DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA

1. Il diario dell'attività fisica deve essere compilato per ogni giorno, domenica compresa, indicando su in alto, nella prima colonna, il mese a cui fa riferimento.
2. Nella seconda e terza colonna indicare la durata ed il tipo di attività fisica svolta distinta in:
 - semplice attività fisica, come andare a piedi o in bici a scuola, fare una passeggiata, giocare, aiutare in casa...
 - -sport, indicando la tipologia di sport effettuato es. calcio, pallavolo, danza, basket, ginnastica artistica, arti marziali..
3. Nella quarta colonna indicare le ore passate seduto (davanti al computer, videogiochi, smartphone, TV...
4. Nella quinta colonna segnare con una crocetta se non si è svolta nessuna attività.

Modello B5

IL MIO DIARIO ALIMENTARE

IL MIO DIARIO ALIMENTARE



DATA _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI	FAME o SAZIETA'	GUSTO

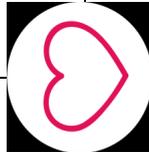




IL MIO DIARIO ALIMENTARE

DATA _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 	FAME O SAZIETA'	GUSTO

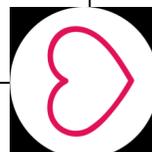


IL MIO DIARIO ALIMENTARE



DATA _____

ORA	ALIMENTO BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI	FAME o SAZIETA'	GUSTO



IL MIO DIARIO ALIMENTARE

COME SCRIVERE IL DIARIO

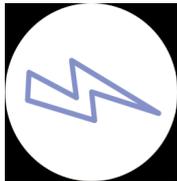
QUANTITÀ ES. 1 BICCHIERE, 1 TAZZA, UN PALMO DI MANO, UN PUGNO, UN PIATTO, ...
DOVE E CON CHI ES. A CASA, A SCUOLA, AL FAST FOOD, AL BAR, ... CON GLI AMICI, CON IL MIO MIGLIORE AMICO/A, CON I MIEI GENITORI, CON I NONNI, CON TUTTA LA FAMIGLIA, ...

EMOZIONI

-  SONO NERVOSO
-  SONO CONTENTO
-  SONO ARABBIATO
-  SONO TRISTE
-  HO PAURA
-  HO L'ANSIA
-  FAME E SAZIETA'
-  HO FAME
-  SONO SAZIO/A

GUSTO

-  BUONO
-  DISCRETAMENTE BUONO/UN PO' BUONO E UN PO' CATTIVO
-  CATTIVO



Modello B 6

IL MIO DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA
 AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE- S.I.A.N.

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

Mese:	Attività fisica (andare a scuola a piedi/bici, fare passeggiate, giocare...)		Sport (pallavolo, calcio, danza, basket, karate...)		Ore seduto (video giochi, smartphone, TV, computer ...)	Nessuna attività fisica
						
Data	Tipologia	minuti	Tipologia	minuti	Ore passate seduto	Segna con una crocetta X
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

Modello B 6

COME COMPILARE IL DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA

1. Il diario dell'attività fisica deve essere compilato per ogni giorno, domenica compresa, indicando su in alto, nella prima colonna, il mese a cui fa riferimento.
2. Nella seconda e terza colonna indicare la durata ed il tipo di attività fisica svolta distinta in:
 - semplice attività fisica, come andare a piedi o in bici a scuola, fare una passeggiata, giocare, aiutare in casa...
 - -sport, indicando la tipologia di sport effettuato es. calcio, pallavolo, danza, basket, ginnastica artistica, arti marziali..
3. Nella quarta colonna indicare le ore passate seduto (davanti al computer, videogiochi, smartphone, TV...
4. Nella quinta colonna segnare con una crocetta se non si è svolta nessuna attività.



Modello B7

AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA

CARTELLA ADULTI

n. _____

Data _____

AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA: CARTELLA BAMBINI/ADOLESCENTI	
SCHEDA ANAGRAFICA	
COGNOME:	
NOME:	
LUOGO E DATA DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
CITTA':	
RESIDENZA: Via/Viale/Piazza	
RECAPITO TELEFONICO:	
INDIRIZZO MAIL:	
PROFESSIONE:	
MEDICO DI MED.GENERALE: Dott./Dc	
INVIATO DA:	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> ALTRO SPECIALISTA <input type="checkbox"/> CONOSCENTE <input type="checkbox"/> ALTRO.....

