



**Associazione di promozione sociale**  
iscritta al Registro della Liguria  
Terzo Settore—parte A, codice ASS-GE-033-2014  
C.F.: 95164030108

**Sede:** via Castagnola 9/2  
16043 Chiavari (GE)

**telefono:** 366 8608719  
**sito web:** [www.ifili.it](http://www.ifili.it)  
**e-mail:** [info@ifili.it](mailto:info@ifili.it)

# INTRECCIAMO CULTURA E SALUTE

Francesco Brunetti

2° incontro

Venerdì 2 dicembre 2016

# HA SENSO CERCARE DI CAMBIARE STILE DI VITA ?

la risposta è **SI**

Uno stile di vita errato non porta salute, anzi:

- favorisce le malattie croniche invalidanti
- fa aumentare la spesa sanitaria all'interno di una crisi economica di cui non si intravede la fine e nella quale le risorse destinate alla ricerca si concentrano sulle emergenze e sulle malattie gravi e/o orfane

**Cambiare stile di vita è OGGI la medicina più efficace e meno costosa e possiamo gestirla in prima persona**

## SE CAMBIARE STILE DI VITA E' COSI' EFFICACE CHE COSA CI IMPEDISCE DI FARLO?

- In molti casi siamo costretti ad uno stile di vita non salutare (impegni, organizzazione del lavoro, mense inadeguate, fast food, vita sociale, induzione al consumismo, qualità/prezzo degli alimenti)
- Una nuova povertà sta interessando i ceti medio-bassi (obbligando a risparmiare su cibo, confort, cure)

Regole MANGIARE BENE PER EVITARE GUAI

A causa della crisi economica molte persone, soprattutto anziani, sono costretti a rinunciare all'acquisto di carne e pesce. Questo, però, non fa bene al loro organismo: una corretta alimentazione deve contenere anche la proteine. Il rischio è quello di diventare soggetti a frequenti cadute o influenze.



TEMPO DI CRISI Lo rivela uno studio della società dei medici della mutua

# Ora gli anziani risparmiano su carne e pesce

Tanti over 75 del Tigullio sono malnutriti: uno su tre è a rischio per la sua salute

Una crisi che logora, che costringe a dolorose rinunce. Non solo il divertimento, la vacanza, la serata al ristorante. In tanti, soprattutto anziani, sono obbligati a tagliare anche sugli alimenti. Si va alla ricerca dello sconto, dell'offerta, del cibo che, in generale, costa di meno. E così, molti di loro, decidono di tornare all'antico, a quelle cose frugali dove in tavola c'è una malinconica tazza riempita di latte caldo, magari accompagnata da un tozzo di pane su cui poter spalmare una noce di burro.

Nella "black list" alimentare dei pensionati i primi piatti a scomparire sono quelli a base di carne e pesce, certamente più costosi di un piatto di riso in bianco o di una minestrina.

Si imbocca questa strada per necessità, ma non si sa che il percorso rischia di diventare ancora più tortuoso.

Perché una "dieta" di questo tipo, povera di proteine (contenute soprattutto in carne e pesce), porta l'anziano a salvare qualche euro nel portafoglio, ma a diventare un soggetto fragile, malnutrito proteicamente. Queste molecole sono fondamentali per l'organismo: rappresentano l'impalcatura di ogni essere umano, il sostegno di muscoli e ossa. Il problema coinvolge molti over 75 del Tigullio e dell'entroterra in generale. Lo studio di una decina di medici generali del territorio, che verrà presentato sabato mattina nei locali della So-

cietà Economica, rivela che un terzo di loro è a rischio "malnutrizione proteica", mentre il 6,6 per cento, purtroppo, rientra già in questa categoria. «Nella nostra Aas, la più vecchia d'Europa, gli over 75 sono 22mila», afferma Francesco Brunetti, medico di famiglia chiavarese che ha partecipato al progetto. «Abbiamo deciso di analizzare questo fenomeno perché una alimentazione non corretta comporta molte problematiche. L'anziano fragile, infatti, corre il rischio di cadere più facilmente, e questo può voler

dire, per esempio, rompersi il femore. Ma non solo: ci si ammala con più frequenza perché le difese immunitarie diventano più deboli. Alla fine si soffre dal punto di vista fisico e anche economicamente per metterci una pezza». Come un gatto che si morde la coda il benessere del momento può rivelarsi un boomerang pericoloso. Tra le cause, è bene dirlo, non c'è solo la crisi. «L'impoverimento della popolazione è certamente un fattore», afferma Brunetti, «ma in alcuni casi un'erata alimentazione può dipendere dai problemi di masticazione e deglutizione. Altri invece prendono molte medicine e quindi hanno lo stomaco che non tollera certi cibi. C'è anche chi non ha nessuno che gli può preparare da mangiare e quindi si arrangia come può». Lo studio ha escluso i soggetti che sono ricoverati in

ospedale o in altre strutture, come le case di riposo, ma anche quelli affetti da neoplasie attive, demenza grave e insufficienza renale. Deprimendo questi casi si è arrivati al numero indicato da Brunetti: «Abbiamo eseguito un test, validato scientificamente, che ci ha dimostrato come uno su tre sia a rischio: ciò significa che nell'intera Aas siamo attorno alle 1.500 persone». Agli anziani non malnutriti proteicamente, i medici hanno consegnato una brochure con tutti i consigli per evitare, in futuro, di rientrare in questa categoria. Ai pazienti fragili, invece, l'Aas chiavarese ha fornito una dieta ad hoc. E dopo due mesi lo studio è durato un anno ed è terminato l'ottobre scorso - gli esami clinici hanno dato esiti positivi, con i parametri tornati nuovamente ad un livello accettabile.



[d.ronc.]

Alcuni sottoposti ad un test

Il 6,6% rientra nella categoria

RAPPORTO Lo afferma l'Osservatorio della Fondazione banco farmaceutico. Tanti preferiscono i farmaci, più economici di altre terapie

## Molti "tagliano" anche le medicine

Le famiglie meno abbienti spendono un quinto di quelle benestanti

Oltre a tutti gli altri sacrifici che devono sostenere, le famiglie povere sono costrette a fare tagli pesanti anche sulla salute. Con il risultato che la spesa sanitaria è un quinto rispetto a quella delle altre famiglie ed è "spostata" sui farmaci, rimedi spesso più economici rispetto ad altre terapie. È questa la fotografia scattata dal rapporto dell'Osservatorio sulla donazione farmaci della Fondazione banco farmaceutico, che sottolinea, come meno di metà del fabbisogno di chi è in difficoltà viene coperto dalle donazioni.

Nelle famiglie povere -

spiega il rapporto - si spendono in media 16,34 euro al mese per la sanità, pari a circa il 2% dell'intero budget familiare; un valore molto più basso (l'80% in meno) rispetto ai 92,45 euro spesi in media dalle famiglie italiane (pari al 3,7% del loro budget).

All'interno di questa spesa - 12,50 euro sui 16 complessivi sono dedicati all'acquisto di farmaci. Si tratta di un'incidenza decisamente superiore rispetto alla media delle famiglie italiane,

che spendono invece 44 euro al mese in farmaci. Di pari passo con l'incremento delle famiglie povere, ormai riguarda il 6,8% della popolazione italiana, aumento anche le richieste di farmaci: secondo monsignor Francesco Sodu, direttore della Caritas Italiana, sono cresciute negli ultimi tre anni del 57 per cento. «Il trend di forte espansione della povertà ha aumentato la forbice tra bisogno e capacità di risposta attraverso le

donazioni - sottolinea il documento - Se nel 2007 la Giornata di Raccolta del Farmaco riusciva a coprire quasi il 35% delle richieste, nel 2013 la copertura del bisogno è scesa al 43,2%». Nel 2013 i vari enti collegati al Banco hanno aiutato quasi 680mila persone, di cui il 51% sono donne. Negli ultimi due anni la presenza di italiani è arrivata al 57%, e cresce in maniera preoccupante anche il tasso di minorati, ormai un terzo degli assistiti. Il bisogno maggiore riguarda i farmaci da banco, la cui spesa è interamente a carico del cittadino.



I dati più recenti confermano questo trend negativo:

- Molti anziani consumano due soli pasti al giorno spesso «poveri» dal punto di vista nutrizionale ( pasta e pane, prodotti manipolati e di bassa qualità perché a prezzo accessibile)
- A questo si sovrappongono mode discutibili enfatizzate dai media e comportamenti inimmaginabili fino a qualche anno fa che si sommano a:
- Pregiudizi
- Immaginario inconscio stimolato dalle immagini televisive
- Proliferare di operatori della salute, in campo nutrizionale, poco preparati e/o senza scrupoli

# DOBBIAMO RASSEGNArcI?

# NO

Proviamo a cambiare usando il buon senso e seguendo alcune semplici regole :

- **Combattere la sedentarietà**
- **Educare ad una alimentazione più razionale e salutare**



57979 di 9974:

UNA NUOVA MEDICINA!

convegno

SABATO  
09 LUGLIO  
2016  
(08.30 - 13.00)

AUDITORIUM  
Ospedale di Rapallo (GE)

#### DESTINATARI

- 50 Medici (MMG e Specialisti in:  
Medicina dello Sport, Geriatria,  
Nutrizione, Ortopedia, Fisioterapia,  
Reumatologia, Diabetologia,  
Neurologia e Cardiologia)
- 15 Infermieri (S.S. RSA e ADI)
- 10 Fisioterapisti
- 05 Dietisti
- 10 Assistenti Sociali

## PROGRAMMA

08.30	Procedure di iscrizione	Roberto Zunino Paolo Cavagnaro
08.40	Presentazione del Convegno	
09.00	L'attività fisica: prevenzione e cura	Giorgio Piastra
09.30	L'alimentazione corretta oltre le mode (l'adulto e l'anziano a confronto)	Fabrizio Gallo
10.00	<b>Tavola rotonda</b> - Moderatore: Francesco Brunetti	
	Dalla teoria alla pratica: esigenze del MMG e proposte operative (illustrazione delle esperienze in ASL4 e distribuzione di materiale per i MMG, da usare nella pratica clinica)	Massimiliano Atzei Giorgio Piastra Fabrizio Gallo
11.00	Coffee break	

#### Spunti per una rinnovata medicina sul territorio

11.20	MMG di fronte al paziente vegetariano/vegano e ... altro ancora	Elisabetta Peri Francesco Brunetti
11.40	Misurare l'equilibrio: videodimostrazione pratica	Matteo Ronchi Debona Porzio
12.00	Attività fisica adattata: a chi e come	Giacomo Vaccaro Lando Ganzarolli
12.20	Verso una nuova medicina sul territorio: "Progetto - I giovani educano i giovani -" e "Nuove tecnologie al servizio della medicina generale"	Sandro Sanna Romina Casaretto
13.00	Questionario ECM	





9 luglio 2016

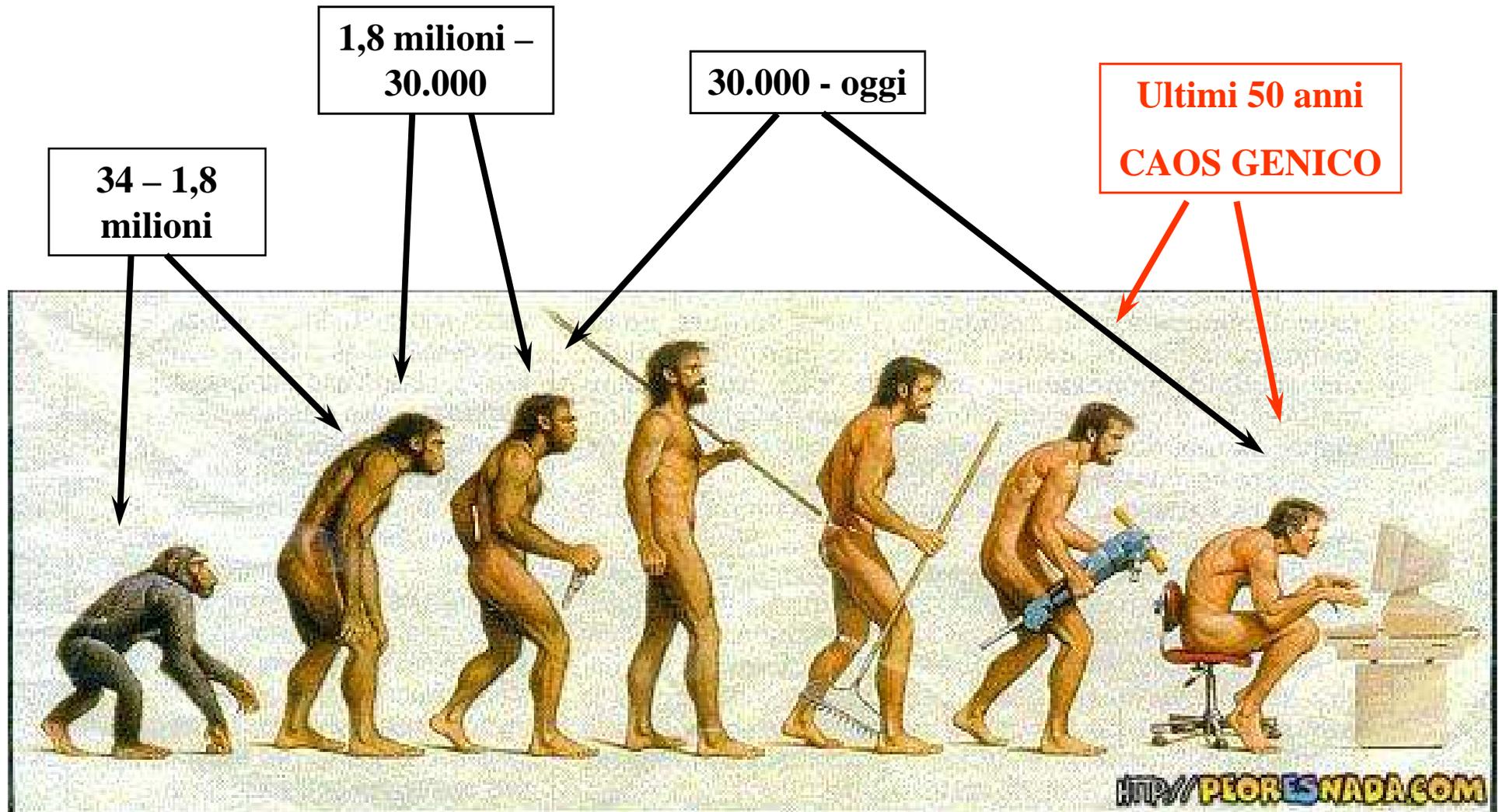


## *Stili di vita una nuova medicina*

# **L'attività fisica: prevenzione e cura**

Giorgio Piastra  
Medico dello Sport  
gpiastra@asl4.liguria.it

# L'uomo è "programmato" per muoversi





## Indice

1. Riassunto	7
2. Introduzione	9
<b>3. Attività fisica e sedentarietà: due concetti diversi</b>	<b>12</b>
5. I danni alla salute della sedentarietà	20
6. Epidemiologia dell'attività fisica/sedentarietà	22
7. La metodologia di costruzione di una linea-guida di sanità pubblica per la promozione dell'attività fisica	28
7.1 Il <i>logical framework</i>	29
7.2 La costruzione dei quesiti	30
8. Revisione sistematica della letteratura sull'efficacia degli interventi per la promozione dell'attività fisica	37
9. Il processo di adattamento delle raccomandazioni reperite attraverso la metodologia ADAPTE	43

### 3. Attività fisica e sedentarietà: due concetti diversi

12

Sistema nazionale per le linee guida



Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica

**Il nostro essere fisicamente attivi è determinato dall'AF svolta nella vita di tutti i giorni (non strutturata nè sportiva)**

**Il miglioramento di salute più efficace si ottiene quando aumenta il livello generale di AF svolta nella quotidianità**



# Attività Fisica: quale prevenzione?

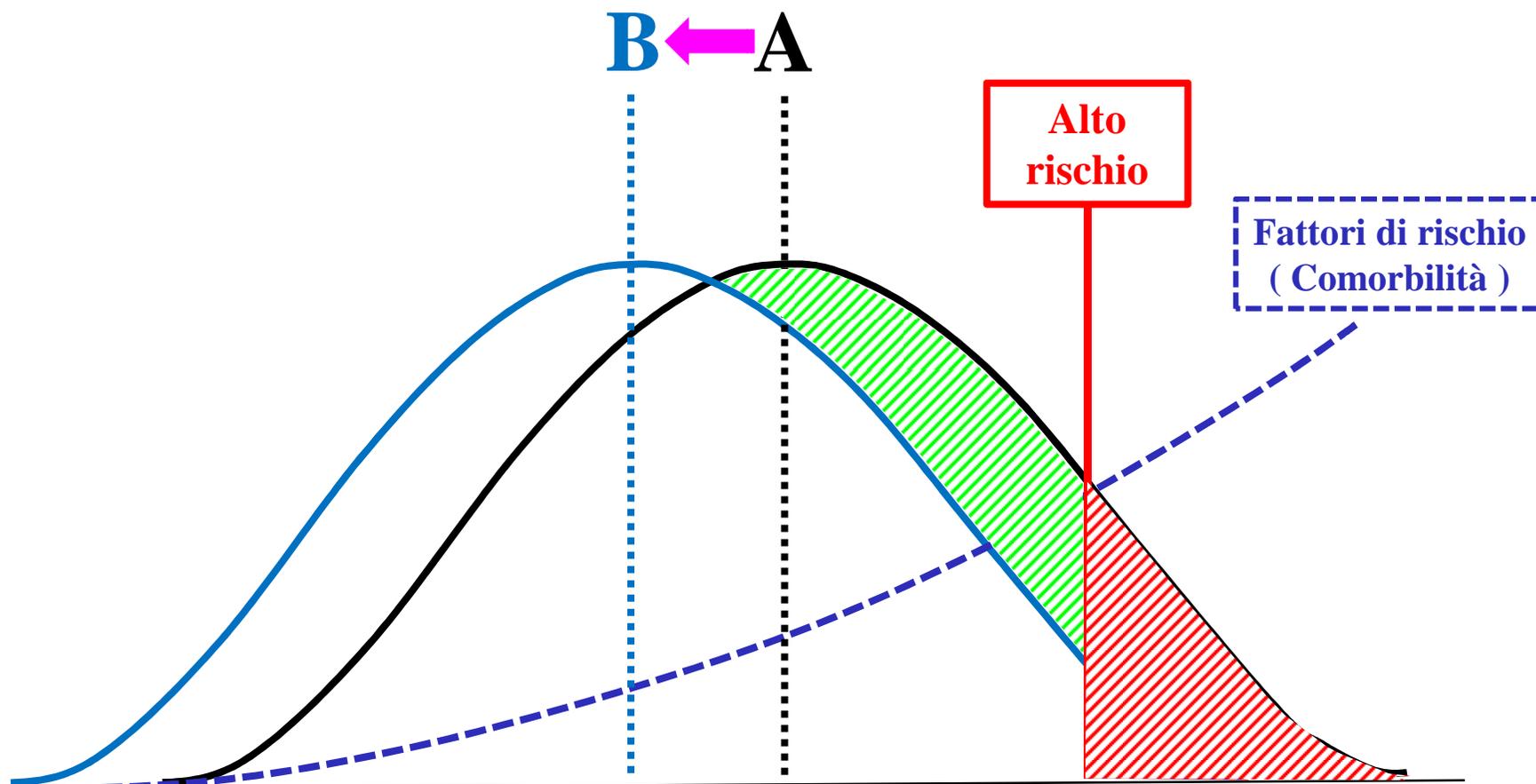
## TRE livelli di prevenzione:

- **Primaria** → evitare insorgenza della malattia.  
(es: vaccinazione, cinture di sicurezza, cuffie antirumore, cibo sano, attività fisica)
- **Secondaria** → diagnosi precoce (es: pap test, mammografia, ricerca sangue occulto)
- **Terziaria** → favorire il miglioramento di una malattia (es: cibo appropriato per diabetico, Attività Fisica Adattata)

