

IV CONGRESSO



## SE LA MAPPA NON È IL TERRITORIO

*Modelli organizzativi, percorsi,  
innovazione nel trattamento dei Disordini Alimentari*



L'importanza della formazione  
nel trattamento dei DCA

*Tiziana Stallone*

# Nutrizione clinica

Sport

DCA

Nutrizione, fertilità,  
gravidanza,  
allattamento

Nutrizione  
oncologica



Nutrizione pediatrica

Nutrizione senile

Ristorazione  
collettiva

Nutrigenetica  
Nutrigenomica

**Necessità di una  
formazione  
specialistica**

**Nutrizione animale**

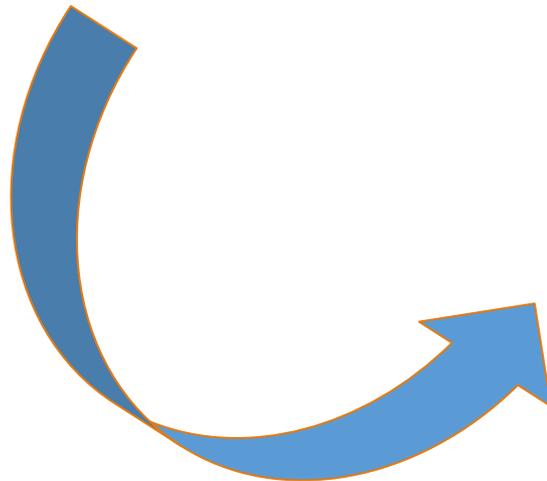
**Nutrizione piante**

## Ruolo del NUTRIZIONISTA



**Prevenzione primaria:** correggere le abitudini alimentari incongrue sul nascere, per ostacolare l'insorgenza della malattia

**Prevenzione secondaria (diagnosi precoce).** Condurre il paziente e/o i familiari verso un percorso di terapeutico corretto, anche evidenziando i limiti di un esclusivo intervento nutrizionale



L'**anoressia** parla di sé attraverso il corpo

Come si pone un nutrizionista di fronte all'**obesità**?

La persona obesa che si rivolge a un nutrizionista potrebbe avere un DCA e non riconoscerlo.

Il nutrizionista possiede gli strumenti giusti per aiutarlo?

**Siamo in grado di fornire delle soluzioni efficaci al  
problema dell'obesità?  
Quante persone obese nascondono un DCA?**

*FENS: Federation of European Nutrition Societies  
11° Congresso 2011*

**12th European  
Nutrition Conference**  
**FENS 2015**  
Berlin | Germany | October 20 - 23

**Nutrition and health throughout life-cycle –  
Science for the European consumer**

Estrel Convention Center  
Berlin, Germany  
organised by  
German Nutrition Society  
[www.fensberlin2015.org](http://www.fensberlin2015.org)

Technical Sponsor:  
**Fase 20**  
C. Mondini 35-219q  
28100 - Biadene  
Tel. 002 430 880  
Fax 002 430 099  
[info@fase20.com](mailto:info@fase20.com)  
[www.fase20.com](http://www.fase20.com)