<u>ANAMNESI MEDICA</u>			
• Anamnesi Fisiologica:			
✓ Parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo	<input type="checkbox"/> Distocico	<input type="checkbox"/> Cesareo
✓ Nascita	<input type="checkbox"/> Termine	<input type="checkbox"/> Pretermine	
✓ Peso alla Nascita	Kg _____		
✓ Allattamento	<input type="checkbox"/> Materno	<input type="checkbox"/> Artificiale	
	<input type="checkbox"/> ≤ 6 mesi	<input type="checkbox"/> > 6 mesi	
✓ Gravidanze	<input type="checkbox"/> nullipara	<input type="checkbox"/> n. _____	
	<input type="checkbox"/> fisiologica	<input type="checkbox"/> non fisiologica _____	
✓ Diuresi	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Irregolare	
✓ Alvo	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Irregolare	
• Anamnesi Familiare:			
✓ Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Ictus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Diabete Mellito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Insulino resistenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Dislipidemie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Obesità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Steatosi epatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
✓ Altro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
• Anamnesi Patologica Remota:			
✓ Interventi chirurgici (es. tonsillectomia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
✓ Ricoveri precedenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
✓ Altro			
• Anamnesi Patologica Prossima e Anamnesi Farmacologica:			

• <u>Esami Strumentali:</u>		
✓ ECO Addominale	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
✓ Emocromo		
✓ Proteine		
✓ Glicemia		
✓ HbA1c		
✓ Trigliceridi		
✓ Colesterolo totale		
✓ LDL		
✓ HDL		
✓ Transaminasi		
• <u>Esame Obiettivo:</u>		
✓ Frequenza Cardia: _____ bat./min		
✓ Pressione Arterio: _____ mmHg		
• <u>E' seguito da altri professionisti? (es. psicologo)</u>		
Riferimenti legislativi		
Firma e Timbro		
Medico Dott./Dott.ss _____		

ANAMNESI NUTRIZIONALE		
● <u>Storia alimentare e dietetica:</u>		
✓ Chi si occupa della preparazione dei pasti in casa?		
✓ Chi si occupa della spesa?		
✓ Cibi preferiti		
✓ Cibi evitati		
● <u>Anamnesi Alimentare:</u>		
✓ Colazione:		
✓ Merenda:		
✓ Pranzo:		
1° Piatto:		
2° Piatto:		
Contorno:		
Pane:		
Frutta:		
✓ Spuntino metà pomeriggio:		
✓ Cena:		
1° Piatto:		
2° Piatto:		
Contorno:		
Pane:		
Frutta:		
● <u>Abitudini e Stile di vita:</u>		
✓ Pranzo fuori casa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
✓ Consumo di altri pasti fuori casa:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

	mai	meno di una volta a settimana	qualche giorno (1-3 giorni)	quasi tutti i giorni (4-6 giorni)	una volta al giorno	una volta al giorno tutti i giorni	più volte al giorno tutti i giorni	
✓ Consumo snack salati (pizza, patatine ecc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Consumo snack dolci (merendine, biscotti, caramelle ecc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Consumo bevande gassate (cola, tè, aranciata ecc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> light	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
✓ Consumo alcolici e superalcolici:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Consumo frutta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Consumo verdura:								
✓ Consumo legumi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Consumo pesce:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Attività Fisica (attività sportiva strutturata (calcio, ballo, nuoto, ecc.) per almeno mezz'ora al giorno?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
✓ Quanto tempo in media trascorre al computer/tablet/altri device/ cellulare:								
Ore e minuti in un normale giorno lavorativo/infrasettimanale?								
Ore e minuti nel fine settimana?								
Non usa questi dispositivi elettronici <input type="checkbox"/>								
● Valutazione Antropometrica:								
✓ Peso:				Kg	_____			
✓ Altezza:				Cm	_____			
✓ BMI:				Kg/m ²	_____			

Sottopeso	< 18,5 kg/m ²	<input type="checkbox"/>						
Normopeso	Da 18,5 a 24,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/>						
Sovrappeso	> 25 kg/m ²	<input type="checkbox"/>						

Obesità non grave	> 30 kg/m ²	<input type="checkbox"/>
-------------------	------------------------	--------------------------