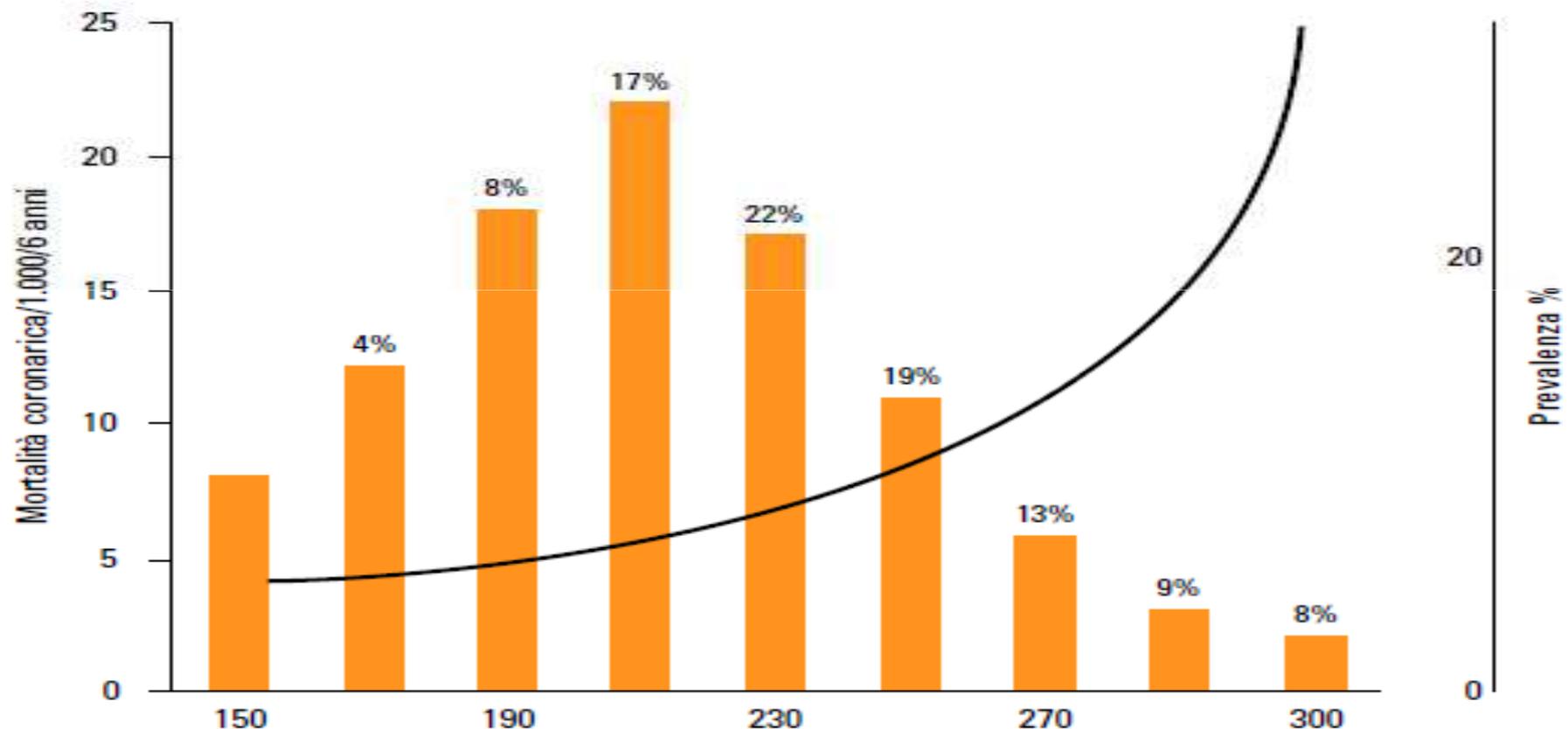
# L'Attività Fisica nella prevenzione

1. **Prevenzione Primaria** → contro «l'epidemia sedentarietà» → campagna di «vaccinazione» con Attività Fisica
2. **Prevenzione Terziaria** → usare l'Attività Fisica come un **farmaco** «adattato» a combattere la patologia da cui una persona è affetta

# Strategia individuale e di popolazione (Rose 1992)



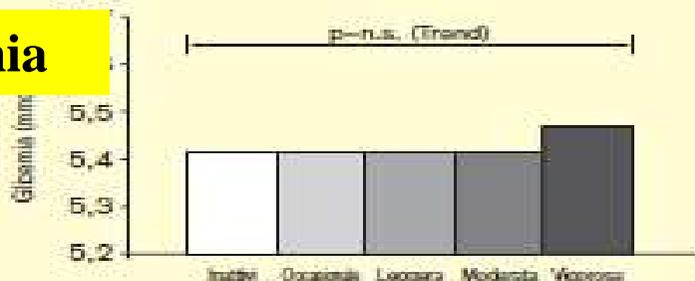
# Rischio di morte per malattia coronarica per livelli di colesterolo



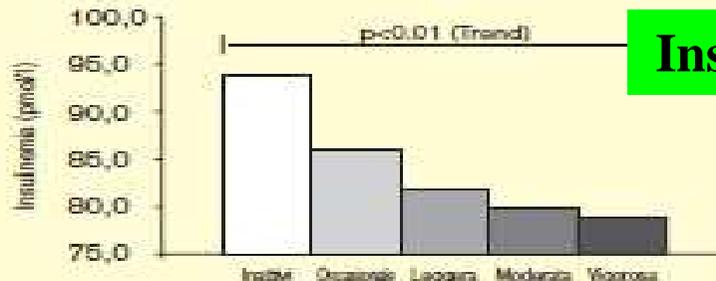
**Figura 3.** Rischio di morte per malattia coronarica in relazione ai diversi livelli di colesterolemia in popolazione. Il dato si riferisce a una popolazione di uomini americani partecipanti al WHITEHALL study<sup>50</sup>

# Influenza AF su metabolismo glicidico e lipidico in soggetti sani

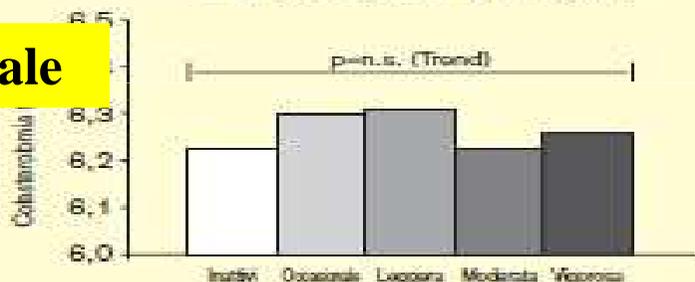
## Glicemia



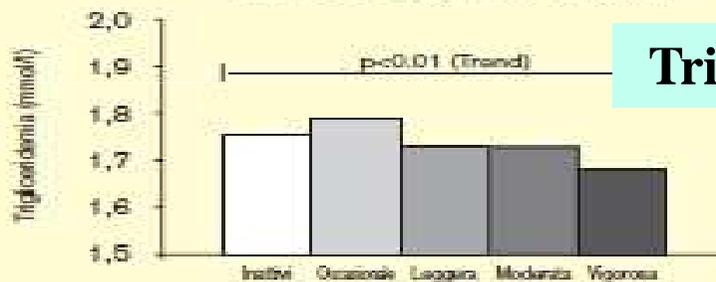
## Insulinemia



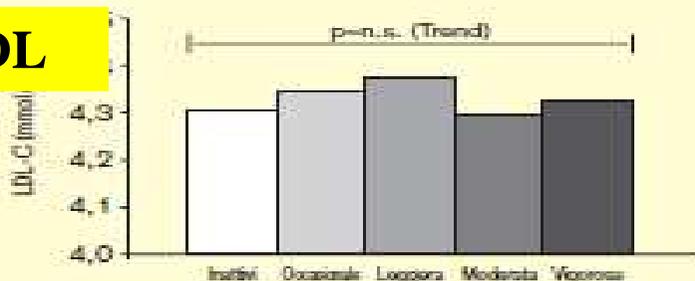
## Col Totale



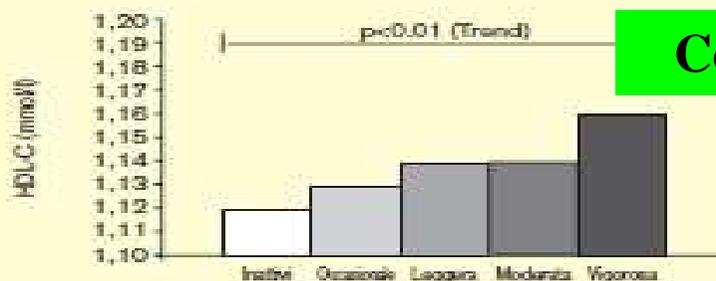
## Triglicerid.



## Col LDL



## Col HDL



Wannamethee SG et al, Arch Int Med 2000

***“We have effective means to  
reduce these risks (of ill-health).  
The critical question is: How do  
we implement these measures on  
a wide scale and ensure better  
health outcomes?”***

*Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General  
55th World Health Assembly, Geneva*



World Health Organization



Mega Country Health Promotion Network Meeting on  
Diet, Physical Activity and Tobacco, 11 - 13 December 02



**SIMG**  
SOCIETÀ ITALIANA DI  
MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE



# Prove di efficacia per combattere la sedentarietà e incrementare l'AF quotidiana

(C.D.C.- Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta)

1. Valutazione: abstracts di 6.238 articoli
2. Revisione: 94 studi idonei
3. Definite raccomandazioni:
  - Fortemente raccomandate
  - Raccomandate
  - Evidenza insufficiente

# Fortemente raccomandato

# Raccomandato

# Evidenza insufficiente

Approccio	Intervento
Informativo	Campagne informative su larga scala, frequente intensità e fortemente visibili (TV, radio, giornali (articoli e pubblicità) e pubblicità nei teatri <b>supportate</b> da interventi di gruppi di sostegno, educazione sui fattori di rischio, eventi di comunità
	Campagne di informazione utilizzando mass media, <b>non supportate</b> da altri tipi di intervento (es. gruppi di sostegno, educazione sui fattori di rischio, eventi di comunità)
	Suggerimenti per incoraggiare l'uso delle scale (Cartelli informativi collocati vicino agli ascensori per invogliare l'utilizzo delle scale con indicazione esplicita dei benefici per la salute e della perdita di peso)
Comportamentale e sociale	Programmi <b>individuali</b> per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute Programmi calibrati sul livello di disponibilità delle persone al cambiamento e disegnati per aiutare i partecipanti a praticare AF nella loro vita quotidiana, con interventi di diversi tipi: gruppi, posta, telefono, mass media
	Interventi di sostegno sociale nel setting comunità basati sulla creazione di reti sociali che gratificavano il cambiamento. (creare gruppi interessati all'AF, organizzare passeggiate, escursioni, ecc.)
	Interventi di sostegno sociale nel setting familiare che prevedevano cambiamenti nel contesto delle relazioni familiari per sostenere maggiori livelli di AF. Interventi indirizzati a bambini e famigliari, assieme e/o separatamente
Ambientale e politico	Creazione di un accesso facilitato per l'AF abbinato con l'offerta di interventi educativi Realizzazione e promozione di percorsi che facilitavano l'accesso: <b>-Riduzione prezzo d'ingresso</b> <b>-Concessione di tempo durante l'orario lavorativo</b> <b>-Offerta di screening sui fattori di rischio</b>
	Politiche sul trasporto e cambiamenti delle infrastrutture per promuovere l'utilizzo di mezzi non autorizzati Pianificazione urbana che preveda aree attrezzate e aree verdi, quartieri e strade che facilitino AF, ecc.

# Approccio ambientale e politico

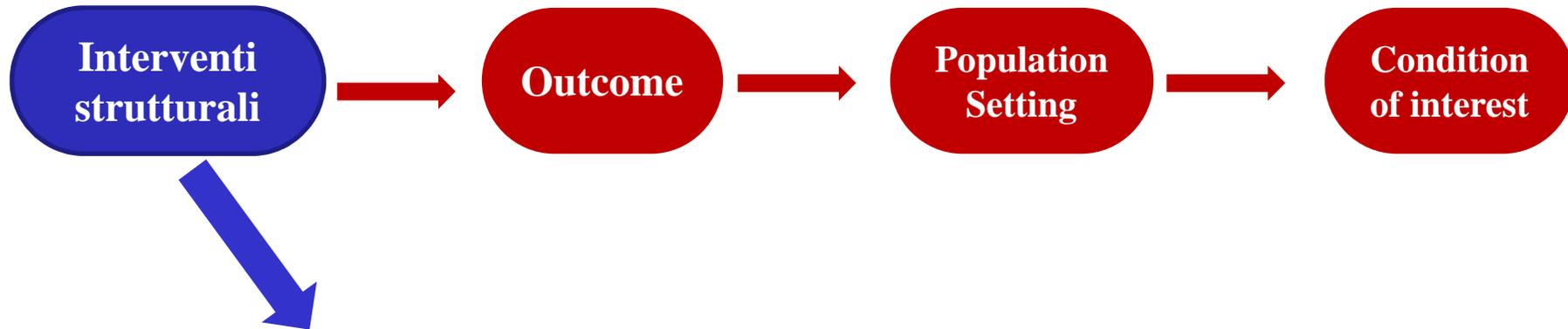
Creazione di un **accesso facilitato** per l'AF abbinato con l'offerta di interventi educativi

Realizzazione e promozione di percorsi che facilitavano l'accesso:

- Riduzione prezzo d'ingresso**
- Concessione di tempo durante l'orario lavorativo**
- Offerta di screening** sui fattori di rischio

Pianificazione urbana che preveda aree attrezzate e aree verdi, quartieri e strade che facilitino AF, piste ciclabili, ecc.

# Per combattere sedentarietà e incrementare l'AF



- Costruzione piste ciclabili per raggiungere ospedali, scuole, ecc.
- Aumento di zone a traffico limitato
- Progettazione di parchi che possano essere facilmente raggiungibili a piedi o in bici, attraenti e sicuri
- Progettazione di costruzioni con posizionamento delle scale in luoghi tali da favorirne l'utilizzo
- Creazione di aree nelle scuole per praticare attività fisica
- Sviluppo di infrastrutture e servizi, schemi per camminate e giri in bici organizzati
- Creazione e facilitazione di accesso a strutture sportive

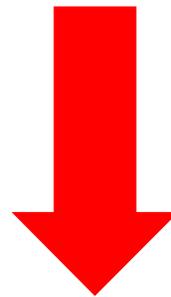
# AF come prevenzione primaria

1. **L'uomo nasce per muoversi, è la società che lo ferma: il maggior fattore limitante è l'ambiente**
2. Oggi il «**movimento**» va indotto **artificialmente** perché non è più una componente naturale della quotidianità
3. Per far aumentare lo «**stile di vita movimento**»,
  - che è **prevenzione primaria**,
  - è necessaria una **strategia di popolazione**
  - che **raggiunga grossi numeri** , altrimenti l'azione non è efficace
  - con «**campagne di vaccinazione**» contro la **sedentarietà**

# Prevenzione terziaria: usare AF come farmaco

”Se l’esercizio fisico potesse essere sintetizzato in una pillola, sarebbe il prodotto medico più prescritto al mondo”

Robert Butler,  
Direttore del National Institute on Aging (USA)



# Prescrizione Attività Fisica

# Best Practice: la prescrizione nella regione nordica

Nella regione nordica ci sono diverse varianti di prescrizione di attività fisica:

1. **Svezia**: **FaR®** *Fysisk aktivitet på recept*  
(*Physical Activity on Prescription*)
2. **Norvegia**: *Grønn resept* (*Green prescription*)
3. **Danimarca**: *Motion som lægemiddel*  
(*Exercise as a remedy*)
4. **Finlandia**: *Prescription for physical activity*



# Guidelines on Physical Activity for Older People (aged 65 years and over)

**Cosa si deve prescrivere: i principi attivi dell'AF negli over 65**



# A = Aerobic, R = Resistance, B = Balance, and F = Flexibility

Table 1: Types of activities

Health condition or attribute	Activity type	Prevention	Management	Enhancing general health
Premature mortality from any cause	A, R, B, F	✓✓✓	-	-
Breast cancer	A	✓✓✓	✓✓	✓
Colon cancer	A	✓✓✓	✓✓	✓
Depression	A, R	✓	✓✓✓	✓
Frailty	A, R, B, F	✓	✓✓	✓
Heart disease	A, R	✓✓✓	✓✓	✓
Injury from falls	R, B	✓✓✓	-	✓
Kidney dysfunction	A	✓✓	✓✓	✓
Neurological diseases eg. Parkinson's	A, B	✓	✓✓	✓
Obesity	A, R	✓✓	✓✓✓	✓
Osteoarthritis	A, R, F	✓✓	✓✓✓	✓
Osteoporosis	A, R	✓✓	✓✓	✓
Physical disability	A, R, B, F	✓✓	✓✓	✓
Prostate cancer	A	✓	✓	✓
Rectal cancer	A	✓	✓	✓
Sarcopaenia	A, R, B	✓✓	-	✓
Sleep disorders	A, R, B, F	✓	✓	✓
Stroke	A, R, B, F	✓✓✓	✓✓✓	✓
Type 2 diabetes	A, R	✓✓	✓✓✓	✓
Vascular disease	A, R	✓	✓✓✓	✓
Cognitive decline	A, R, B, F	✓✓✓	-	-
Cognitive functioning	A, R, B, F	-	-	✓✓✓
General health	A, R, B, F	-	-	✓✓✓
Physical fitness	A, R, B, F	-	-	✓✓✓
Physical functioning	A, R, B, F	-	-	✓✓✓
Wellbeing/quality of life	A, R, B, F	-	-	✓✓✓

# MODELLO DI SUSSIDIARIETA'

## Presupposti:

- ASL → controllo e formazione
- Enti locali → palestre/luoghi di attività

## Svolta da:

- associazioni di volontariato e di promozione sociale

## Costi:

- totalmente a carico dell'utenza ma contenuti → circa 2 euro a seduta + quota annua assicurativa (15 €)

# Mal di Schiena e Dorso Curvo



Prevenzione e Stili di Vita  
"Chiavarese"

**COSTRUIAMO INSIEME  
IL BEN-ESSERE  
NELLA ASL4 Chiavarese**

**Contro il MAL DI SCHIENA  
e il DORSO CURVO**

iscriviti ai corsi di  
**Attività Fisica Adattata  
(AFA)**  
organizzati dalla  
**ASL 4 Chiavarese**

Per informazioni telefona  
all' **UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO** della ASL 4 Chiavarese  
0185 329316 oppure 0185 329266  
dal lunedì al giovedì dalle 8.00 alle 16.00  
e il venerdì dalle 8.00 alle 13.00