**Siamo in grado di andare alla radice del problema?**

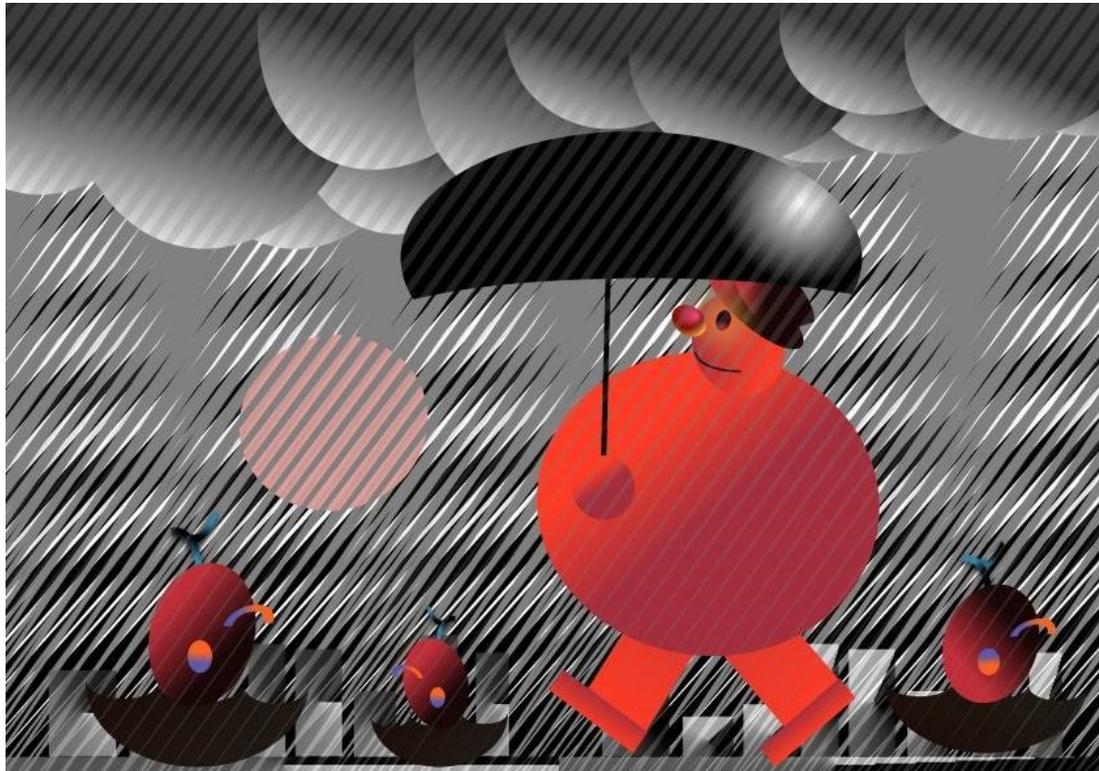
ARTICLE | April 28, 1993

# Futility and Avoidance Medical Professionals in the Treatment of Obesity

Arthur Frank, MD

*JAMA*. 1993;269(16):2132-2133. doi:10.1001/jama.1993.03500160102041.

## **l'omissione del trattamento terapeutico**



## *Futilità e disinteresse della professione medica per il trattamento dell'obesità*

- ✓ *Diet Industry* e disorientamento
- ✓ *Modello moralistico* – chi mangia è considerato colpevole
- ✓ La sola dieta non basta, anzi *le diete* fanno ingrassare



*Direttore dell'Obesity Management Program del  
George Washington University Medical Center  
Arthur Frank*

## **Futilità e disinteresse della professione medica per il trattamento dell'obesità**

- ✓ La terapia dell'Obesità non è stata affrontata in modo corretto sul piano scientifico e **sottoposta solo alla volontà del soggetto**
- ✓ E' come se a coloro che hanno la febbre fosse prescritta solo una aspirina. Se si trattasse di influenza la maggior parte guarirebbe, indipendentemente dalla terapia. Ma se la febbre fosse il primo sintomo del tifo la morte sarebbe certa per **l'omissione del trattamento terapeutico (eziologico)**