✓ Circonferenza Addominale:

Cm _____

Obesità viscerale donna	> 88 cm	<input type="checkbox"/>
Obesità viscerale uomo	> 102 cm	<input type="checkbox"/>

✓ Circonferenza Vita:

Cm _____

✓ Circonferenza Fianchi:

Cm _____

✓ Rapporto Vita/Fianchi:

obesità ginoide	< 0,79	<input type="checkbox"/>
obesità androide	> 0,85	<input type="checkbox"/>

✓ Circonferenza collo:

Cm _____

donna	< 41 cm	<input type="checkbox"/>
uomo	< 43 cm	<input type="checkbox"/>

● Impedenziometria:

✓ Resistenza (Rz):

✓ Reattanza (Xc):

✓ Angolo di fase (phA):

✓ PAL:

✓ Metabolism Basale:

✓ Massa Grassa:

Kg _____ % _____

✓ Massa Magra:

Kg _____ % _____

✓ Acqua Corporea totale:

Lt _____ % _____

✓ Acqua Corporea Intracellulare:

Lt _____ % _____

✓ Acqua Corporea Extracellulare:

Lt _____ % _____

● Picometria:

✓ Plica tricipitale:

● Esame obiettivo nutrizionale:

● Storia del paziente:

✓ Allergie o intolleranze alimentari:

SI, quali

NO

✓ Composizione del nucleo familiare:

✓ Altro: _____

● Diagnosi nutrizionale:

	DOMINIO	CLASSE	
1	APPORTO	Bilancio energetico	
		Apporto di liquidi	
		Apporto di sostanze bioattive	
		Apporto di nutrienti	
2	CLINICA	Funzionale	
		Biochimic	
		Peso	
3	COMPORTA MENTALE/A MBIENTALE	Conoscenze e credenze	
		Attività fisica	
		Sicurezza e accesso alimentare	

PES: PROBLEMA NUTRIZIONALE correlato a EZIOLOGIA evidenziato da SEGNI E SINTOMI

1. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

2. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

3. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

4. _____ correlato a _____ evidenziato da _____

|

● Intervento nutrizionale:

✓ Programma nutrizionale:

	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
✓ Educazione nutrizionale:	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
✓ Counseling nutrizionale:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>● <u>Counseling motivazionale:</u></p> <p>Tappe della ruota del cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precontemplazione ✓ Contemplazione ✓ Determinazione ✓ Azione ✓ Mantenimento ✓ Ricaduta ✓ Uscita permanente 	
Riferimenti legislativi	
<p>Firma e Timbro</p> <p>La Dietista Dott.ssa _____</p>	