Elaborazione Progetto Grafico e Stampa: Ufficio Stampa ASL 4 Chiavarese - GG

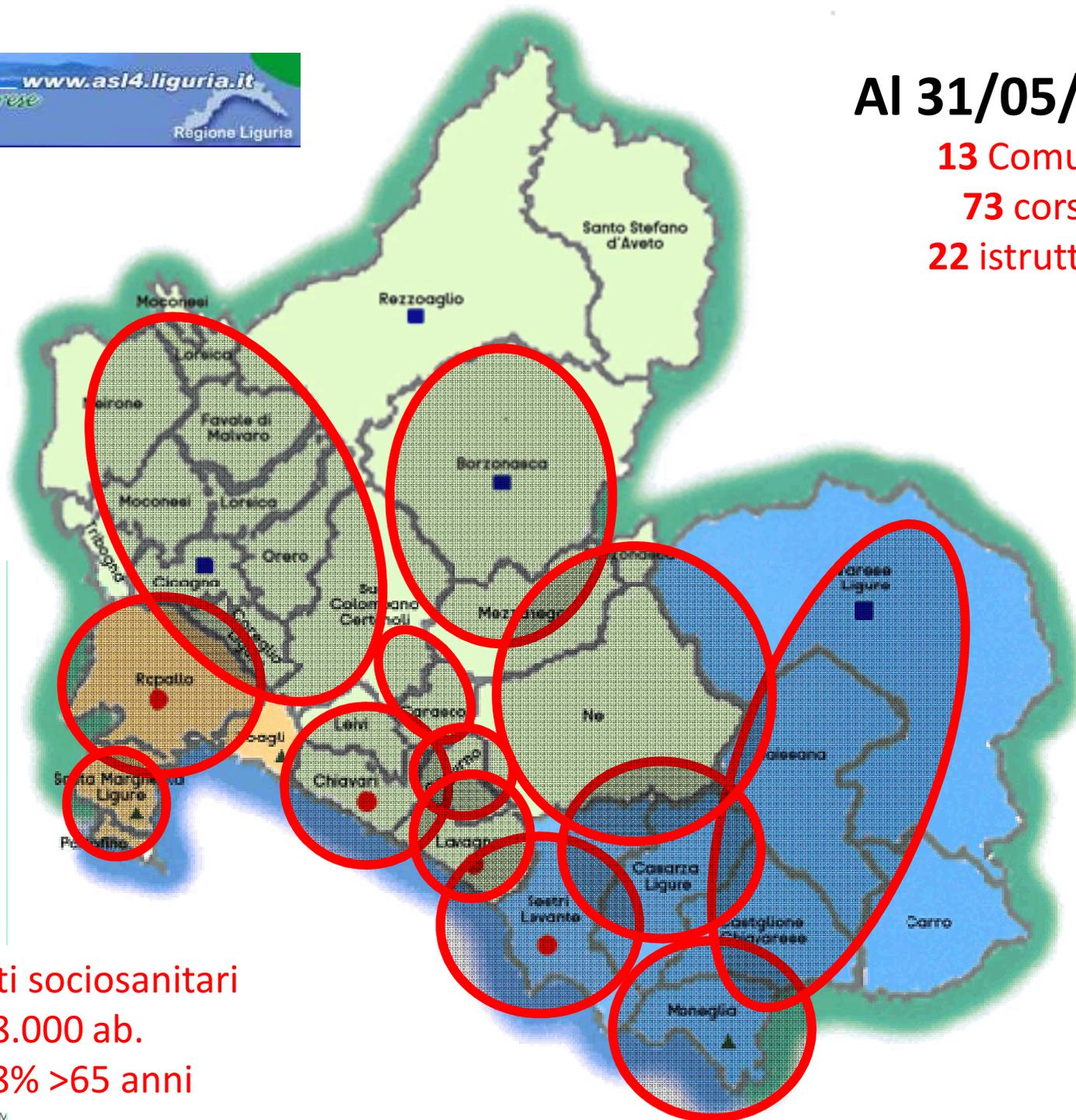
<b>Al 31/03/2015</b>	<b>Numero corsi attivati</b>
<b>Borzonasca</b>	<b>1</b>
<b>Carasco</b>	<b>1</b>
<b>Casarza Ligure</b>	<b>4</b>
<b>Castiglione Chiavarese</b>	<b>1</b>
<b>Chiavari</b>	<b>10</b>
<b>Cicagna</b>	<b>4</b>
<b>Cogorno</b>	<b>2</b>
<b>Lavagna</b>	<b>3</b>
<b>Moneglia</b>	<b>3</b>
<b>Nè</b>	<b>1</b>
<b>Rapallo</b>	<b>21</b>
<b>Santa Margherita Ligure</b>	<b>5</b>
<b>Sestri Levante</b>	<b>6</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>62</b>

**Al 31/05/2016**

**13 Comuni**

**73 corsi**

**22 istruttori**



**3 Distretti sociosanitari**

**148.000 ab.**

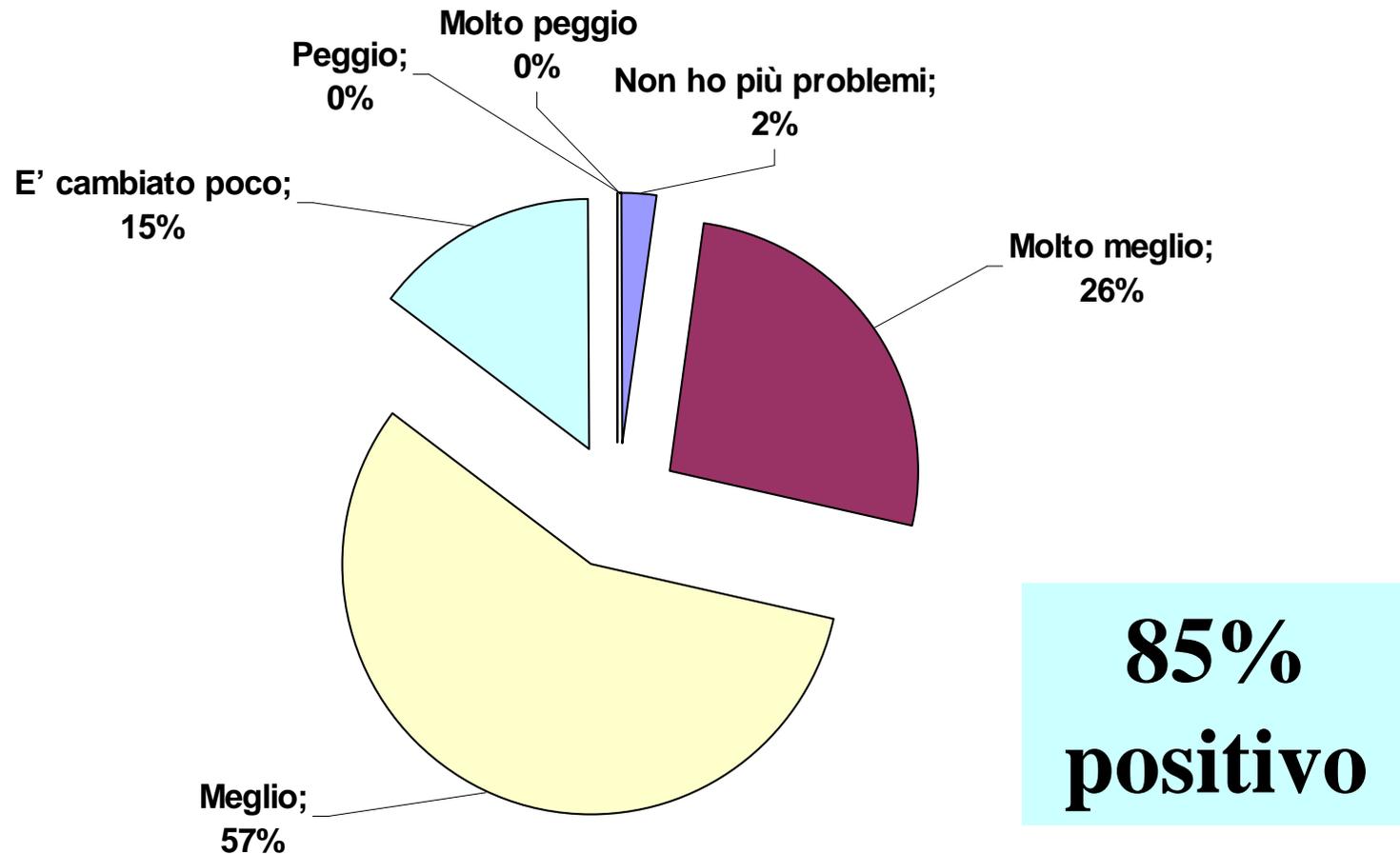
**con 28% >65 anni**

# Corsi AFA ASL4 al 31/05/2016

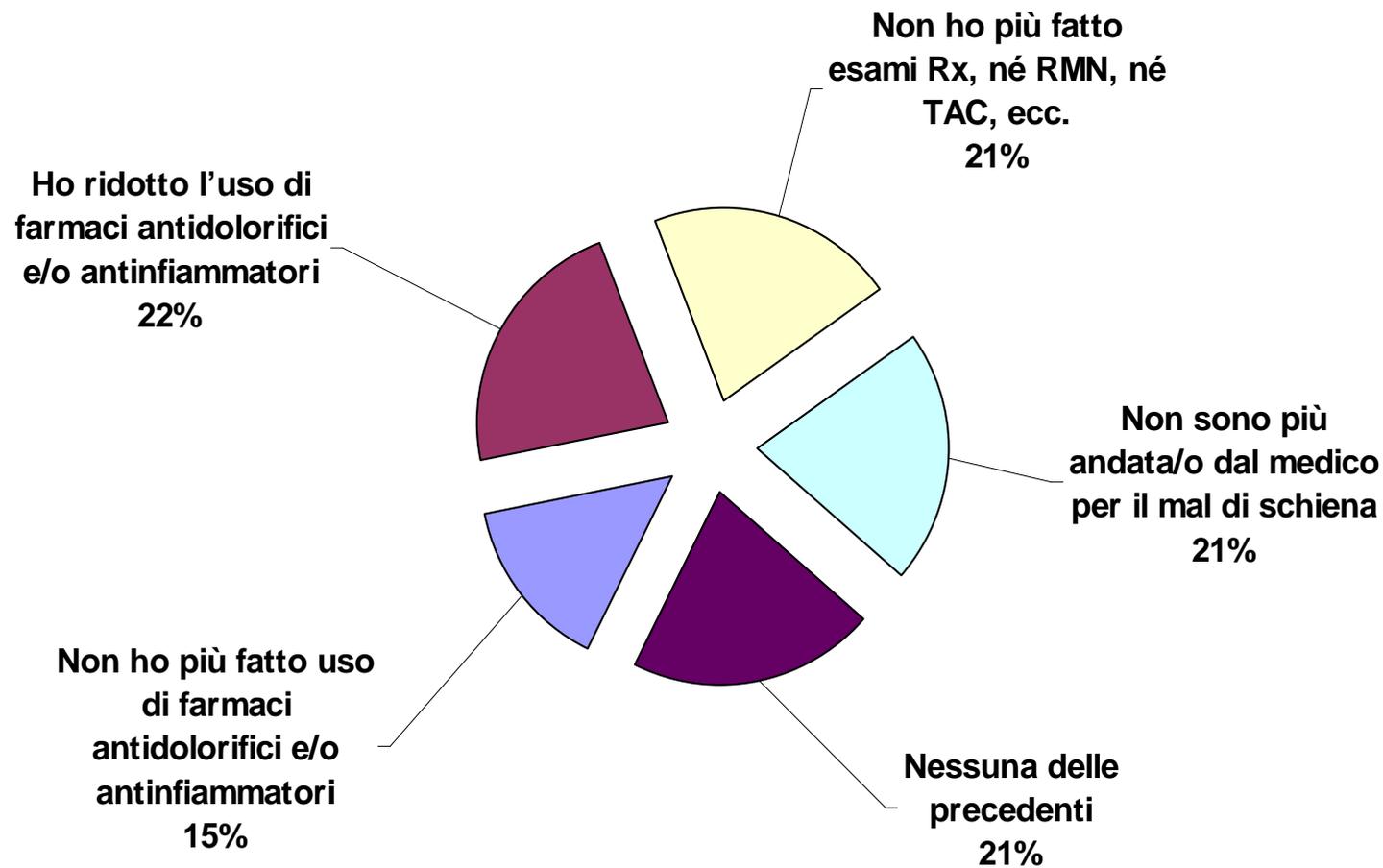
Tipologie di corsi attivi al 31/05/16	AFA Mal di Schiena	AFA Forza	AFA Nordic Walking	AFA Equilibrio
<b>Corsi</b>	61	6	5	1
<b>Istruttori</b>	22	4	6	1
<b>Partecipanti attivi</b>	1039	127	81	15
	82.3%	10.1%	6.4%	1.2%

		F	M	Over 65 F	Over 65 M	Under 65 F	Under 65 M
<b>Partecipanti dal periodo iniziale</b>	2590	2264	326	1350	235	914	91
		87.4%	12.6%	52,1%	9,1%	35,3%	3.5%
<b>Partecipanti attivi</b>	1262	1105	157				
		87.5%	12.4%				

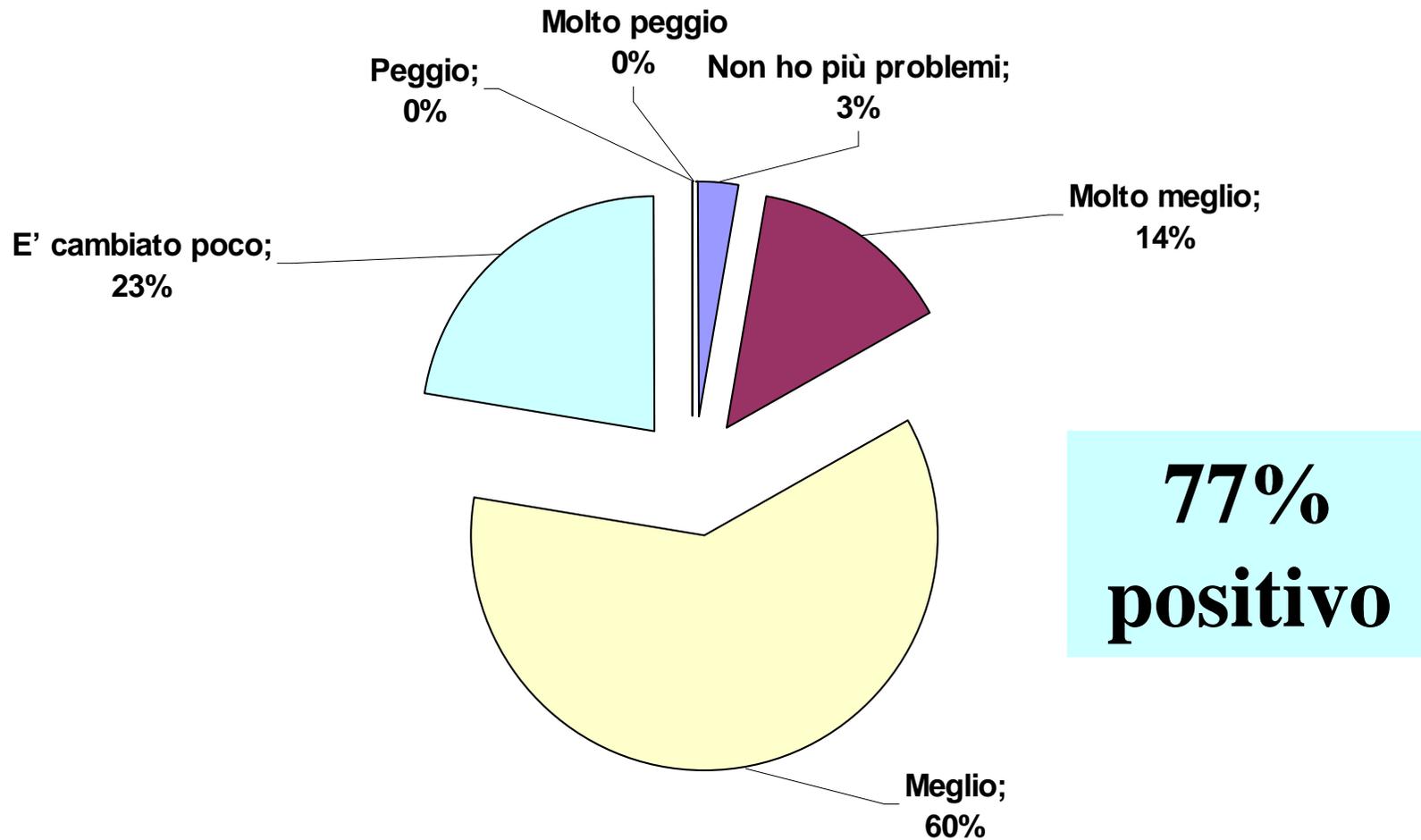
# Come va la schiena rispetto a prima dell'AFA?

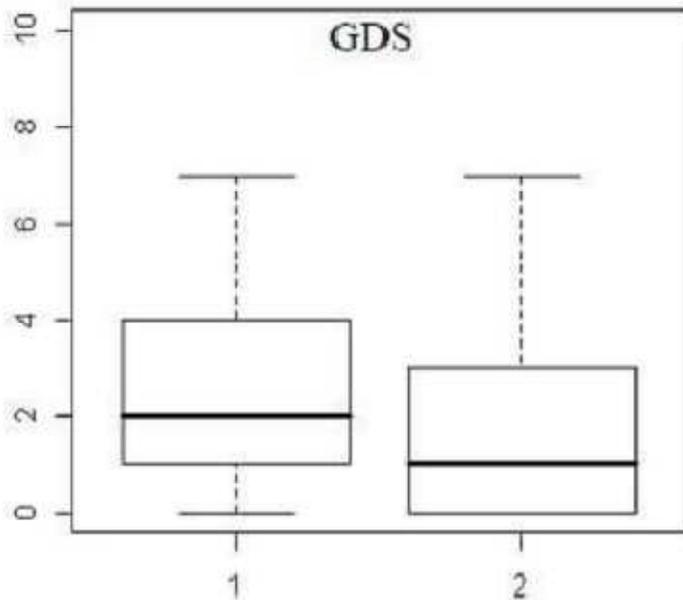


# Da quando frequento il corso:

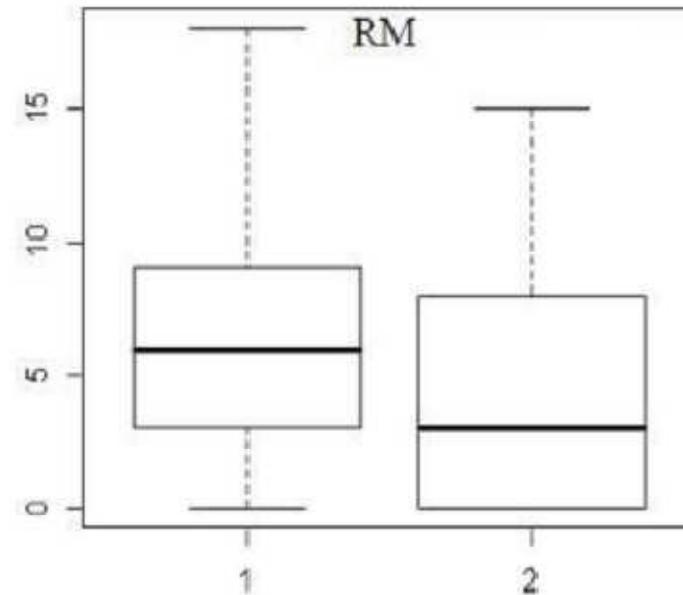


# Come va l'umore rispetto a prima dell'AFA





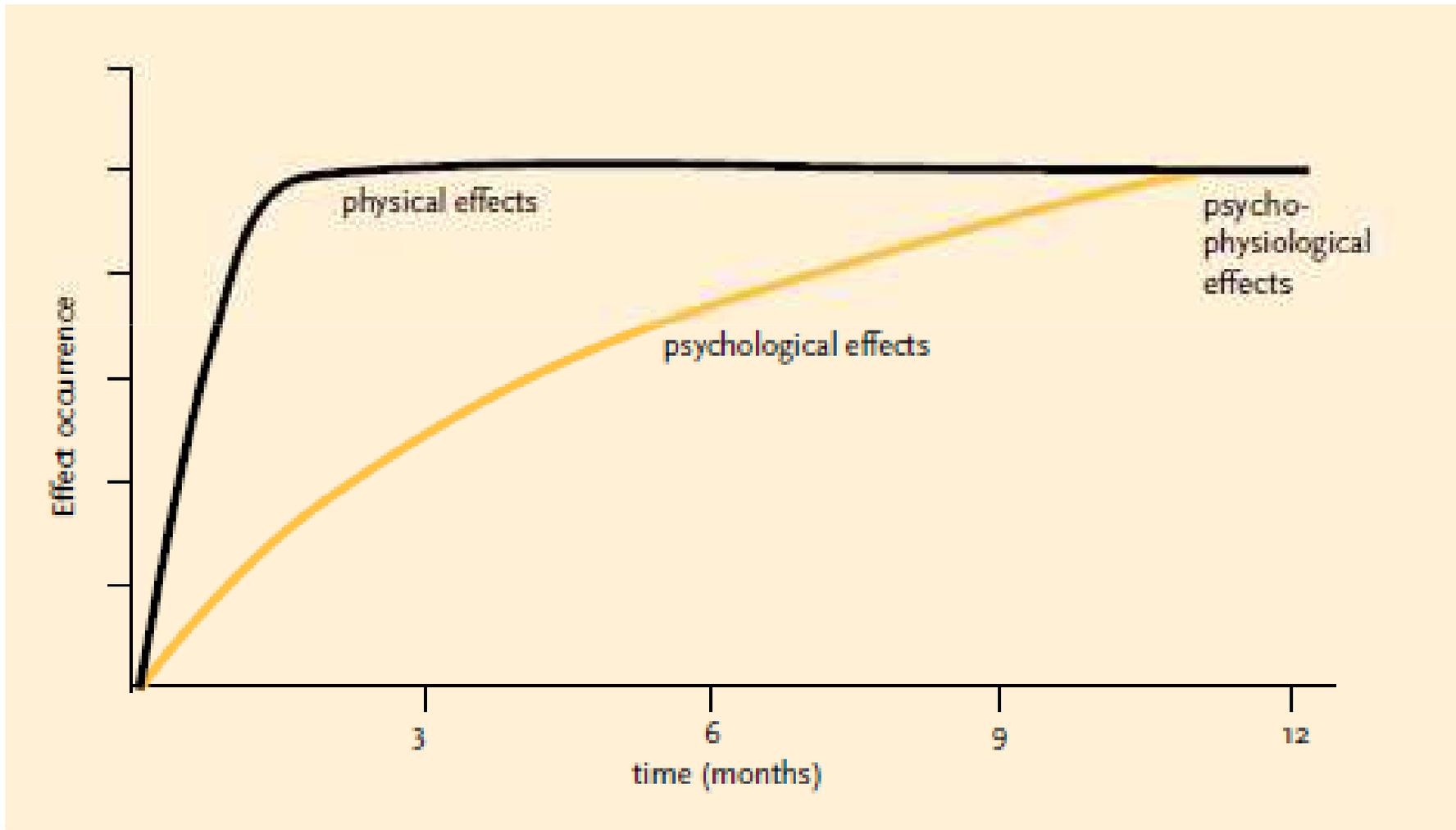
GDS	Tempo 1	Tempo 2
n.oss.	66	66
mediana	2	1
p-value		< 0.001