Arthur Frank

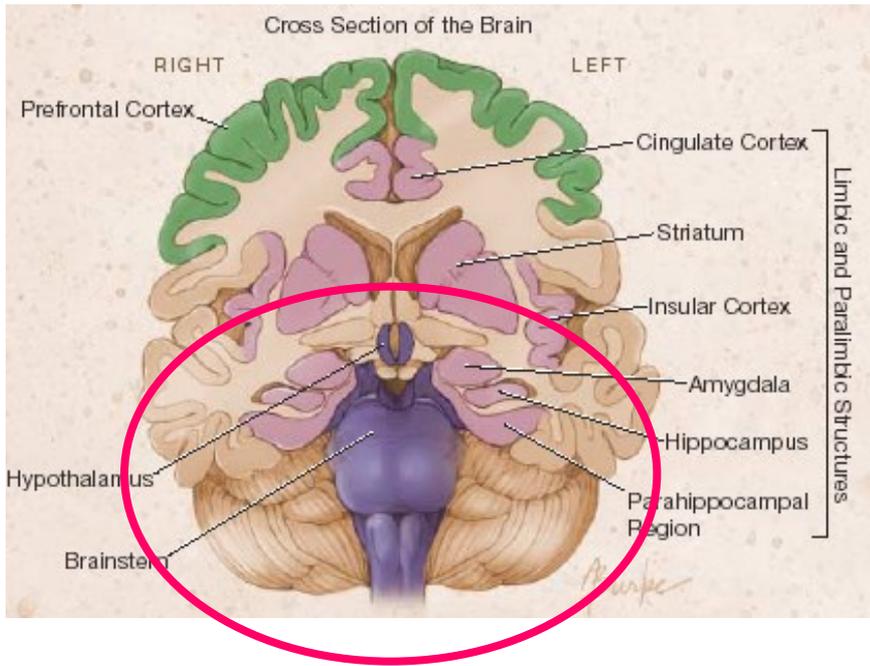
*Direttore dell'Obesity Management Program del George Washington University Medical Center*



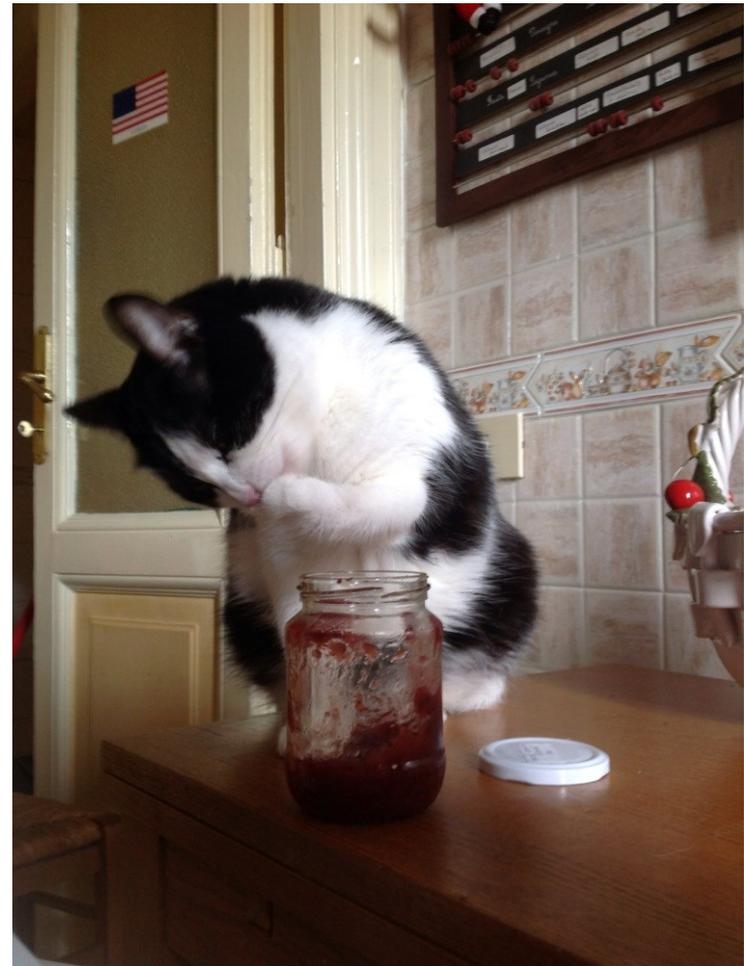
La correlazione tra **emozioni è cibo** è strettissima.