FOLLOW-UP DATA _____																																						
<p>● <u>Esami Strumentali:</u></p> <p>✓ ECO Addominale <input type="checkbox"/> SI..... <input type="checkbox"/> NO</p> <p>✓ Emocromo</p> <p>✓ Proteine</p> <p>✓ Glicemia</p> <p>✓ Trigliceridi</p> <p>✓ HbA1c</p> <p>✓ Colesterolo totale</p> <p>✓ LDL</p> <p>✓ HDL</p> <p>✓ Transaminasi</p>																																						
<p>● <u>Esame obiettivo:</u></p> <p>✓ Frequenza Cardiac: _____ bat./min</p> <p>✓ Pressione Arterios: _____ mmHg</p>																																						
<p>● <u>Valutazione Antropometrica:</u></p> <p>✓ Peso: _____ Kg</p> <p>✓ Altezza: _____ Cm</p> <p>✓ BMI: _____ Kg/m²</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">Sottopeso</td> <td style="width: 40%;">$< 18,5 \text{ kg/m}^2$</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Normopeso</td> <td>Da 18,5 a 24,9 kg/m²</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sovrappeso</td> <td>$> 25 \text{ kg/m}^2$</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obesità non grave</td> <td>$> 30 \text{ kg/m}^2$</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <p>✓ Circonferenza Addominale: _____ Cm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;">Obesità viscerale donna</td> <td style="width: 20%;">$> 88 \text{ cm}$</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obesità viscerale uomo</td> <td>$> 102 \text{ cm}$</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>✓ Circonferenza Vita: _____ Cm</p> <p>✓ Circonferenza Fianchi: _____ Cm</p> <p>✓ Rapporto Vita/Fianchi: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>obesità ginoide</td> <td>$< 0,79$</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>obesità androide</td> <td>$> 0,85$</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>✓ Circonferenza collo: _____ Cm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 60%;">donna</td> <td style="width: 20%;">$< 41 \text{ cm}$</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>uomo</td> <td>$< 43 \text{ cm}$</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sottopeso	$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>		Normopeso	Da 18,5 a 24,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/>		Sovrappeso	$> 25 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>		Obesità non grave	$> 30 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>		Obesità viscerale donna	$> 88 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>	Obesità viscerale uomo	$> 102 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>				obesità ginoide	$< 0,79$	<input type="checkbox"/>	obesità androide	$> 0,85$	<input type="checkbox"/>	donna	$< 41 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>	uomo	$< 43 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>
Sottopeso	$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>																																				
Normopeso	Da 18,5 a 24,9 kg/m ²	<input type="checkbox"/>																																				
Sovrappeso	$> 25 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>																																				
Obesità non grave	$> 30 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>																																				
Obesità viscerale donna	$> 88 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>																																				
Obesità viscerale uomo	$> 102 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>																																				
obesità ginoide	$< 0,79$	<input type="checkbox"/>																																				
obesità androide	$> 0,85$	<input type="checkbox"/>																																				
donna	$< 41 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>																																				
uomo	$< 43 \text{ cm}$	<input type="checkbox"/>																																				
<p>● <u>Impedenziometria:</u></p> <p>✓ Resistenza (Rz): _____</p> <p>✓ Reattanza (Xc): _____</p> <p>✓ Angolo di fase (phA): _____</p> <p>✓ PAL: _____</p> <p>✓ Metabolism Basale: _____</p> <p>✓ Massa Grassa: _____ Kg _____ %</p>																																						

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Massa Magra: ✓ Acqua Corporea totale: ✓ Acqua Corporea Intracellulare: ✓ Acqua Corporea Extracellulare: 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Kg _____</td> <td style="border: none;">% _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Lt _____</td> <td style="border: none;">% _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Lt _____</td> <td style="border: none;">% _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Lt _____</td> <td style="border: none;">% _____</td> </tr> </table>	Kg _____	% _____	Lt _____	% _____	Lt _____	% _____	Lt _____	% _____																						
Kg _____	% _____																														
Lt _____	% _____																														
Lt _____	% _____																														
Lt _____	% _____																														
<p>• <u>Picometria:</u></p> <p>✓ Plica tricpitale: _____</p>																															
<p>• <u>Diagnosi nutrizionale:</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 20%;">DOMINIO</th> <th style="width: 65%;">CLASSE</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">1</td> <td rowspan="4">APPORTO</td> <td>Bilancio energetico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apporto di liquidi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apporto di sostanze bioattive</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Apporto di nutrienti</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2</td> <td rowspan="3">CLINICA</td> <td>Funzionale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biochimico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Peso</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">3</td> <td rowspan="3">COMPORTAMENTALE/ AMBIENTALE</td> <td>Conoscenze e credenze</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Attività fisica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sicurezza e accesso alimentare</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DOMINIO	CLASSE		1	APPORTO	Bilancio energetico		Apporto di liquidi		Apporto di sostanze bioattive		Apporto di nutrienti		2	CLINICA	Funzionale		Biochimico		Peso		3	COMPORTAMENTALE/ AMBIENTALE	Conoscenze e credenze		Attività fisica		Sicurezza e accesso alimentare	
	DOMINIO	CLASSE																													
1	APPORTO	Bilancio energetico																													
		Apporto di liquidi																													
		Apporto di sostanze bioattive																													
		Apporto di nutrienti																													
2	CLINICA	Funzionale																													
		Biochimico																													
		Peso																													
3	COMPORTAMENTALE/ AMBIENTALE	Conoscenze e credenze																													
		Attività fisica																													
		Sicurezza e accesso alimentare																													
<p>• <u>Counseling motivazionale:</u></p> <p>Tappe della ruota del cambiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precontemplazione ✓ Contemplazione ✓ Determinazione ✓ Azione ✓ Mantenimento ✓ Ricaduta ✓ Uscita permanente 																															
<p>Firma e Timbro</p> <p>Il Medico Dott./Dott.ssa _____</p> <p>La Dietista Dott.ssa _____</p>																															

Tutte le informazioni fornite saranno trattate in forma anonima e riservata, nel rispetto della Legge sulla privacy (D.Lgs196/03) e saranno utilizzate per soli scopi di ricerca, nessun dato sarà fornito a terzi.