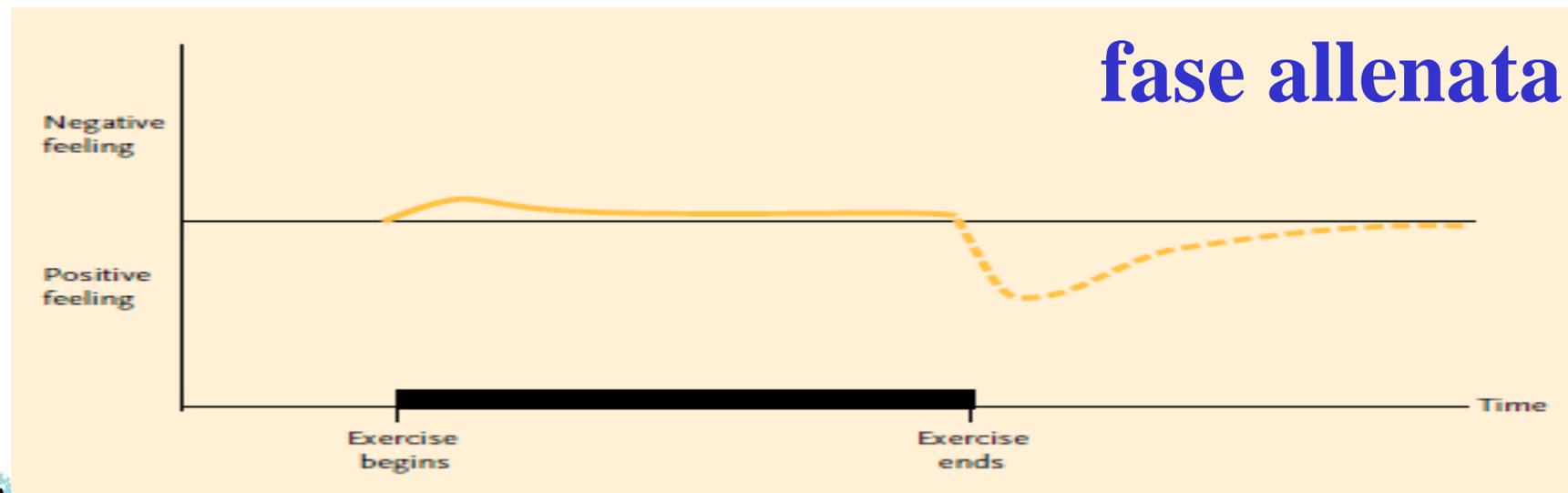
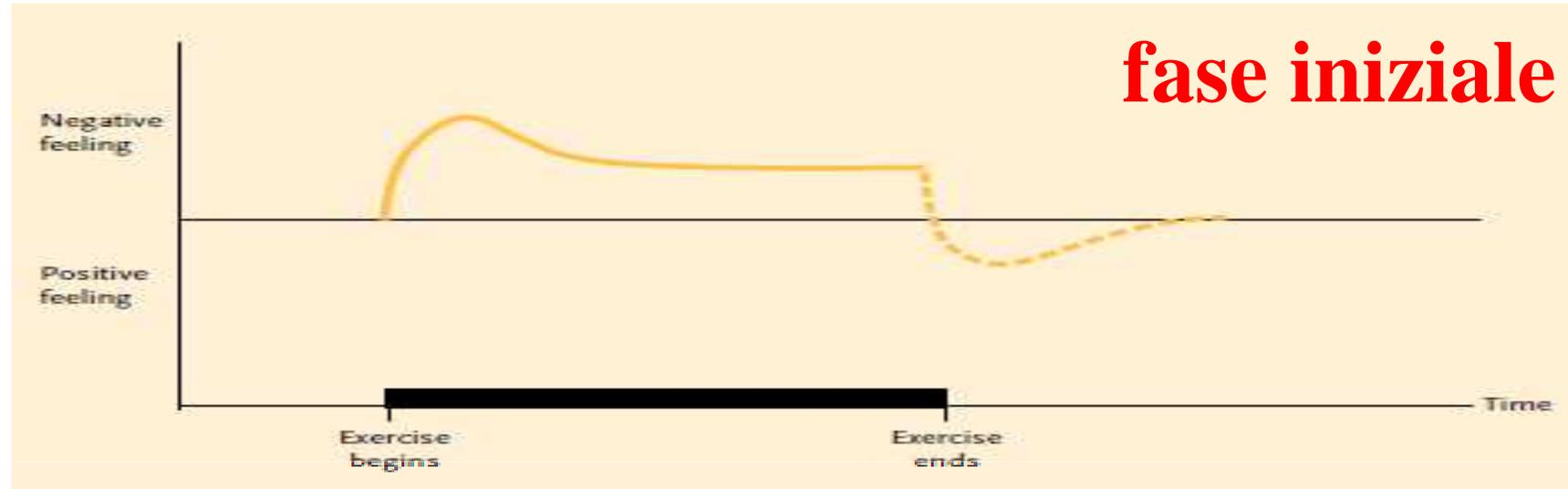
RM	Tempo 1	Tempo 2
n.oss.	66	66
mediana	6	2
p-value		< 0.001

Grafico 2 – Geriatric Depression Scale (GDS) e Roland-Morris (RM): risultati al tempo 1 e tempo 2. Confronto statistico con Wilcoxon test per dati appaiati nei soggetti che hanno frequentato almeno 6 mesi

# Evoluzione degli effetti fisici e mentali nel tempo dovuti all'AF

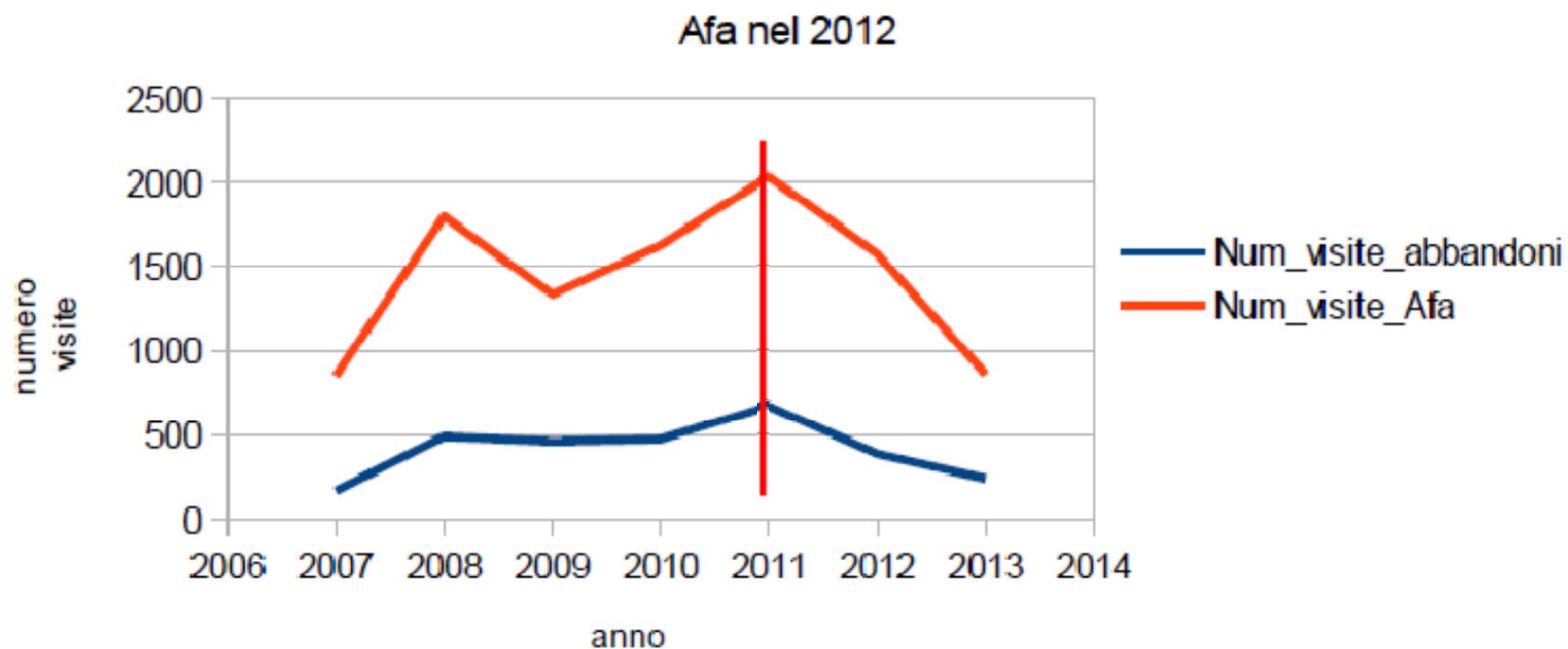


# Percezione dell'AF

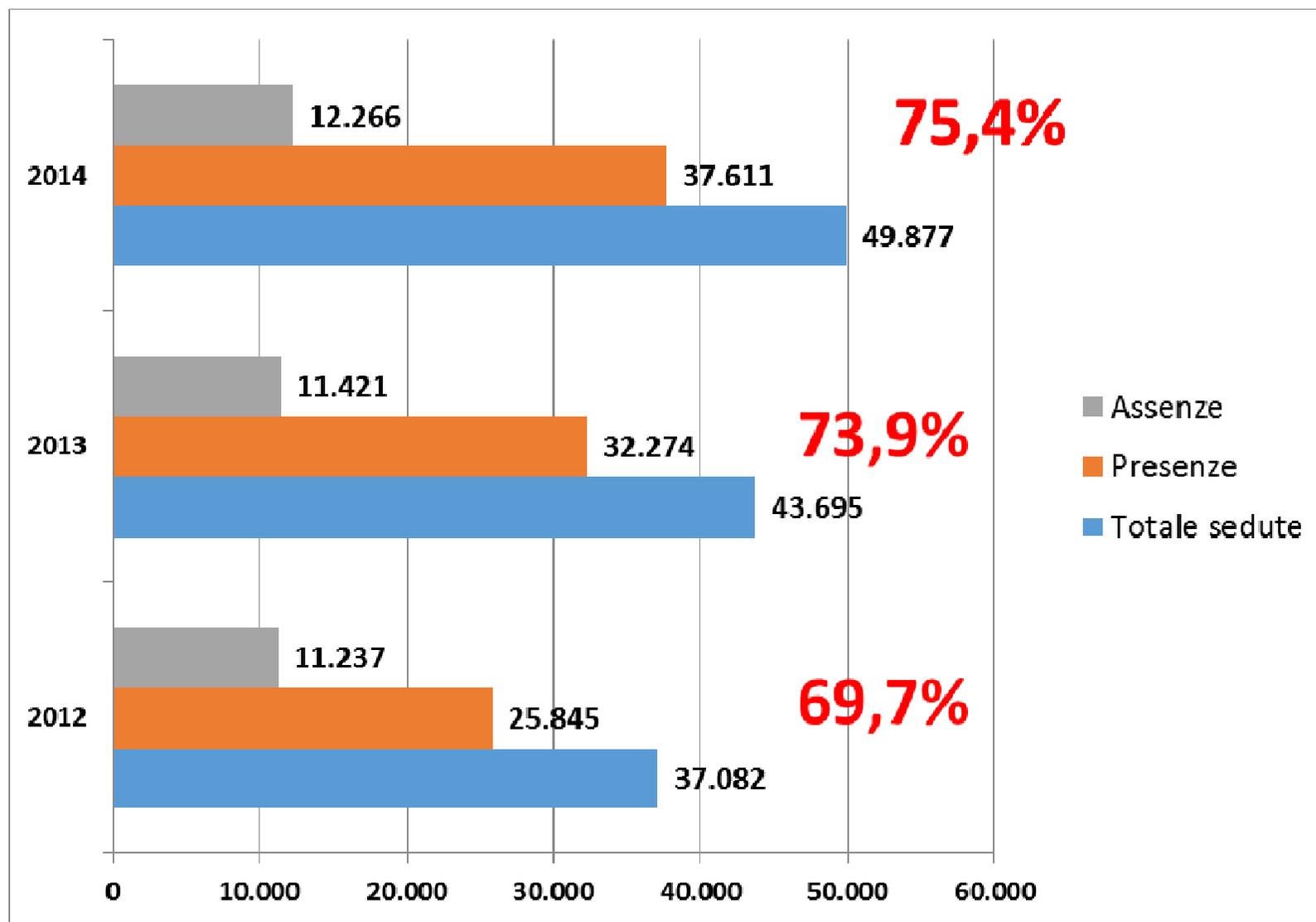


# Valutazione economica

Grafico 3.5 Visite specialistiche pre e post-Afa



# Numero sedute AFA



Registro presenze corso SML AFA\_MDS 03 (media presenti 74%)

Partecipante	11-02-2012	02-02-2012	06-02-2012	09-02-2012	13-02-2012	16-02-2012	20-02-2012	23-02-2012	27-02-2012	01-03-2012	05-03-2012	08-03-2012	12-03-2012	15-03-2012	19-03-2012	22-03-2012	26-03-2012	29-03-2012
***** (83%)	A	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A
***** (72%)	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	P	P	P	A	P	
***** (75%)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	A	A	
***** (66%)	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	A	P	P	P	
***** (100%)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (74%)																P	P	P
***** (89%)	A	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (68%)	P	P	P	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
***** (84%)	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (100%)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (44%)		P	P	P	P	P	A	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A
***** (85%)	P	A	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P
***** (63%)	P	P	A	P	P	A	A	P	P	P	P	A	A	P	P	P	P	
***** (84%)	P	P	A	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (63%)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	A	A
***** (87%)	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
***** (30%)																		
***** (65%)																		
***** (52%)	A	A	P	P	A	A	P	A	A	A	A	A	A	A*				
***** (42%)	A	A	A	A	P	P	A	P	A	A	P	A	P	P	A	A*		
<b>Totale presenti</b>	12	13	14	13	15	15	13	14	12	12	11	11	12	13	14	10	11	
<b>Totale assenti</b>	4	4	3	4	2	2	4	3	5	5	6	6	5	3	3	7	5	
<b>% presenti</b>	75	76	82	76	88	88	76	82	71	71	65	65	71	81	82	59	69	
<b>% assenti</b>	25	24	18	24	12	12	24	18	29	29	35	35	29	19	18	41	31	

PUSH



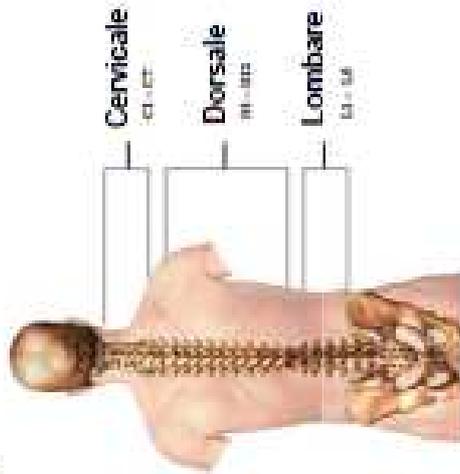


### ANNERIRE BENE I QUADRATINI (NO CROCETTA)

Dati personali	<input type="checkbox"/>	Permisso	<input type="checkbox"/>
Prima di	14-15	16-17	18-19
Prima di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prima di	20-21	22-23	24-25
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MAL DI SCHIENA: QUANTO DOLORE HAI IN QUESTO PERIODO?

Immagina la tre parti della colonna vertebrale: alta (cervicale), media (dorsale) e bassa (lombare)



Hai dolore in questo periodo?	Cervicale	Dorsale	Lombare
<b>No, per nulla</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lieve</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Moderato</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Forte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Molto forte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### QUESTIONARIO DI ROLAND-MORRIS

Quando si fa il mal di schiena può essere difficile fare alcune cose che normalmente si farebbero a fare.

Questa lista contiene alcune frazioni che la gente utilizza per descrivere come prova quando fa mal di schiena.

Se una frase descrive bene il modo in cui ti senti in questo periodo, ANNERISCI il quadratino.

	In questo periodo:	SI	NO
1.	Per il mio dolore alla schiena ritengo la miglior parte del tempo a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Cambio frequentemente posizione per riuscire a trovare una posizione comoda per la mia schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Cambio gli indumenti dal solito per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Per il mio dolore alla schiena non faccio nessuno dei lavori che di solito faccio per casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Per il mio dolore alla schiena uso il computer per molto le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Per il mio dolore alla schiena mi sdraio più spesso per riposare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Per il mio dolore alla schiena devo appoggiarmi a qualcosa per alzarmi dalla poltrona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Per il mio dolore alla schiena cerco di ignorare le cure ad altri perché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Io mi sento più lentamente per il dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Riesco a stare in piedi solo per brevi tempi per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Per il mio dolore alla schiena evito di pigiarmi o di ingrosciarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ho difficoltà ad alzarmi dalla sedia per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ho dolore alla schiena quasi sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ho difficoltà a girarmi nel letto per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ho poco appetito per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Il faccio fatica a mettermi le scarpe per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Penso a piedi solo brevi distanze per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Comio meno bene per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Per il mio dolore alla schiena mi vesto con l'aiuto di qualcuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Resto seduto per gran parte della giornata per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Evito lavori pesanti per casa per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Per il mio dolore alla schiena sono irritable più del solito e di cattivo umore con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Per il mio dolore alla schiena seggo la sedia più lentamente del solito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Finango a letto quasi tutto il tempo per il mio dolore alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



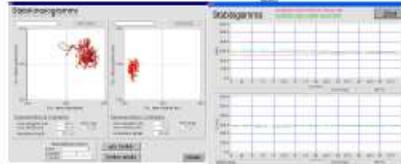


## SCHEMA TECNICA

### PEDANA STABILOMETRICA ARGO



# argo



ARGO® è una Piattaforma di Forza che permette di misurare le caratteristiche funzionali dell'equilibrio consentendo di riconoscere l'origine di un eventuale disturbo centrale, vestibolare o somatosensorio (Test di Romberg strumentato).

La sensibilità e la precisione della misura, indipendente dalla posizione del paziente, rendono questo test altamente riproducibile e consentono di utilizzare le informazioni acquisite sia per monitorare l'evoluzione temporale della funzione di controllo neuromotorio sia per uno screening diagnostico preventivo.

L'ampia area utile della pedana e l'adozione di quattro celle di carico permettono un'elevata flessibilità di impiego e l'esecuzione di test particolari.

L'accuratezza della misura è dimostrata con l'impiego di un robot capace di generare una oscillazione nota.