Abbiamo gli **strumenti giusti per rispondere con una dieta adeguata?**

# Il cibo influenza anche la sfera emozionale, provocando sensazioni di piacere



**Le aree sotto-corticali sistema mesolimbico**

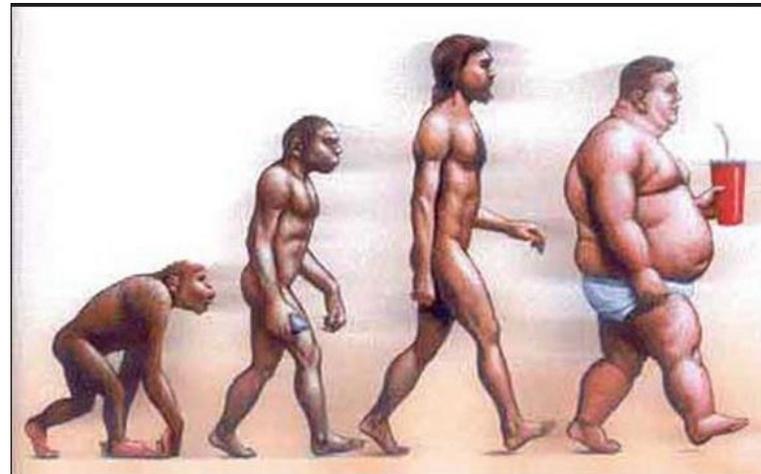
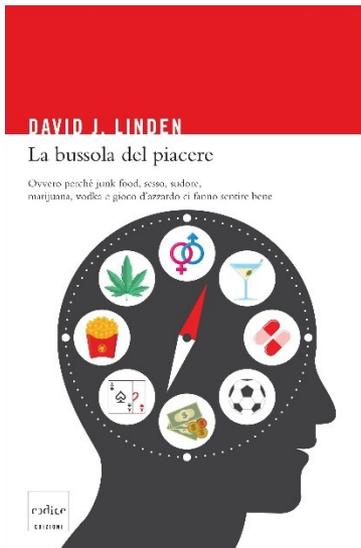


*Autore Dott.ssa Tiziana Stallone*

## «Evoluzione» della dieta e responsabilità della industria alimentare»

La dieta umana delle origini variava a seconda dei differenti habitat in cui vivevano i gruppi, ma aveva caratteristiche di fondo comuni: era per lo più vegetariana, con pochissimi grassi (che si presume costituissero circa il 10 per cento delle calorie totali) e pochissimi zuccheri. I sapori dolci venivano sperimentati di rado (solitamente quando si mangiava frutta matura o miele selvatico), la carne era un lusso raro e di solito, quando si riusciva a procurarsene un po', era molto magra. I sapori salati erano pressoché sconosciuti a chi viveva nell'entroterra e solo pochi alimenti a elevata umidità e con un alto contenuto di olio potevano essere masticati e ingoiati velocemente. Inoltre, è importante sottolineare che in molti luoghi le carestie erano frequenti e intermittenti, e perciò quando si

Pagina 79



## Tabella 9.2 - PROTOTIPO DI DIETA IPOCALORICA (1200 KCAL)

kcal 1206

Proteine 53 (17%)

Lipidi 40 (30%)

Glicidi 168 (52%)

### Colazione

- Latte 150 g / 1 yogurt 125 g
- Fette biscottate n. 3 / pane 30 g

### Seconda colazione

- Frutta 200 g (pere, mele, arance, kiwi) / 130 g (banane, fichi, uva, cachi) / 220 g (albicocche, fragole, melone, nespole, pesche)

### Pranzo

- Pasta o riso 70 g
- Pomodoro 70 g
- Verdura 300 g
- Olio 10 g

### Merenda

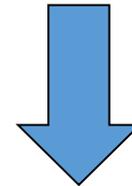
- Frutta (come per la seconda colazione)

### Cena

- Carne (vitellone) 120 g / bistecca di maiale 135 g / pesce 165 g / formaggio (mozzarella, italico, stracchino, ricotta di mucca giuncata) 50 g / pollo intero 200 g (senza pelle) / petto di pollo 140 g / fegato 100 g / coniglio 120 g / legumi secchi 60 g / legumi freschi o surgelati 180 g / prosciutto crudo 60 g / bresaola 70 g / uova n. 2 / prosciutto cotto 60 g
- Verdura 300 g
- Pane 40 g
- Olio 10 g

Qual è la risposta al sovrappeso e all'obesità?