Firma e Timbro

La Dietista Dott.ssa

Modello B 8

DIARIO ALIMENTARE

The image displays a set of icons for a food diary, arranged around the central text "DIARIO ALIMENTARE". The icons are as follows:

- Top left: A blue lightning bolt icon inside a white circle on a black background.
- Top middle: A teal clipboard icon inside a white circle on a black background.
- Top right: An orange person icon inside a white circle on a black background.
- Middle left: A pink heart icon inside a white circle on a black background.
- Middle right: An orange fork and knife icon.
- Bottom left: A blue glass icon.
- Bottom middle: A teal smartphone icon inside a white circle on a black background.
- Bottom right: A green person running icon inside a white circle on a black background.



DIARIO ALIMENTARE

DATA _____

ORA	ALIMENTI o BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 	FAME o SAZIETA' 	GUSTO

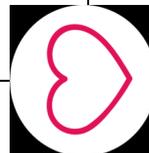




DIARIO ALIMENTARE

DATA _____

ORA	ALIMENTI o BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI	FAME o SAZIETA'	GUSTO





DIARIO ALIMENTARE



DATA

ORA	ALIMENTI O BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 	FAME o SAZIETA' 	GUSTO





DIARIO ALIMENTARE

DATA _____

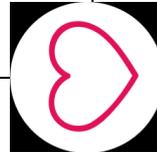
ORA	ALIMENTI o BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI 	FAME o SAZIETA' 	GUSTO

DIARIO ALIMENTARE



DATA _____

ORA	ALIMENTI O BEVANDE	QUANTITA'	DOVE E CON CHI	EMOZIONI	FAME O SAZIETA'	GUSTO



DIARIO ALIMENTARE

COME COMPILARE IL DIARIO

QUANTITÀ ES. I BICCHIERE, I TAZZA, UN PALMO DI MANO, UN PUGNO, UN PIATTO, ...
DOVE E CON CHI ES. A CASA, AL RISTORANTE, AL FAST FOOD, AL BAR, ... CON GLI AMICI, CON IL MARITO/MOGLIE, CON I FIGLI, CON I GENITORI, CON TUTTA LA FAMIGLIA, ...

EMOZIONI

-  SONO NERVOSO
-  SONO CONTENTO
-  SONO ARABBIATO
-  SONO TRISTE
-  HO PAURA
-  HO L'ANSIA

FAME E SAZIETA'

-  HO FAME
-  SONO SAZIO/A

GUSTO

-  BUONO
-  DISCRETAMENTE BUONO/UN PO' BUONO E UN PO' CATTIVO
-  CATTIVO



Modello B 9

IL MIO DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA

AMBULATORIO DI DIETETICA PREVENTIVA- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE- S.I.A.N.

NOME: _____ COGNOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

Mese:	Attività fisica (andare a lavoro a piedi/bici, fare passeggiate...)		Sport (pallavolo, calcio, tennis, basket, karate...)		Ore seduto (video giochi, smartphon, TV, computer, altro...)	Nessuna attività fisica
	Data	Tipologia	minuti	Tipologia	minuti	Ore passate seduto
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
27.						
28.						
29.						
30.						
31.						

COME COMPILARE IL DIARIO DELL'ATTIVITA' FISICA

1. Il diario dell'attività fisica deve essere compilato per ogni giorno, domenica compresa, indicando su in alto, nella prima colonna, il mese a cui fa riferimento.
2. Nella seconda e terza colonna indicare la durata ed il tipo di attività fisica svolta distinta in:
 - semplice attività fisica, come andare a piedi o in bici a lavoro, fare una passeggiata, fare giardinaggio, aiutare in casa...
 - -sport, indicando la tipologia di sport effettuato es. calcio, pallavolo, tennis, basket, arti marziali, altro...
2. Nella quarta colonna indicare le ore passate seduto (davanti al computer, videogiochi, smartphone, TV, altro...
3. Nella quinta colonna segnare con una crocetta se non si è svolta nessuna attività.