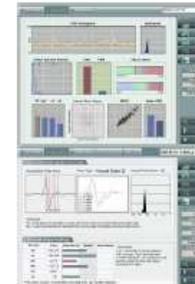
Il pacchetto software a corredo fornisce assistenza alla diagnostica o consente un'ampia gamma di valutazioni elaborando automaticamente 22 parametri fra i quali, oltre ai classici di Sway, vi sono quelli strutturali (Sway Density) di più recente proposta. La analisi armonica del segnale resa particolarmente significativa dall'elevata frequenza di campionamento ed un parametro indice di Funzionalità Posturale. A corredo sono fornite funzionalità di astrazione dai grafici in formati compatibili con pacchetti software commerciali.



## SCHEMA TECNICA

### ANALIZZATORE PLETISMOGRAFICO

#### CIRCOLATORIO



HRV

APG

SA-3000P® è un dispositivo non invasivo, rapido e maneggevole per l'analisi della Variabilità del Ritmo Cardiaco HRV e della rigidità arteriosa con metodica APG.

La Variabilità del Ritmo Cardiaco (HRV = Heart Rate Variability) è regolata dall'equilibrio Simpato-Vagale ed esprime una significativa indicazione dello stato di salute e di equilibrio funzionale del soggetto. Stati di stress o di depressione sistemica, sindromi da sovraccarico o da reazione allergica vengono prontamente evidenziati. La funzione analizza la Variabilità del Ritmo Cardiaco sia nel Dominio del Tempo (analisi statistica dell' intervallo RR) sia nel Dominio della Frequenza (quantificazione della potenza relativa a alta frequenza, bassa frequenza e frequenza molto bassa) fornendo tutti i parametri previsti dal Consensus su queste misure (*European Heart Journal (1996) 17, 354-381*).

La rigidità vascolare viene analizzata attraverso l'analisi della evoluzione temporale della perfusione periferica (estremità del dito indice). Attraverso un sofisticato algoritmo matematico detto APG (Accelerated PhotoPletismography) la media dei parametri di circa 100 onde ematiche viene analizzata per fornire i dati di portata ed elasticità dei vasi arteriosi. Tale indicazione, ben supportata dalla letteratura scientifica (*Hypertension 1998;32:365-370*) consente di riconoscere la probabile presenza di numerosi disturbi.

Lo strumento, leggero, compatto e di facile impiego si presta particolarmente sia a funzioni di screening autonomico e vascolare sia al monitoraggio di soggetti esposti a rischio di affaticamento (sindromi da overtraining).

Hydraulic Hand Dynamometer - 200 lbs. (91 kg) Dial gauge



## SCHEMA TECNICA

### ANALIZZATORE DI MASSA CORPOREA



InBody 320 è un Analizzatore Impedenziometrico di Massa Corporea. La misura viene effettuata con un sistema tetrapolare ad otto punti di contatto ed impiegando una debole corrente alternata a tre valori di frequenza. Ciò consente un rilievo dettagliato, ripetibile e sicuro della composizione corporea:

- a) in maniera segmentale riconoscendo selettivamente la composizione dei 4 arti e del tronco
- b) in maniera pluricompartmentale riconoscendo la combinazione quantitativa di Acqua Intra ed Extra Cellulare, di Massa Grassa e Massa Magra per ognuno dei 5 segmenti corporei.

Il dispositivo misura il peso corporeo e l'impedenza registrata nelle diverse combinazioni di lettura. A partire da tali dati e dall'altezza del soggetto che viene inserito all'atto della misura, lo strumento, attraverso una elaborazione che utilizza sofisticati algoritmi oggetto di brevetti internazionali, è capace di indicare e quantificare le quattro componenti sopracitate.

Lo strumento non utilizza algoritmi di tipo statistico e fornisce anche i valori di Impedenza segmentale ad ognuna delle frequenze di misura.

Il test, rapido (< 2 min), indolore e con marginali controindicazioni, è idoneo ad evidenziare eventuali anomalie e disimmietrie corporee nonché ad operare un sensibile monitoraggio della evoluzione temporale della composizione della massa corporea segmentale.

# Progetti sperimentali

## 1. AFA per malattie cardiometaboliche

### 1. Nordic Walking



## 2. AFA contro sarcopenia

### 1. Tono



### 2. Circuito

## 3. AFA contro le cadute

### 1. Tai – Chi

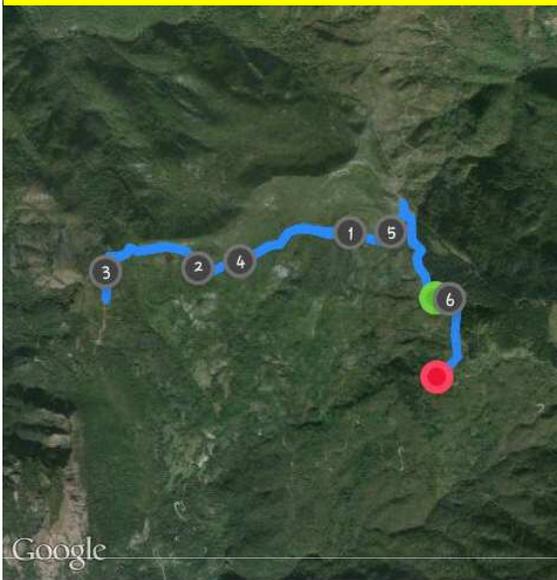


## 4. AFA mare



# Bargone NW

## 21/06/2015



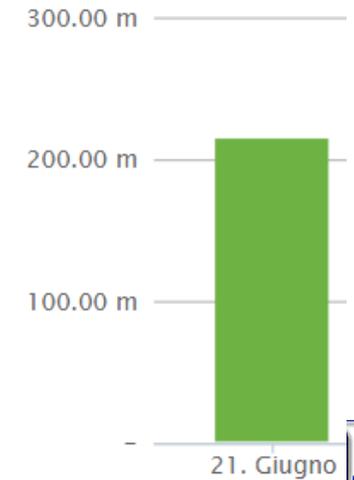
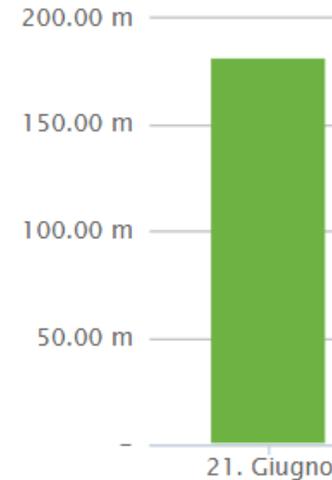
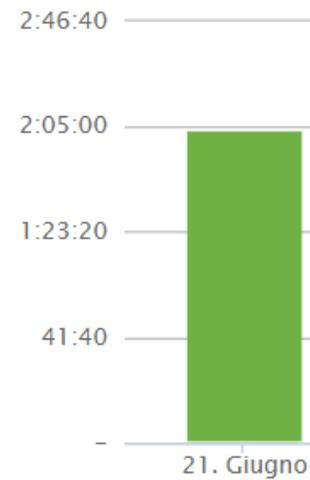
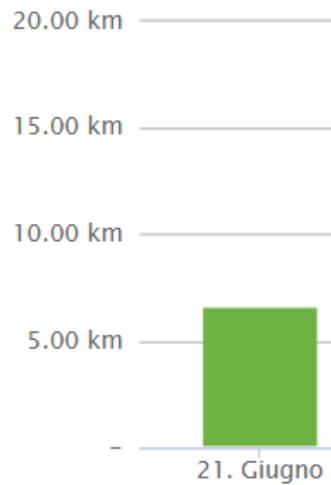
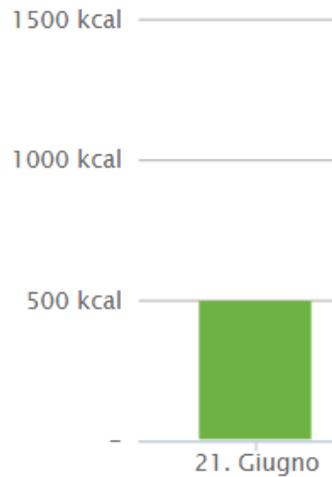
Calorie bruciate ▼

Distanza totale ▼

Durata complessiva ▼

Salita totale ▼

Discesa totale ▼



# Variazione delle capacità motorie con l'età

1. Rapidità



2. Forza



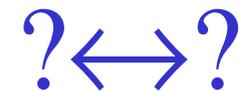
3. Resistenza



4. Mobilità articolare



5. Capacità coordinative



# Sedentarietà → Fragilità

**Fried, 2001**

**Stato di fragilità se presenti 3 o più di questi criteri:**

- 1. perdita di peso** (maggiore di 4,5 Kg. nell'ultimo anno);
- 2. affaticamento** (fatica in almeno 3 giorni/settimana);
- 3. riduzione della forza muscolare** (hand-grip) (<5,85 per i maschi e 3,37 Kg per le femmine)
- 4. ridotta attività fisica**, valutabile con la scala PASE (Physical Activity Scale for the Elderly);
- 5. riduzione della velocità del cammino** (>7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto)

# SARCOPENIA: definizione

**La SARCOPENIA è una sindrome caratterizzata da una progressiva e generalizzata riduzione della massa muscolare, della forza e della performance fisica con rischio di eventi avversi come la disabilità fisica, una cattiva qualità di vita e la morte**

Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412-23. Epub 2010 Apr 13.

**Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People.**

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel JP, Rolland Y, Schneider SM, Topinková E, Vandewoude M, Zamboni M.

## Table 1. Criteria for the diagnosis of sarcopenia

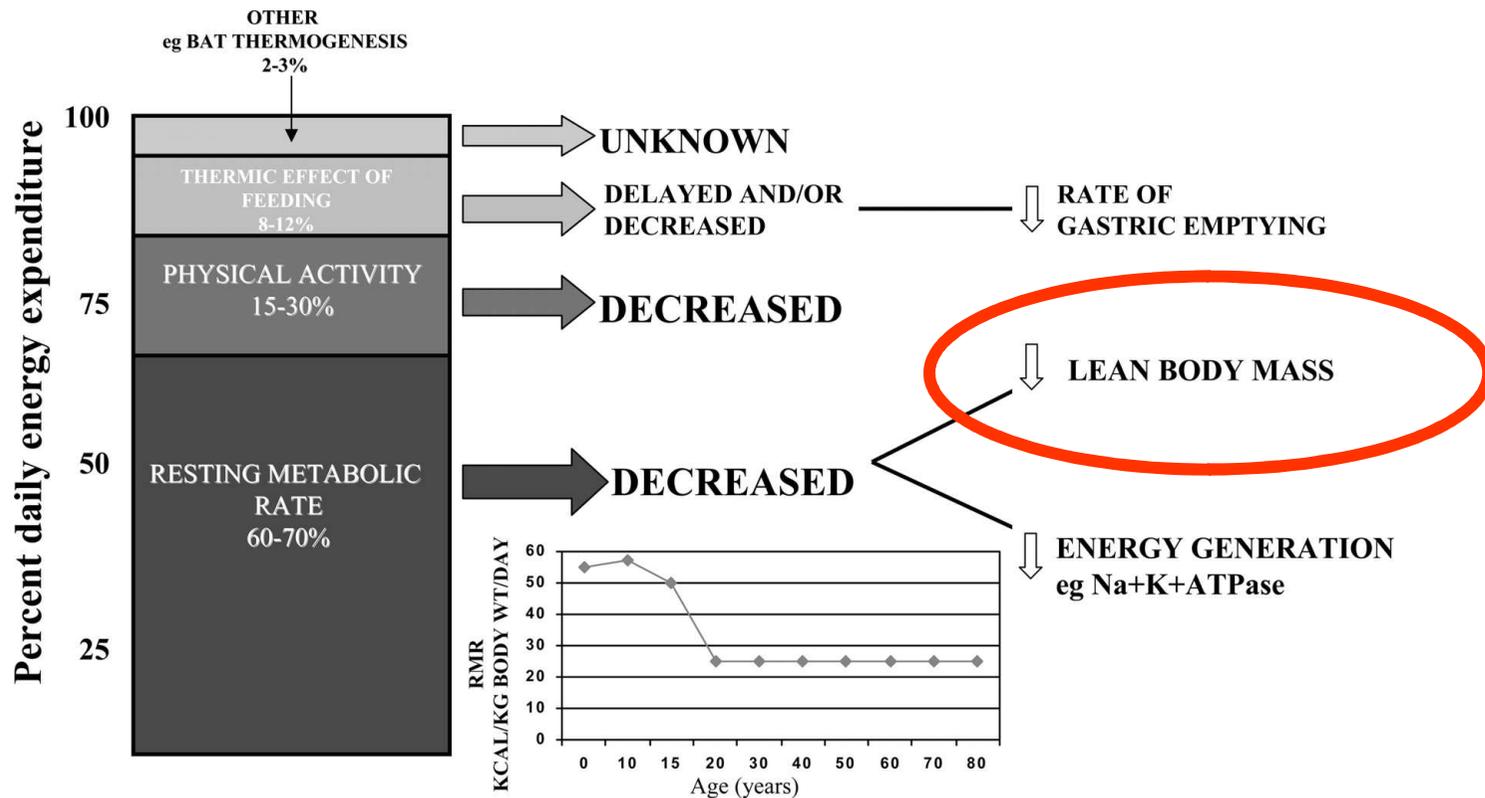
Diagnosis is based on documentation of criterion 1 plus (criterion 2 or criterion 3)

1. Low muscle mass
2. Low muscle strength
3. Low physical performance

## Table 3. EWGSOP conceptual stages of sarcopenia

Stage	Muscle mass	Muscle strength	Performance
Presarcopenia	↓		
Sarcopenia	↓	↓	Or ↓
Severe sarcopenia	↓	↓	↓

# Effetto dell'invecchiamento sulla spesa energetica

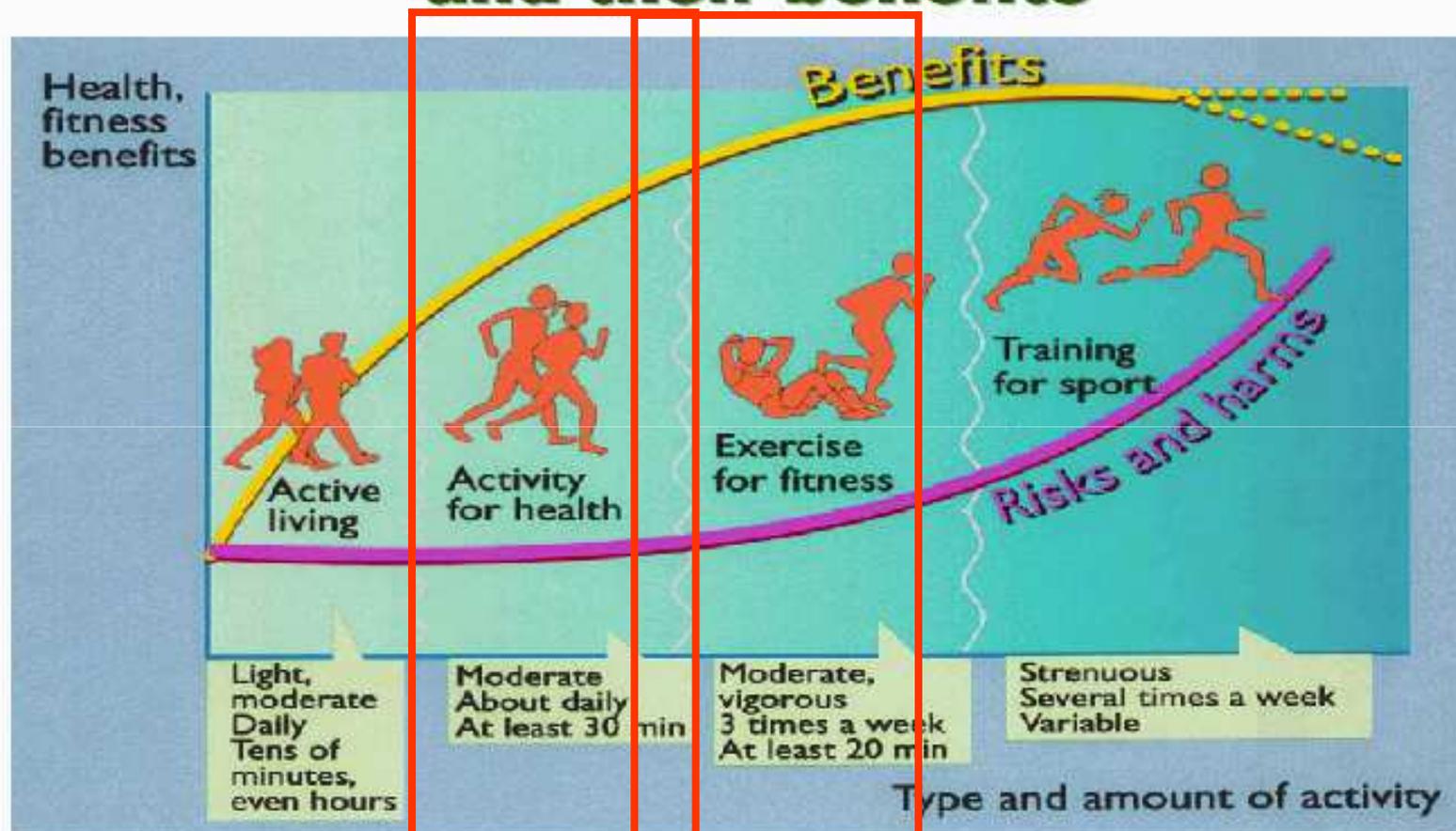


Wilson, M.-M. G. et al. J Appl Physiol 95: 1728-1736 2003;  
doi:10.1152/jappphysiol.00313.2003

# Trattamento della Sarcopenia

1. Nutrizione
2. Farmaci
3. Attività fisica

# Various levels of physical activity and their benefits



World Health Organization

Mega Country Health Promotion Network Meeting on Diet, Physical Activity and Tobacco, 11 - 13 December 02



Source: Prof.I. Vuori, UKK Institute, Tampere University, Finland

# Contraindications to strength training

## Absolute:

1. Unstable coronary-artery disease
2. Uncompensated congestive heart failure
3. Uncontrolled cardiac arrhythmia
4. Pulmonary hypertension (severe, > 55 mm Hg )
5. Aortic stenosis (serious)
6. Acute myocarditis, endocarditis or pericarditis
7. Uncontrolled high blood pressure (> 180/110 mm Hg)
8. Aorta dissection
9. Marfan syndrome
10. High intensity strength training (80–100% of 1 RM) among people with serious kidney failure due to diabetes (diabetes nephropathy)
11. Diabetes retinopathy

## Relative contraindications (consult physician):

1. High risk of cardiovascular disease
2. Uncontrolled diabetes
3. Uncontrolled high blood pressure (> 160/> 110 mm Hg)
4. Severely impaired aerobic fitness (< 4 MET)
5. Limitations in muscles or skeleton
6. Those with a pacemaker or defibrillator

# Conclusioni per prevenzione terziaria

1. **IL «FARMACO MOVIMENTO» DEVE ESSERE DISPONIBILE E A COSTI ACCESSIBILI**
2. Abolizione «**Certificato non agonistico**» con sostituzione di «**Prescrizione medica dell'AF**»
3. **Formazione** sui parametri di prescrizione (principi attivi, dose, durata, intensità, ecc.)
4. **Riconoscimento legale e regolamentazione del ruolo dei professionisti dell'AF** → Laureati in Scienze Motorie, Fisioterapisti e Istruttori Sportivi → ognuno per i propri campi di competenza
5. Monitorare gli indicatori di processo → grossi numeri → **INDISPENSABILE IL SUPPORTO DELLA MODERNA TECNOLOGIA**