La restrizione calorica



# ANORESSIA NERVOSA

**Necessità di personalizzazione di ogni singolo percorso**

## **PN a menu giornaliero**

(riduce l'ansia da scelta legata agli alimenti)

## **PN senza pane e senza pasta**

(senza alimenti tabu)

## **PN a piatti unici**

(riduce l'ansia da più portate)

## **PN semisolida**

(pseudo-disfagia riferita)

## **PN a schema libero**

(ultimo obiettivo)



**“Calarsi nella logica del paziente”,**

**al fine di scardinare gradualmente**

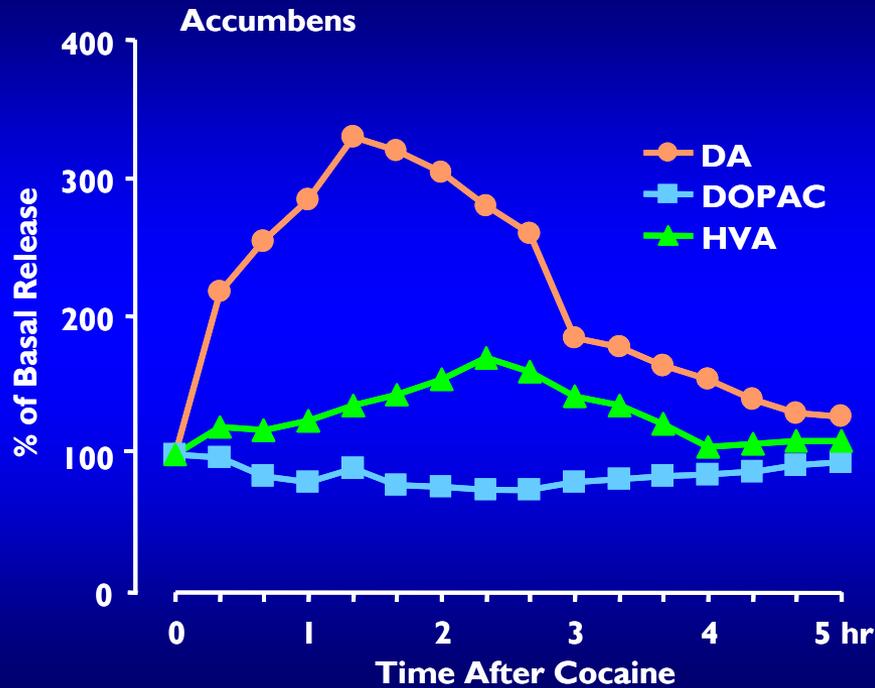
**le false convinzioni**

Esiste una **dipendenza da cibo**?

Un nutrizionista è in grado di riconoscere un disturbo sotto-soglia

I disturbi sotto-soglia vanno gestiti come un DCA?