# Raccomandazioni Linee Guida – Cadute

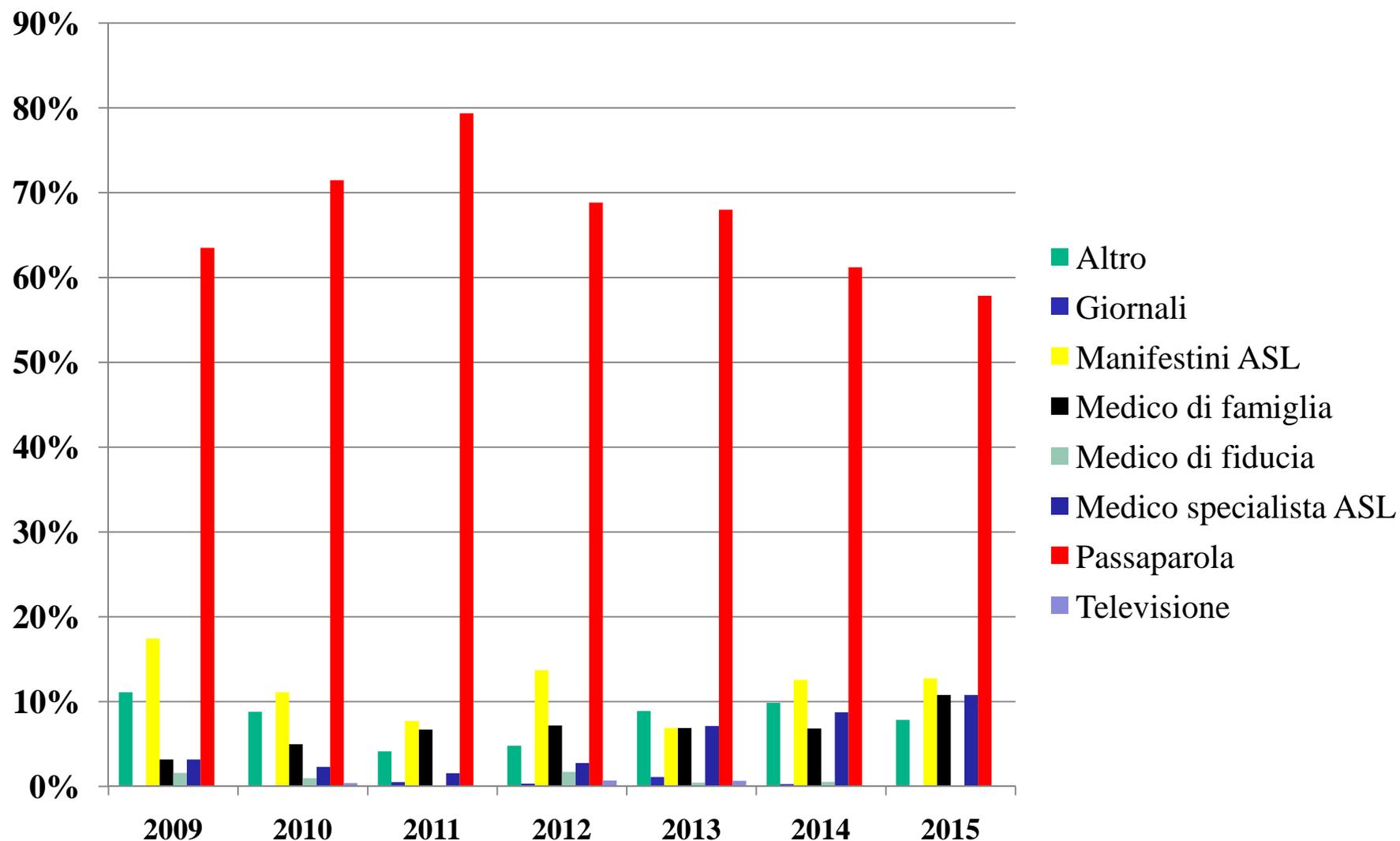
**IA** (Livello Di Prova I, Forza Delle Raccomandazioni A)

**Sono raccomandati programmi di intervento personalizzati tesi a migliorare la forza, la deambulazione e l'equilibrio**

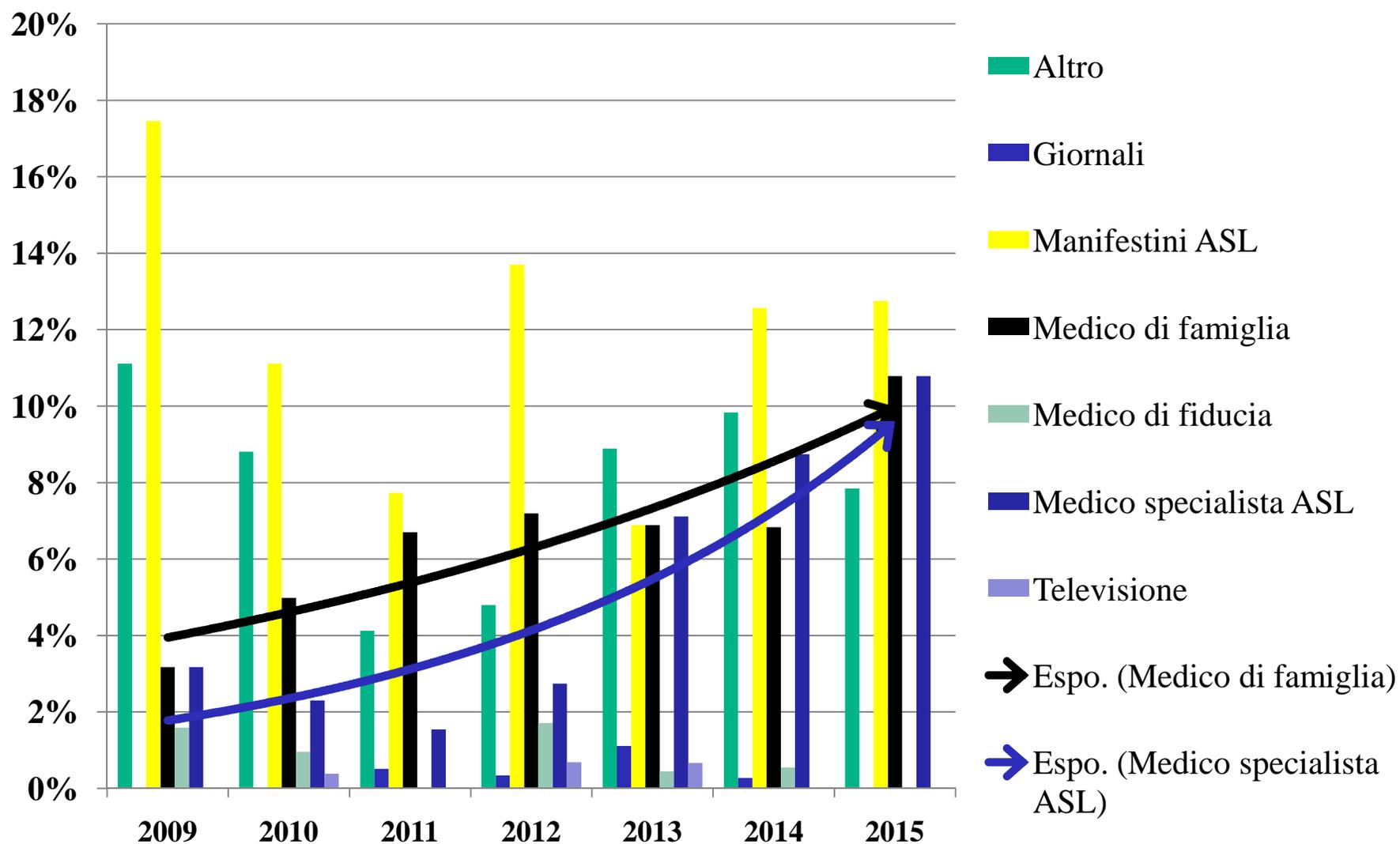
**BPC** (Buona Pratica Clinica)

**Dovrebbe essere creata una rete informatizzata con relativa banca dati centralizzata che consenta, da parte dei medici di base, la segnalazione e la registrazione, di cadute e/o di infortuni relativi ad eventi traumatici avvenuti in ambito domestico; ovvero, una struttura che consenta il monitoraggio della popolazione anziana più a rischio e l'avvio di interventi mirati a supportare, ove necessario, gli anziani più fragili.**

# Da chi hai saputo del corso AFA?



# Da chi hai saputo del corso AFA?



## Modulo per la prescrizione dell'Attività Fisica Adattata

COGNOME NOME DELL'ASSISTITO

COMUNE

Si prescrive la pratica dell'AFA per i seguenti motivi:

<input type="checkbox"/> Mal di schiena e/o dorso curvo	<input type="checkbox"/> Disturbi dell'equilibrio
<input type="checkbox"/> Problemi dismetabolici	<input type="checkbox"/> Sarcopenia

Note:

## Conclusioni

Si prescrive la pratica dell'AFA – Attività Fisica Adattata

- senza controindicazioni
- con necessità di preventiva valutazione (v. note)

Luogo e data

Timbro e firma del Medico

### Per informazioni chiamare:

Ufficio Relazioni Con Il Pubblico – ASL4 Chiavarese  
0185 329316 oppure 0185 329266  
dal lunedì al giovedì dalle 8.00 alle 16.00



SEDE E CORSI

## **RIASSUMENDO l'intervento del Dr. Piastra al recente CONVEGNO sugli STILI DI VITA :**

- L'attività fisica (A.F.) deve essere adeguata e continua ma NON strenua
- L' A.F. agonistica NON migliora l'aspettativa di vita
- L' A.F. deve essere praticata secondo età e condizioni di salute
- L' A.F. nell'anziano allo scopo di prevenire la «SARCOPENIA» (riduzione della massa muscolare con aumento della fragilità) deve essere sia aerobica che di forza
- Nell'anziano con patologie per cui vi è indicazione specifica (e che non abbiano controindicazioni) deve essere ADATTATA (A.F.A.), previa valutazione del medico di famiglia e del medico specialista (geriatra, medico dello sport) ed eseguita sotto la sorveglianza di personale esperto (laureato in scienze motorie/fisioterapista)
- Deve essere facilitata dagli organismi Socio Sanitari (accesso/costi) e dalla scelte di politica urbana (percorsi / piste ciclabili / spazi)
- La nostra ASL ha realizzato parte del percorso verso una A.F.A. sempre più capillare ed efficiente di cui si possono verificare i primi risultati.

**NON SI DEVONO FARE PASSI INDIETRO**



REGIONE LIGURIA

ASL 4-CHIAVARESE - DIPARTIMENTO MEDICO

S.S.D. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA

Responsabile: Dr. FABRIZIO GALLO

Email [fgallo@asl4.liguria.it](mailto:fgallo@asl4.liguria.it)

Tel 0185 329994-329885-329118

Fax 0185329920

## CONSIGLI PER UNA SANA ALIMENTAZIONE

*Il tema dell'alimentazione è oggi al centro di numerosi dibattiti. Se ne parla in televisione, sui giornali, sui libri di divulgazione di un'alimentazione sana ed equilibrata, tra esperti e studiosi nell'ambito di indagini conoscitive, nuove scoperte scientifiche, e quant'altro. L'alimentazione è, allo stesso tempo, fonte di grandi preoccupazioni come causa o rischio di gravi problemi di salute, ma anche alla base di altrettanto grandi speranze di rinnovamento culturale. E' oggetto di attenzione quotidiana delle famiglie in ogni parte del mondo, ma anche di "macro" processi sociali ed economici nel mondo globalizzato. E' fonte di grandi ricchezze come di insopportabili disuguaglianze. L'alimentazione è parte della vita, per questo motivo l'interesse verso di essa non suscita stupore. Se analizziamo il significato della parola "dieta", essa deriva dal greco "dieta" e **significa stile di vita**: coniuga in maniera efficace i differenti aspetti ad essa correlati. Dieta vuol dire infatti modalità di alimentarsi, stile di vita alimentare nell'individuo sano, e assume un significato terapeutico, preventivo e riabilitativo nelle differenti condizioni patologiche. La normale alimentazione di un individuo o di gruppi di individui può infatti essere modificata con lo scopo di curare, controllare o correggere errori alimentari e squilibri metabolici. Seguire una sana alimentazione e avere un regime alimentare equilibrato è efficace per: mantenere un **peso ottimale nel tempo e un buon stato nutrizionale**, con l'introduzione di tutti gli alimenti in maniera bilanciata ed equilibrata. Tutto questo è essenziale per cercare di prevenire l'insorgenza di malattie tra le quali: **arteriosclerosi, ipercolesterolemia, diabete, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, ecc...***

***Le principali regole alimentari e comportamentali per una sana e corretta alimentazione e per la prevenzione di patologie sono:***

- *Mangiare lentamente e masticare il cibo in maniera adeguata;*
- *Evitare di leggere o guardare la TV durante i pasti;*
- ***Frazionare i pasti*** in tre principali e due spuntini, possibilmente rispettandone gli orari per migliorare la percezione della fame e della sazietà;
- ***Non saltare*** mai i pasti;
- *Prediligere **metodi di cottura** semplici e digeribili come: alla griglia, in umido, lessatura, al cartoccio, al limone, al forno, al vapore.*
- ***Condire*** i primi piatti in maniera semplice: con olio, pomodoro fresco tipo pelati, sughi di verdure; evitare condimenti particolarmente ricchi in grassi e l'ulteriore aggiunta di parmigiano.
- ***Evitare*** i condimenti di origine animale (burro, strutto, panna, pancetta, lardo) e ***limitare*** le quantità di olio utilizzate per il condimento quotidiano.

***Ridurre il consumo di sale*** e utilizzare spezie o erbe aromatiche per dar maggior sapore ai cibi e alle preparazioni alimentari: aglio, scalogno, porro, capperi, sedano, basilico,

- *salvia, rosmarino, menta, alloro, origano, maggiorana, anice, cannella, noce moscata, ginepro, pepe verde, pepe nero, semi di finocchio, senape, zenzero, zafferano.*
- **Variare** i secondi piatti nell'arco della settimana:
  - *Carne 2/3 volte a settimana, evitare i tagli più grassi e le frattaglie;*
  - *Pesce 3/4 volte a settimana, limitando il consumo del pesce sott'olio e in salamoia;*
  - *Formaggi 2 volte a settimana;*
  - *Legumi 2/3 volte a settimana;*
  - *Salumi e carni conservate 1 volta a settimana, togliendo il grasso visibile;*
  - *Uova 1-2 volte a settimana.*
- **Consumare** tutti i giorni 2/3 porzioni di frutta fresca di stagione e 2/3 porzioni di verdura;
- **Bere almeno 1 litro e mezzo di acqua** al giorno, evitando bevande alcoliche, succhi di frutta, bibite gassate e zuccherine.
- **Evitare:** dolci confezionati e merendine, creme, budini, caramelle, gelatine di frutta e di tutti quei cibi eccessivamente ricchi di zuccheri e grassi.
- **Svolgere almeno 30 minuti di attività fisica moderata tutti i giorni.**

## FREQUENZA SETTIMANALE DEI SECONDI PIATTI

- Carne 100 g 2-3 volte la settimana max
- Pesce 150 g 3-4 volte la settimana
- Formaggio 40 g 2 volte la settimana max ( se ricotta 80 g)
- Uova n° 1 2 volte la settimana
- Salumi 50 g 1-2 volte la settimana max (prosciutto cotto, crudo, spek magro, bresaola, tacchino)
- Legumi secchi 50 g 2-3 volte la settimana  
Fagioli , ceci, lenticchie, piselli, fave, soia  
Legumi freschi , surgelati o in scatola 150 g  
Hamburger di soia 100 g

### N.B.

- ❖ **LE GRAMMATURE DEGLI ALIMENTI** si riferiscono all'alimento crudo, al netto degli scarti (per es. frutta senza buccia e semi, pesce senza pelle e spine).
- ❖ **VINO E BIRRA:** se non espressamente inseriti nel regime alimentare prescritto non è opportuno che vengano consumati .
- ❖ **CAFFE':** limitare il consumo a due-tre tazzine al giorno.
- ❖ **ZUCCHERO:** se lo zucchero non è espressamente consigliato , è opportuno utilizzare solo dolcificanti di sintesi (ad es. **ASPARTAME COMPRESSE** )
- ❖ **Tutti gli alimenti compresi nella dieta** devono essere cucinati secondo i seguenti metodi di cottura: **ALLA GRIGLIA, LESSATURA, AL CARTOCCIO, AL FORNO, AL VAPORE.** Durante la cottura si possono utilizzare pomodoro, succo di limone ed anche latte o vino purché in modeste quantità.

ATKINS

MOLECOLARE

MITOCONDRIALE

PALM BEACH

DUKAN

ZONA

LEMME

SIRT

SENZA GLUTINE

METABOLICA

SCARSDALE

DIETA

MONTIGNAC

SUPERMETABOLISMO

GIFT

DISSOCIATA

PALEODIETA

MONOALIMENTO

PLANK

TISANOREICA

GRUPPO SANGUIGNO

DIETA MIMA DIGIUNO

Con il contributo della Dr.ssa Elisabetta PERI

Medico con MASTER  
in DIETETICA e NUTRIZIONE CLINICA



# Diete vegetariane

- Latto-ovo-vegetariana: esclusa la carne e i pesce, consentiti latticini, uova, miele
- Latto-vegetariana: consentiti i latticini ma non le uova
- Ovo-vegetariana: consentite le uova, esclusi i latticini
- Vegana: esclusi tutti i prodotti derivati dagli animali (carne, pesce, uova, latticini, miele...)
- Crudista
- Fruttariana
- **Macrobiotica**

# Motivazioni

- Etiche
- Ecologiche
- Economiche
- Filosofiche
- Salutistiche



**NON NEL MIO PIATTO**

Nutrire gli animali con cereali è inefficiente



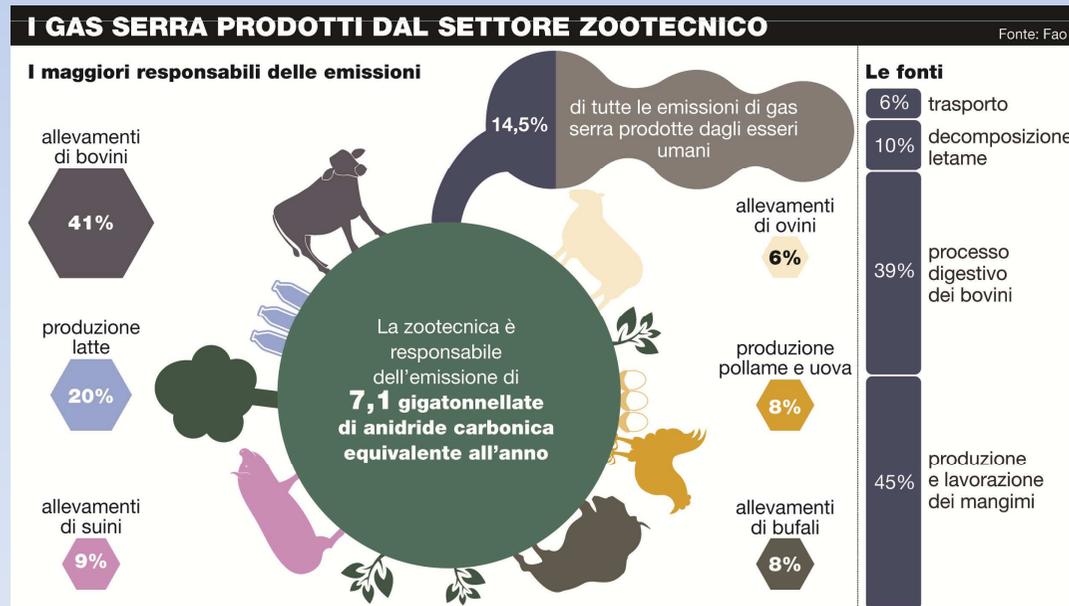
**100 CALORIE DI CEREALI DATI AGLI ANIMALI**



Producono solo  
**17-30 CALORIE**  
sotto forma di carne

Il 55% dei cereali UE vengono utilizzati per nutrire gli animali da allevamento. Si tratta di uno spreco in termini di uso di cereali, suolo e energia.  
L'ALLEVAMENTO INDUSTRIALE È INEFFICIENTE, DANNEGGIA L'AMBIENTE E MINACCIA LA TUA SALUTE. CORTI AD ESSERE CRUDELE CON GLI ANIMALI.

**CIWF Italia**



Il consumo a lungo termine di carne rossa e in particolare di carne processata è associata con un aumentato rischio di mortalità assoluta, patologie cardiovascolari, cancro colon-rettale e diabete tipo II sia negli uomini che nelle donne. L'associazione persiste anche dopo l'inclusione di altri fattori confondenti come età, razza, BMI, fumo, pressione arteriosa, tasso di lipidi, attività fisica e altri parametri nutrizionali anche in analisi multifattoriali. L'associazione non è stata sempre notata con la carne rossa, ed è risultata assente con la carne bianca. **C'è l'evidenza che possano essere coinvolti vari meccanismi patogenetici per ogni effetto avverso osservato, ma ad oggi, il loro ruolo non è ancora definito.**

Battaglia Richi E, Baumer B, Conrad B, et al. Health Risks Associated with Meat Consumption: A Review of Epidemiological Studies.

Int J Vitam Nutr Res. 2015;85(1-2):70-8. doi: 10.1024/0300-9831/a000224.



**I benefici della dieta  
vegetariana derivano solo  
dall'eliminazione della  
carne dalla dieta?**

# DIETA VEGETARIANA: profilo nutrizionale



- Carboidrati
- Fibra
- Alcuni minerali (Mg, K)
- Alcune vitamine (C, E)
- Composti fitochimici
- Acidi grassi omega 6



- Energia
- Grassi saturi
- Colesterolo
- Alcuni minerali
- Alcune vitamine (B12)
- Acidi grassi omega 3

E' stato dimostrato che la dieta vegetariana correttamente applicata permetta di ridurre il BMI, migliorare il profilo lipidico, diminuire il rischio di ipertensione arteriosa, patologie cardiovascolari, sindrome metabolica e aterosclerosi [.....] Altri studi hanno sottolineato come la dieta vegetariana possa favorire lo sviluppo di patologie come iperomocisteinemia, deficit proteici, anemia, diminuzione di creatina nei muscoli, squilibri mestruali in donne che svolgono attività fisica

Pilis W, Stec K, Zych M, Pilis A., Health benefits and risk associated with adopting a vegetarian diet.

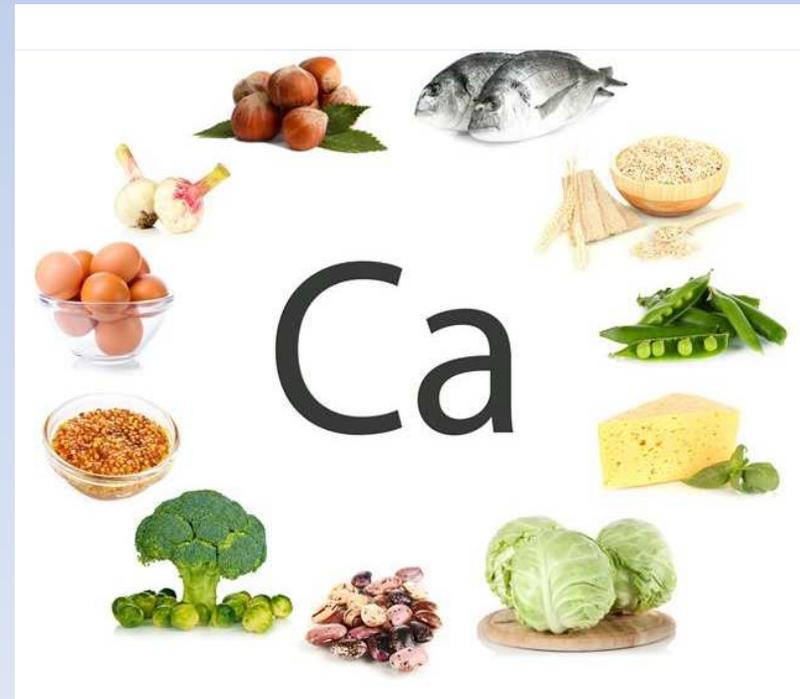
Rocz Panstw Zakl Hig. 2014;65(1):9-14.

## Proteine

Il fabbisogno proteico è generalmente soddisfatto nei latte-ovo-vegetariani. Nei vegani sussiste il rischio di un'assunzione insufficiente; importante l'associazione di cereali e legumi per raggiungere un apporto proteico il più possibile completo.

## Calcio

Come per le proteine non ci sono significativi rischi di carenza nel caso di una dieta latte-ovo-vegetariana (anzi, l'apporto potrebbe rivelarsi nettamente superiore ai LARN) mentre nella dieta vegana il rischio è consistente e richiede un'integrazione.



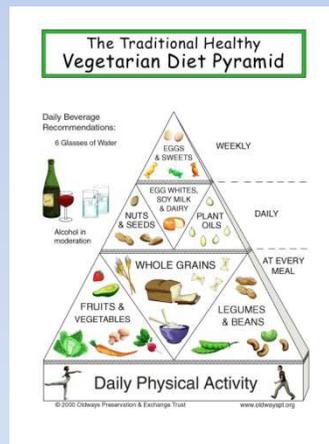


## **Vitamina B12**

Questa importante vitamina è praticamente assente nel regno vegetale; indispensabile l'integrazione nutrizionale nelle diete che escludono carne e derivati.

# In attesa dei risultati possiamo comunque concludere che:

- Una dieta “semplice”, povera di grassi animali, in particolare carne rossa e carni trasformate, che privilegi piccole quantità di latticini, uova, carne bianca e pesce
- Ricca di cereali integrali e fibre
- Ricca di frutta fresca, verdura, legumi e che apporti le giuste quantità di grassi insaturi



Rappresenti senza dubbio un'importante prevenzione non solo verso alcuni tipi di tumore ma anche patologie croniche come obesità, diabete, malattie cardiovascolari e metaboliche.

# **ALIMENTI BIOLOGICI**

**PRODOTTI BIOLOGICI:** che provengono da agricoltura biologica. Sono ottenuti senza alcuna sostanza chimica di sintesi e nel pieno rispetto dell'ambiente.



## **PERCHE' E' TANTO DI MODA?**

I consumatori scelgono alimenti biologici sia per il **sapore** che per ragioni ambientali, ma la ragione principale è che ritengono che essi siano più salutari.

Il che è per loro traducibile in:

1. Assenza di fertilizzanti e pesticidi
2. Maggior contenuto di nutrienti
3. Un sapore migliore
4. Minor rischio di contaminazione microbiologica



## Dalle EVIDENZE SCIENTIFICHE sappiamo che i prodotti biologici:

1. E' probabile che riducano sensibilmente l'esposizione dei consumatori ai pesticidi di sintesi attraverso la dieta (*Environ Health Perspect. 2003*)
2. Possono presentare livelli maggiori di antiossidanti, ma il dato è variabile in quanto dipendente da altri parametri di coltivazione, conservazione e commercializzazione. (*Food Addit Contam. 2005*)
3. Ogni altro **beneficio** sulla salute umana non è né confermato né smentito (*Forum Nutr. 2005*)
4. Il rischio di contaminazione microbiologica non è più elevata che nel caso di alimenti convenzionali (l'igiene alimentare è il principale determinante in entrambi i casi) (*Crit Rev Food Sci Nutr. 2006*)

# EFFETTI DELLA DIETA IPERPROTEICA

- Efficace nel favorire il calo ponderale :
  - maggiore T.I.D. delle proteine vs carboidrati e lipidi
  - maggiore effetto saziante delle proteine
- (A.R.Skov, International Journal of Obesity, 1999)
- Se associata a basse quantità di carboidrati ed elevate quantità di lipidi è chetogenetica
  - Produce elevate quantità di scorie metaboliche azotate
  - Può indurre disidratazione
  - Produce mobilizzazione di Calcio dalle ossa accelerando il processo osteoporotico
  - Litiasi renale
  - IR
- (Allen, Am J Clin Nutr, 1979)

## PREPARATI DI SINTESI O ALIMENTI?

“Non è ancora stato dimostrato che i prodotti commerciali costituiti da combinazioni di carboidrati con proteine o aminoacidi siano più efficaci degli alimenti nel ripristinare le scorte di glicogeno nel muscolo e gli aminoacidi necessari per la sintesi proteica”

(R.Maughan, The athlete's diet: nutrition goals and dietary strategies, *Proceedings of the Nutrition Society*, 2002)



**Senza considerare il consumo di proteine/aminoacidi in polvere, creatina, deidroepiandrosterone, ormone della crescita, ormoni steroidei rispettivamente nel 4.7% e dei maschi e 1,6% delle femmine (12-18) per migliorare la forma fisica, la forza, l'apparenza.**

Field et al, Pediatrics 2005

*McCabe MP et al, 2001; Neumark-Sztainer D, 1999; Irving Lm et al, 2002; Yesalis CE et al, 1997; Melia P et al, 1996; Tanner SM et al, 1995; Faigenbaum AD et al, 1998; Wichstrom L et al, 2001.*

**Conseguenze note:**

**Aggressività**

**Alterazione lipidi ematici**

**Alterazione sistema riproduttivo**

Loud KJ et al, 2003

## MODE EMERGENTI: benessere a tutti i costi?!!



### BIGORESSIA (fame di grossezza) o complesso di ADONE

cronica insoddisfazione per il proprio aspetto fisico associato ad un ossessivo timore di perdere la perfetta forma fisica raggiunta dopo allenamenti estenuanti, diete drastiche con abuso di integratori.

Tutto ciò è accompagnato da comportamenti auto-punitivi che portano a uno stato di sovra-allenamento con le dovute conseguenze psico-fisiche ('auto isolamento sociale').

Interessa anche le ragazze che frequentano palestre

«...più preoccupate di essere deboli che non di essere femminili»

«Irrobustire l'immagine di sé e guadagnare sicurezza diventa una sorta di "anoressia inversa".

*L'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima spingono questi soggetti nelle mani di pseudopreparatori atletici e di procacciatori di anabolizzanti».*

E' a tutti gli effetti una psico-patologia (Muscle Dysmorphia) inserita nel DSM IV-TR sotto la categoria dei disturbi ossessivo compulsivi. (James E. Leone 2005)

# FAST FOOD

## Caratteristiche dei pasti FAST FOOD:

- Grandezza delle porzioni

E' stato dimostrato che maggiore è la grandezza della porzione presentata e maggiore è la quantità di cibo consumato (*Obes Res 2004* ); JADA, 2006 (In USA la porzione "super size" di bibita misura quasi 2 litri per un introito calorico medio di circa 700 kcal)

- Alta densità calorica

Un menu tipico Americano fornisce un introito calorico di circa 260 kcal per 100 gr, il che corrisponde al doppio dell'introito calorico medio consigliato in una sana alimentazione

Gli individui che consumano pasti nei ristoranti *fast-food* più di 2 volte alla settimana aumentano 4,5 kg in più e presentano un aumento dell'insulino-resistenza del 104%, maggiore rispetto a coloro che frequentano i *fast-food* meno di una volta alla settimana

Lancet, 2005



# Modelli culturali e mode pericolose

- Presenza di norme culturali considerate normali
- Abitudini alimentari e sportive che possono diventare vere e proprie ossessioni, predisponendo a Disturbi Alimentari e dell'immagine corporea



**REGIME DIETETICO** e **IPERATTIVITA' FIS**



# L'eccesso salutista: l'Ortoressia Nervosa



Da *orthos* (sano, giusto), *orexis* (appetito) e *nervosa* (nel senso di patologica):  
ossessione per il mangiare sano

“Tutti sanno che mangiare bene è importante, ma un sorprendente numero di persone ha cominciato a farlo in modo **ossessivo**. È qui che comincia la **malattia**.”

Steven Bratman, autore di “Health food junkies” (letteralmente “Drogati di mangiar sano”)

# L'eccesso salutista: l'Ortoressia Nervosa

- Anoressici e Bulimici sono ossessionati dalla QUANTITA' del cibo ingerito
- Gli ortoressici dalla QUALITA'



- Corsa maniacale alla genuinità
- Ricerca e preparazione del cibo occupa la maggior parte del tempo della giornata



# L'alimentazione nell'anziano

Si considera anziana, convenzionalmente, una persona over 65

(anche se è più importante l'età biologica)

Il fabbisogno calorico globale in genere cala progressivamente per la diminuita attività fisica e per la diminuzione fisiologica della massa muscolare (che condiziona il consumo).

**Il fabbisogno PROTEICO al contrario aumenta progressivamente:**

***SU QUESTO PUNTO VI E' ANCORA SCARSA  
ATTENZIONE***

# ***L'ALIMENTAZIONE DELL'ANZIANO NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE***

La nutrizione ha un ruolo fondamentale, sia in ambito preventivo che terapeutico, specie nella popolazione anziana, fascia particolarmente fragile che spesso presenta malnutrizione, una vera e propria patologia nella patologia che causa aumento di morbilità e mortalità.

## ***I cambiamenti nella composizione corporea associati all'invecchiamento***

L'invecchiamento è un processo fisiologico che nell'individuo si associa a modifiche anatomo-strutturali che portano ad alterazioni della struttura, della morfologia e della funzionalità di organi ed apparati. Le modificazioni fisiche del soggetto durante l'invecchiamento riguardano la statura, il peso corporeo e la composizione corporea.

L'invecchiamento, inoltre, si associa a cambiamenti significativi della composizione corporea, della distribuzione del grasso e del metabolismo basale. Si assiste infatti ad un aumento del tessuto adiposo (con localizzazione prevalentemente addominale) e alla diminuzione sia del volume plasmatico e dell'acqua corporea, sia delle masse muscolari.

Negli ultimi anni sono stati effettuati numerosi studi che hanno tenuto conto del rapporto massa grassa/massa magra dell'anziano e che hanno introdotto il concetto di **obesità sarcopenica**. Tale condizione, caratterizzata da un aumento corporeo della massa grassa e da una riduzione della massa muscolare causata da un'iperproduzione di citochine proinfiammatorie da parte del tessuto adiposo periviscerale, si esprime clinicamente con una riduzione della forza fisica.

Pertanto l'obesità è una condizione che contribuisce notevolmente all'induzione della disabilità, presumibilmente attraverso un'accelerazione dell'insorgenza della sarcopenia. Le evidenze scientifiche suggeriscono che le modificazioni della composizione corporea dovute all'età sono correlate ad un eccessivo introito energetico o ad una riduzione del dispendio energetico per diminuita attività fisica o ad entrambi i fattori

## *I fabbisogni per la popolazione anziana*

L'alimentazione nell'anziano, per essere equilibrata, quantitativamente e qualitativamente, deve considerare molteplici aspetti: deve valutare il dispendio energetico e lo stato di salute del soggetto, dev'essere varia anche per appagare aspetti edonistici, come il gusto e l'olfatto, e deve considerare gli aspetti pratici della preparazione e dell'assunzione dei cibi. Durante la senescenza riuscire a mantenere un soddisfacente bilancio energetico, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, rappresenta una sfida.

Per definire di cosa e di quanto il paziente anziano necessita bisogna effettuare anche un calcolo appropriato dei liquidi e un corretto frazionamento e apporto dei macronutrienti (lipidi, protidi, glucidi), da somministrare in relazione all'eventuale stato di malnutrizione del paziente e alla patologia da cui è affetto.

## *Fabbisogno proteico*

Per quanto riguarda il fabbisogno proteico, studi recenti suggeriscono che i fabbisogni di azoto non sono diminuiti nell'anziano; anzi, nonostante la riduzione della massa magra che potrebbe far pensare ad un minor fabbisogno proteico, nell'anziano non si osservano modificazioni significative del turnover proteico, per via della minor capacità di assorbimento e di utilizzazione delle proteine.

**L'apporto di proteine nell'anziano, per poter mantenere un bilancio azotato positivo, dovrebbe essere di circa **1,1 g/Kg/die**. In condizioni di grave stress metabolico (infezioni, fratture ossee, interventi chirurgici, piaghe da decubito, sarcopenia, ecc...) il fabbisogno proteico può arrivare anche a **1,2 / 1,5 g/Kg/die**.**

**E' necessario privilegiare e incoraggiare l'utilizzo di alimenti con proteine ad alto valore biologico, complete degli amminoacidi essenziali, evitando però di superare il fabbisogno proteico in considerazione delle difficoltà di smaltimento e del possibile accumulo di metaboliti azotati.**

## *Fabbisogno lipidico*

Per quanto riguarda i lipidi, che rappresentano i nutrienti con maggiore densità calorica, l'apporto dell'anziano deve ricoprire circa il **25-30%** della quota calorica giornaliera. I grassi saturi di origine animale non devono superare il 10% del totale energetico, gli acidi grassi essenziali polinsaturi devono essere presenti almeno per il 2-6% e il resto è rappresentato dai monoinsaturi, presenti nell'olio d'oliva. Gli acidi grassi sono indispensabili per l'assorbimento delle vitamine liposolubili, gli omega-3 hanno anche un effetto positivo sul metabolismo lipidico ed un ruolo protettivo per l'apparato cardiovascolare.

## *Fabbisogno glucidico*

La quantità raccomandabile di glucidi nella popolazione anziana **non deve essere inferiore al 55% e superiore al 60% dell'apporto energetico totale**. Vanno preferiti i carboidrati complessi e la percentuale di zuccheri semplici deve restare il più possibile bassa (10-12%) per i frequenti problemi di insulino-resistenza dell'anziano e la conseguente iperglicemia.

Bisogna però ricordare che i carboidrati, oltre a fornire energia, consentono un risparmio di proteine, utili per la sintesi di nuovi tessuti e prevengono inoltre l'acidosi.

## *Fabbisogno in fibra*

Nell'anziano, a causa della riduzione sia del tono muscolare intestinale che della peristalsi, la stipsi è una condizione frequente. **Per questo motivo l'apporto di fibra alimentare raccomandato nella dieta dell'anziano è di circa 18 g/die.** Per ottimizzare l'integrazione in fibre occorre raccomandarne un incremento lento e progressivo fino a raggiungere la quota ottimale, per evitare i fastidiosi disturbi legati alla distensione addominale, alla flatulenza ed al dolore addominale. Quando si incrementa la fibra è anche importante garantire un adeguato apporto di liquidi, che dovrà essere maggiore in chi assume diuretici ed in particolare nei mesi estivi, quando la perdita di liquidi è più elevata.

## *Fabbisogno in acqua*

Per quel che riguarda l'acqua, il fabbisogno medio giornaliero è di **30/40 ml/Kg/die**. E' noto che l'anziano ha una riduzione dello stimolo della sete e una diminuita capacità di risparmiare acqua, per cui l'aspetto disidratato della cute dell'anziano è un chiaro segnale di squilibrio del bilancio idrico.