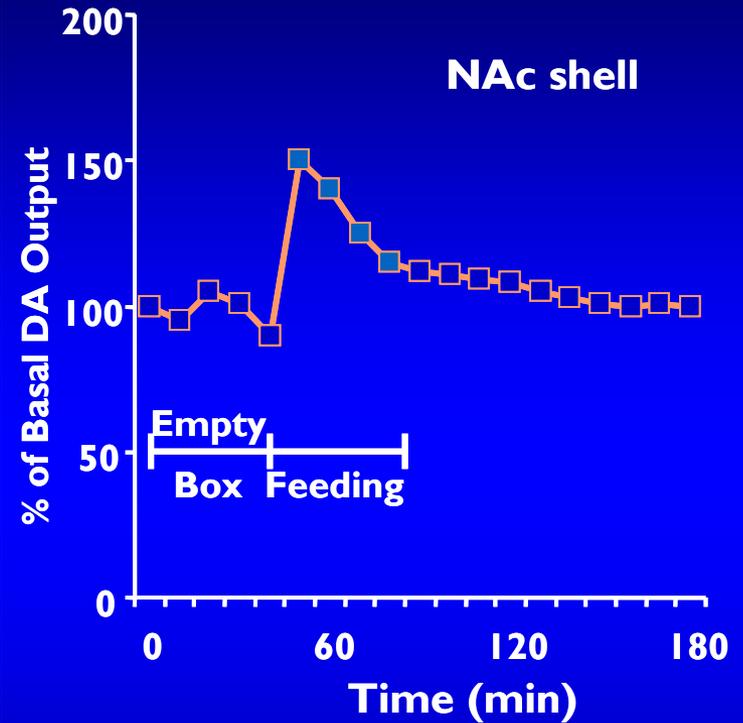
## COCAINE



Collocando un elettrodo registrante nell'ATV del cervello di un ratto, si rivelerà una impennata di attività neuronale quando il ratto incomincerà a mangiare. Inoltre impiantando sonde biochimiche nelle regioni target dei neuroni Area Tegmentale Ventrale (ATV), si è scoperto che l'assunzione di cibo induca il rilascio di dopamina.

**La chiave del piacere è il rilascio della dopamina**

## FOOD



*Source: Di Chiara et al.*



La Rete è costituita essenzialmente dagli studi libero-professionali dei nutrizionisti che contribuiranno ad arricchire gli altri componenti del network con le proprie esperienze

**Hanno aderito alla Rete 603 studi libero-professionali distribuiti in tutta Italia**  
**Per lo studio del comportamento alimentare e della food addiction**

## SOGGETTI E METODI

### **SCHEDA RACCOLTA DATI PERSONALI E SOCIODEMOGRAFICI**

(data di nascita, età, sesso, istruzione, etc).

### **SCHEDA RACCOLTA DELLE ABITUDINI ALIMENTARI**

(pasti principali, spuntini, consumo di dolci, cibi precotti, cibo da asporto, consumo di sale, abitudini a tavola, stile di vita, *dieting*)

**SCI – ABS –SR – Lifetime.** Una scheda per valutare i sintomi tipici e atipici

### **SCL-90 (*Self-report Symptom Inventory*)**

per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale. È una scala composta da 90 item che riflettono le 9 dimensioni (somatizzazione, ossessività, compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ansia, fobica, ideazione, paranoide, psicoticismo). Che sottendono la maggior parte dei sintomi che si osservano nei pazienti psichiatrici ambulatoriali

**MOOD-SR – Lifetime/Ultimo mese (Mood Spectrum-Self Report)** per la valutazione dei sintomi dello spettro maniaco-depressivo. Consente di esplorare la fenomenologia depressiva e maniacale sottosoglia. E' costituito da 161 domande che valutano la presenza o l'assenza delle caratteristiche di spettro per un periodo di almeno 3-5 giorni durante il corso della vita del paziente o nella settimana o nel mese precedenti la valutazione. Le domande sono organizzate in 4 domini (umore, energia, cognitività, ritmicità).

## SOGGETTI E METODI

### **YFAS (Yale Food Addiction Scale)**

La Yale Food Addiction Scale (YFAS) è uno strumento psicometrico auto-somministrato progettato per valutare quantitativamente la misura che caratterizza il comportamento alimentare di un soggetto e in particolare la sua “dipendenza” dal cibo che prende il nome di Food Addiction.

La YFAS è stata costruita con la formulazione di 25 domande che si riferiscono specificamente agli alimenti ricchi di grassi e zuccheri. Le domande sono state discusse con esperti nel campo dei Disturbi Alimentari, dell’Obesità e delle “dipendenze patologiche” “addiction”.

### **EDI (*Eating Disorder Inventory*).**

Lo strumento è composto da 64 item che si raggruppano in 8 subscale che esplorano, le prime 3, gli atteggiamenti ed i comportamenti relativi al peso, al mangiare ed all’aspetto del corpo, le restanti 5, tratti psicologici più generali, clinicamente rilevanti per i disturbi della condotta alimentare. La scala è un valido ed utile strumento di screening, che si è dimostrato capace di discriminare tra sottogruppi di pazienti (anoressici con restrizioni o con condotte di eliminazione, bulimici, soggetti con semplici preoccupazioni relative alla dieta ed all’immagine corporea, ma senza patologia conclamata, eccetera).