## *Riassumendo la composizione della dieta dovrebbe essere:*

**Carboidrati 55-60 %**

**Lipidi 25-30 %**

**Proteine 15 %**

**Fibra 18 g al giorno**

**Acqua 30-40 ml/kg/die**

**ASL 04 - CHIAVARESE**  
**Novembre 2012 - Ottobre 2013**

**PROGETTO SU ANZIANO  
FRAGILE E RISCHIO  
MALNUTRIZIONE**

**S.I.M.G. Sezione Tigullio**  
**Igiene Pubblica ASL 04**  
**Serv. Dietologia ASL 04**  
**Approvato dal Comitato**  
**Etico**

# DATI SULLA POPOLAZIONE DELLA ASL 04 over 75 al 30 GIUGNO 2013

## Residenti:

Maschi	8.606
Femmine	14.475
<hr/>	
Totale	23.081

**PREVENZIONE SORVEGLIANZA CONTROLLO MALNUTRIZIONE**

**Cambia la tua colazione**

La mia colazione è \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Cambio la meglio e meglio**

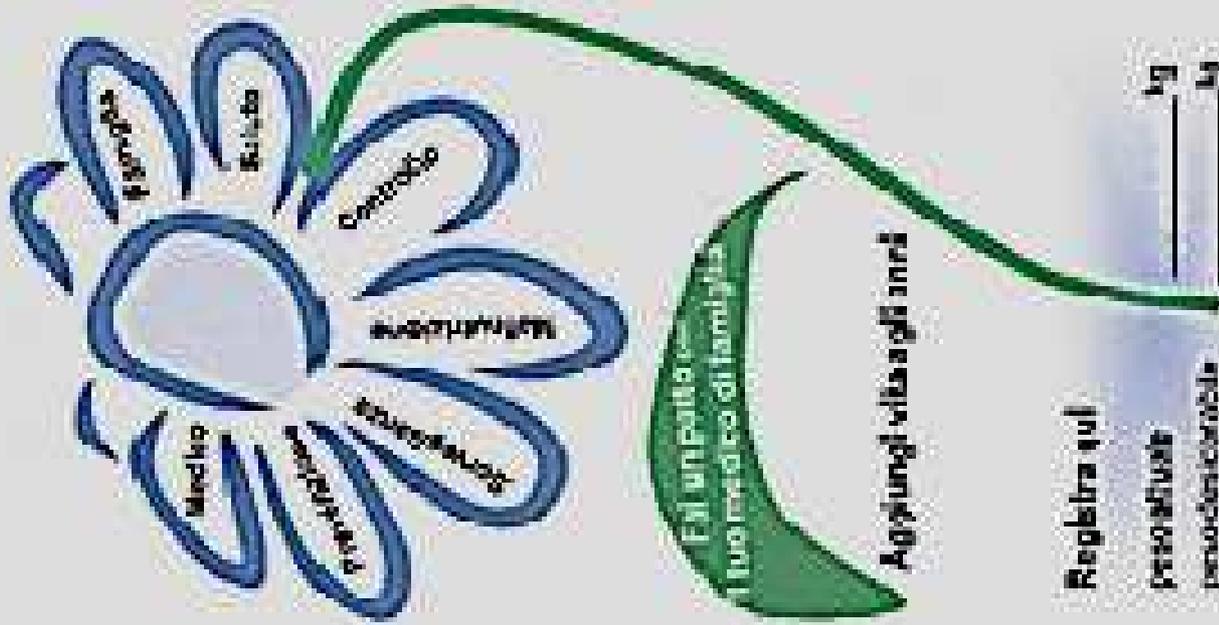
- latte
- yogurt
- altre proteine:  ricotta  prosciutto cotto
- cereali integrali (tipo bioforma, bioval, eccoli, pane tostato)
- Li spremuta
- miele o marmellata (senza coloranti/conservanti)
- aggiungo frutta fresca



Ministero della Sanità  
 Dipartimento di Malattie Infettive



Ministero della Sanità  
 Ministero della Salute



**SORVEGLIANZA,  
 CONTROLLO  
 E PREVENZIONE**

**DELLA MALNUTRIZIONE  
 NEL PAZIENTE ANZIANO  
 (OVER 75 ANNI,  
 NON ISTITUZIONALIZZATO,  
 IN CARICO AI MEDICI  
 DI MEDICINA GENERALE**

**Struttura partecipanti**

**Struttura Comprensivi  
 Igiena e Sanità Pubblica**

**Struttura Semplice Dipartimentale  
 Dietetica e Nutrizione Clinica**

**Società Italiana  
 di Medicina Generale (S.I.M.G.)**

**Registra qui**

peso attuale \_\_\_\_\_ kg  
 peso desiderabile \_\_\_\_\_ kg

# PREVENZIONE SORVEGLIANZA CONTROLLO MALNUTRIZIONE

La linea guida per una sana alimentazione (ISSN 2003) consiglia di suddividere il fabbisogno nutrizionale giornaliero in:

- Colazione
- Pranzo
- Cena
- Due spuntini leggeri

Consigli alimentari:

- Consumare più frutta, verdure, ortaggi freschi (lamina, sali minerali e fibre)
- Limitare il consumo di grassi saturi (grasso delle carni, burro, formaggi grassi, pasta, margarina)
- Preferire cereali integrali, pasta, cereali, soia
- Preferire nei condimenti l'olio extravergine di oliva
- Aumentare il consumo di pesce (ricchi di grassi omega 3 che rallentano il declino cognitivo)
- Limitare il consumo di zuccheri semplici preferendo il consumo di carboidrati complessi (come cereali, pasta, pane, legumi)
- Ridurre l'uso del sale che causa il digiuno e le aritmie per l'assunzione in eccesso
- Bere almeno 1,5 litri di liquidi al giorno

Aggiungere vita agli anni ... e attività



Con poco sforzo

- Migliorare la miscelazione
- Sostituire un dolce con un frutto
- Mangiare legumi e pesce 3 volte a settimana (pesce azzurro, agnello, anca, salsiccia, uovo) almeno 1 litro di acqua durante la giornata



Sarebbe ancora meglio

- Fare una colazione completa
- Mangiare frutta e verdure 2 volte al dì
- Mangiare legumi e pesce 2 volte a settimana
- Consumare tutti i vegetali
- Limitare il consumo di alcolici
- Bere acqua spesso durante il giorno



Per i più decisi

- Fare una colazione completa
- Mangiare 5 porzioni di frutta e verdura al dì
- Consumare pesce 3 volte a settimana
- Mangiare legumi 2 volte a settimana
- Consumare tutti i vegetali
- Limitare il consumo di alcolici
- Bere 8 bicchieri di acqua ogni giorno

... con il movimento



Con poco sforzo

- Allungare la poltrona spesso
- Non restare seduti più di 20 minuti

2 volte a settimana

- Fare una passeggiata
- Riciclare ogni occasione per camminare ed incontrare gli amici



Sarebbe ancora meglio

3-5 volte a settimana

- Andare in bici o a cavallo o al nuoto

- Fare attività dolci
- Fare le scale
- Fare stretching



Per i più decisi

Ogni giorno varie...

- Camminare a passo svelto
- Andare, anche in bici
- Fare stretching e rinforzare gli arti
- Fare attività per rafforzare i muscoli e l'equilibrio

DATI definitivi del Dr. Francesco BRUNETTI  
elaborati dalle Drsse M. Ferrari Bravo e C. Marchello

Totale pz >75 anni 242                      Totale pz eleggibili 196

Totale pz >75 anni esaminati 193 (quasi 100%)  
( 3 pz NON reperibile perché fuori regione)

Pazienti fragili 187 ( 96,9 %) (IC 95% 94,4 -99,3%)

Per patologia 173 92,5 %

Per disagio sociale 26 13,9 %

Vive solo 52 27,8 %

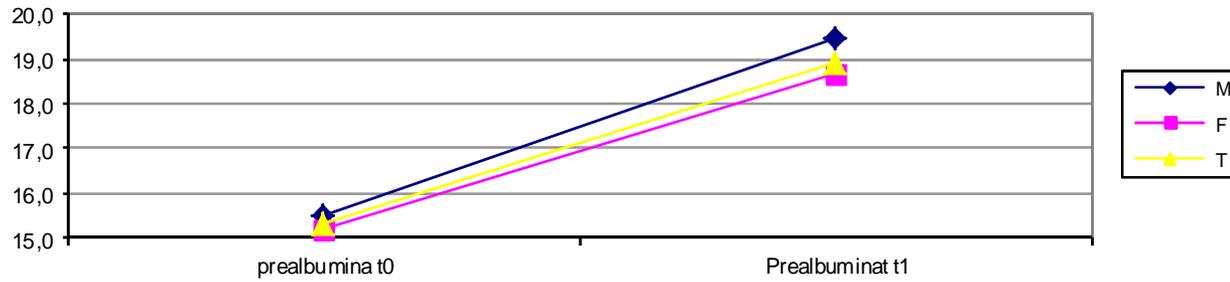
Esente ticket 142 75,9 %

MNA  $\leq$  11 69 - 35,2 %

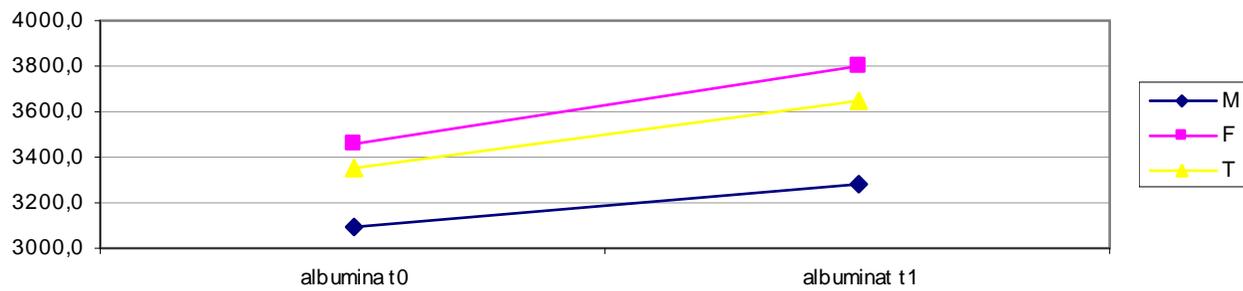
(di cui uno senza ematologici)

Malnutriti confermati 13 ( 6,6 %) (IC 95% 3,1 - 10,1 %)

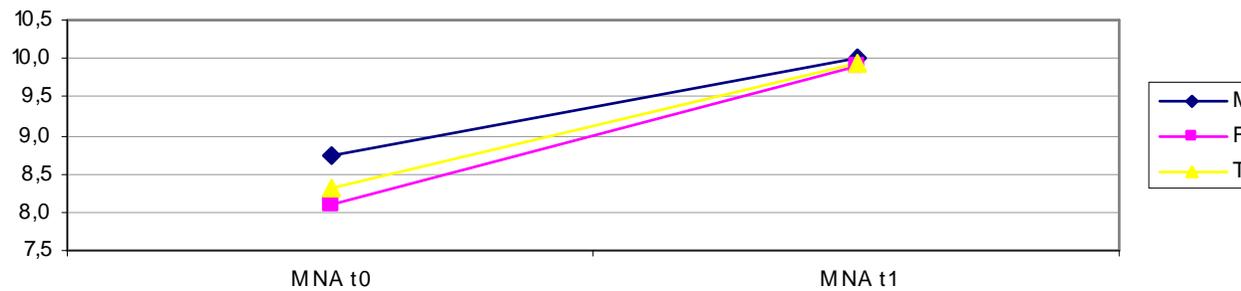
### Malnutrizione Prealbumina



### Malnutrizione Albumina



### Malnutrizione MNA





Principali Aperti Chiusi (17)

- Nuovo problema
- Diario**
- Procedure di prevenzione
- 10 IPERCOLESTEROLEMIA
  - 09 OSTEOPENIA
  - 09 DEPRESSIONE ANSIOSA
  - 04 OSTEOPOROSI
  - 04 LOMBALGIA CRONICA
  - 04 CIFOSCOLIOSI E SCOLIOSI grave
  - 94 COLELITIASI
  - 94 IPERTENSIONE ARTERIOSA
  - 12 ECZEMA da stasi venosa gamba dx
  - 10 COLON IRRITABILE

	Descrizioni
08.06.13	✓
04.02.09	porta busto lombare alto semirigido
22.02.06	epigastralgie, dispepsia
13.10.04	migliorate epigastralgie con Limbit
23.09.04	epigastralgie da esofagite da reflus
30.03.04	lombalgia subacuta
24.11.03	cisti sebacea suppurata cute addom
28.11.02	gonartrosi bilaterale
26.06.01	lombalgia acuta
28.04.00	lesione emisferica sinistra + s. depr
25.11.99	litiasi colecistica
16.06.98	prurigo sine materia di ndd

- Stampa gli accertamenti prescritti
- Misurare Pressione
  - Richiedere Accertamenti
  - 4 protocolli da completare. [Elenca Mostra scadenze](#)

Registro

# Registro su MW dei Pazienti Fragili

- Anagrafiche non presenti nell'archivio ASL (0)
- Anagrafiche variate dall'archivio ASL (0)
- Angioplastica coronarico o Bypass (0)
- BPCO (0)
- Diabete mellito (0)
- Diabete tipo 1 (0)
- Diabete tipo 2 (31) ( PDT attivo )
- Diabetico in gestione integrata (0)
- Ipertensione (0)
- K (0)
- K mammella (0)
- K prostata (0)
- Nuove anagrafiche inserite dall'archivio ASL (0)
- Pazienti critici (alto rischio farmaci/esami) (0)
- Pazienti fragili (183)**
- Protesi anca (0)
- Protesi ginocchio (0)
- Protesi valvole cardiache (0)
- Report da inviare ad ASL (0)
- Rischio cardiovascolare elevato (0)
- Scompenso cardiaco (0)
- Sindrome dismetabolica (0)
- Vaccinazione influenza (0)
- progetto MITT (0)
- progetto SIR (0)
- Registro Personale N° 1 (243)
- Registro Personale N° 2 (0)
- Registro Personale N° 3 (245)
- Registro Personale N° 4 (0)
- TAO (Terapia Anticoagulante Orale) (0)

183

Annulla

OK

n°	Posologia	E	T	
				NM
1	UNALA SERA	NX		C
1	UNALA SERA	NX		C
1	UNAAL DI	NX		C
2	1/2 c*2	R	CD	A
1	UNADOPO PFR	CD		A
2	1/2 c	R	CD	A
1	UNAALLA SET	NX		C
1		R	CD	A
1	UNAAL DI	NX		C
1	UNALA SERA	NX		C
1	UNALA SERA	NX		C
1	UNAAL DI	NX		C
1	UNAAL DI	NX		C

Intolleranze Allegati

Risultato	z	O	N	E	Tip	S
13					VIS	S
					B	
					B	RX A
					B	RX A
					B	OR A
117				R	L	A
2.360				R	L	A
8.96				R	L	A
45.2				R	L	A
60				R	L	A
-->				R	L	A
11				R	L	A

I miei assistiti con MPE confermata sono risultati pari al 6,6%

Proiettando il mio dato sui residenti nella ASL 04 avremmo un totale di circa

**1.200 cittadini con MPE**

A questi bisogna aggiungere i neoplastici attivi, quelli con insufficienza renale medio-grave e quelli con demenza (esclusi dallo studio) che sono quasi per definizione in prevalenza “malnutriti”.

Inoltre si devono aggiungere i NON Residenti (in prevalenza anziani).

# CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE

Premesso che ci sono molti studi su pazienti «istituzionalizzati» specie in riabilitazione cardiologica e geriatrica, **sul TERRITORIO** invece c'è una *insufficiente consapevolezza dell'importanza della MPE nell'anziano* da parte dei medici, dei familiari e degli stessi pazienti e purtroppo **il problema viene spesso quasi ignorato da molti specialisti** (cardiologo, neurologo, ortopedico, ecc.) che verosimilmente lo ritengono non di loro competenza, delegandolo ad altre figure professionali e/o ai care givers (quando non ne sottovalutano o disconoscono l'importanza).



Nel colloquio con i pz e con i loro familiari si rileva la persistenza di alcuni luoghi comuni e di indicazioni dei curanti “corrette” ma “datate” in quanto riferite a precedenti situazioni cliniche insorte in età più giovanile e non più congrue.



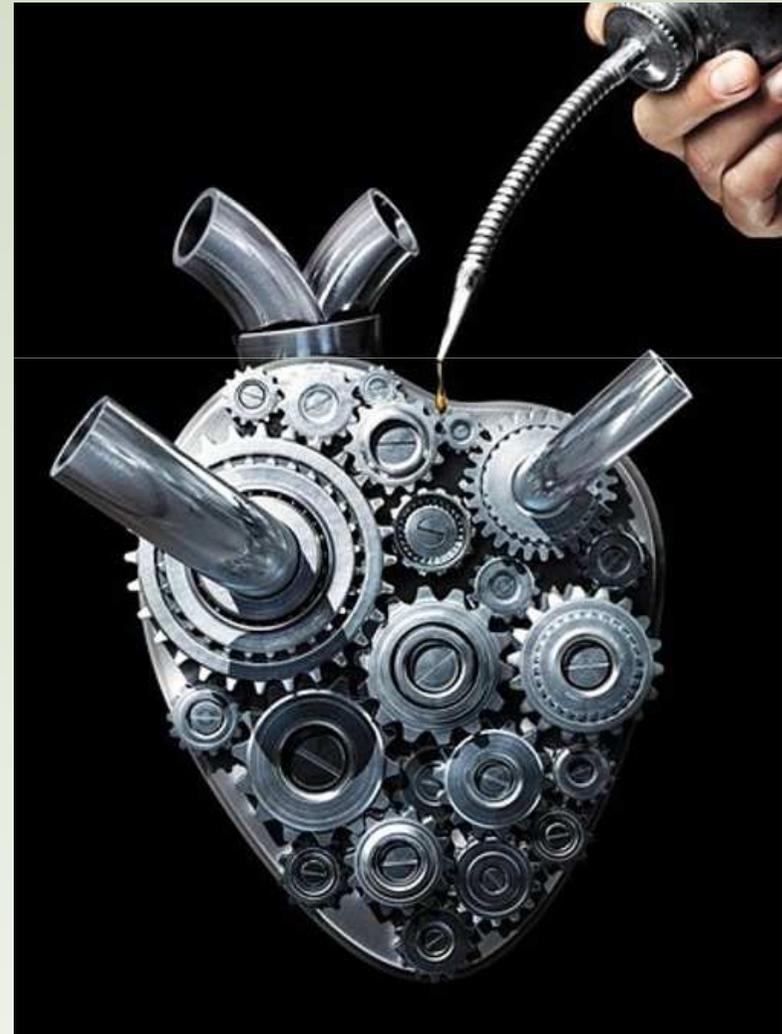
Alcuni pz molto anziani ( a volte anche loro familiari) sono prevenuti rispetto ad alimenti industriali, conservati/surgelati, non “freschi” o non “conosciuti”.

E' necessario imparare a fare di routine alcune semplici domande di anamnesi alimentare.

Inoltre si può tentare di costruire un «vocabolario» e una «rappresentazione» semplice e comprensibile di quanto sia importante l'apporto proteico.



Per esempio:  
anche il cuore è un muscolo per cui se non  
introduciamo nutrienti sufficienti ad  
alimentarlo le medicine  
da sole «non bastano» a  
garantirne l'efficienza.



## **DA QUANTO DETTO SI DEDUCE CHE È NECESSARIO**

**- APPRENDERE**

per

**- INFORMARE**

come?

**- COMUNICANDO**

perché?

**- LA CONOSCENZA E' CULTURA**

**- LA CULTURA OFFRE MAGGIORE POSSIBILITA' DI SCEGLIERE**

**- LA SCELTA CONSAPEVOLE PRODUCE SALUTE**

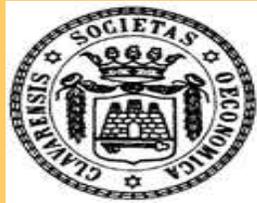
*Il 18 gennaio 2014 medici e cittadini si sono confrontati*

*Il 9 luglio 2016 medici di famiglia, geriatri, medici dello sport, fisioterapisti e infermieri si sono confrontati*

***NON CI RESTA CHE ANDARE AVANTI su QUESTA STRADA!***



# ETA' LIBERA E ALIMENTAZIONE: Il medico di Famiglia e lo Specialista



incontrano i Cittadini  
**Sabato mattina**  
**18 Gennaio 2014**

Società Economica Sala Ghio Schiffini

Via Ravaschieri 1 Chiavari



**Dr. M. Atzei, Medico di famiglia, Presidente Simg**

**Dr.ssa A. Neri, Pedagogista della Città**

**Dr. P. Cavagnaro, Direttore Generale Asl04**

**Dr. F. Brunetti Medico di famiglia, Simg**

**Dr. F. Gallo Responsabile Dietologia Asl04**

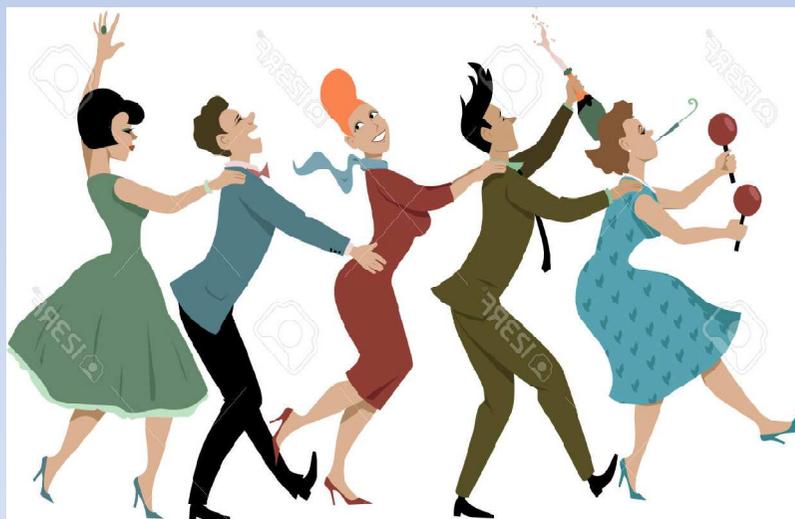
**Prof. G. Gabutti Direttore Igiene Pubblica Asl04**

**Dr. A. Zampogna Medico di famiglia, Simg**

**Dr.ssa E. Peri Medico in formazione, Simg**



Perché non provare a costruire insieme,  
nel nostro territorio,  
l'educazione ad uno «stile di vita»  
su misura  
per ciascuno di noi ?



**GRAZIE!**