### **QST (Questionario sulla Struttura Temperamentale)**

# Food addiction: is it a nosological category or a psychopathological dimension? Preliminary results of an Italian study

<sup>1</sup> Department of Clinical and Experimental Medicine, Section of Psychiatry, University of Pisa, Pisa, Italy

<sup>2</sup> Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, Via Roma 67, 56100 Pisa, Italy, Phone: +39 050 2219768, Fax: +39 050 2219787, E-mail: dmarazzi@psico.med.unipi.it

<sup>3</sup> Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi – ENPAB, Rome, Italy

## Abstract:

**Background:** Food addiction (FA) is a controversial concept, denoting the craving for certain foods. Given the little information available, the aim of this study was to evaluate the possible relationships between FA and full-blown and subthreshold psychopathology or eating behaviors in subjects consulting nutritional biologists.

**Materials and methods:** Three-hundred and fifty subjects completed the following self-questionnaires: Yale Food Addiction Scale (YFAS), Structured Clinical Interview for Mood Spectrum, Self-Report, Lifetime Version (MOOD-SR-LT), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Structured Clinical Interview for Anorexic-Bulimic Spectrum, Self-Report, Lifetime Version (ABS-SR-LT).

**Results:** Most of the subjects were women (n = 278) and the remaining were 72 men. A large proportion of the subjects (77.1%) had a YFAS score <3 and 22.9% ≥3, with no difference between men and women. The YFAS scores ≥3 were significantly and positively related to the all ABS-SR-LT domains, as well as to three dimensions (Depression, Hypomania, Rhythmicity) of the MOOD-SR-LT, and some SCL-90-R domains (Sensitivity, Psychoticism, General Symptom Index and Positive Symptom).

**Conclusion:** Our data, while indicating that FA is related to different subthreshold psychopathological domains, in particular, with both depressive and manic symptoms, as well as with rhythmicity of mood spectrum, or with eating subthreshold symptoms, would suggest that it might be a dimension underlying different conditions or symptom clusters.

**Keywords:** eating disorders, food addiction, psychopathological dimensions, subthreshold psychopathology

**DOI:** 10.1515/hmbci-2018-0021

**Received:** March 30, 2018; **Accepted:** May 20, 2018

Dai primi risultati è emerso come il 10,2% dei partecipanti allo studio sia affetto da dipendenza da cibi dolci o grassi (YFAS) e come tale dipendenza abbia una correlazione rilevante con i sintomi depressivi (componente ansiosa, depressiva, disturbi del tono dell'umore, piuttosto che psicopatologia [sottosoglia] MOOD – SR e SCL-90 in primis)

**A livello preliminare, è possibile affermare che i pazienti che si rivolgono ai biologi nutrizionisti presentano un punteggio relativamente elevato nel dominio della sintomatologia depressiva, mentre al momento non è possibile fornire dati sugli altri disturbi di pertinenza psichiatrica.**

# OLTRE LE CALORIE... YOGURT MAGRO AGLI SPUNTINI?



Yogurt magro bianco

Dichiarazione nutrizionale

Valori medi per	100 g	1 porzione 125 g	% AR*
Energia	174 kJ 41 kcal	217 kJ 51 kcal	3%
Grassi di cui acidi grassi saturi	0,1 g 0,1 g	0,1 g 0,1 g	<1% <1%
Carboidrati di cui zuccheri	5,7 g 4,6 g	7,1 g 5,8 g	3% 6%
Proteine	4,3 g	5,4 g	11%
Sodio	0,1 g	0,13 g	2%

Il contenuto di sale è dovuto esclusivamente al sodio naturalmente presente.  
AR\* = Assunzioni di Riferimento di un adulto medio (8400kJ/2000kcal) al giorno.  
Questa confezione contiene 4 porzioni da 125g.  
Dieta varia, equilibrata ed esercizio fisico!

YOG

YOGURT CON FRAGOLA - Ingredienti: yogurt, preparazione di frutta (fragola 60%, zucchero, estratto di carota nera, addensante: amido di tapioca E1442; aromi). Fragola pari al 6% del prodotto finito.

il Fiore della  
**Freschezza**  
RACCOLTA 2011

Ritira il catalogo con la tessera raccogli punti e il regolamento presso il tuo punto vendita abituale.

OPERAZIONE VALIDA  
DAL 01/04/11 AL 31/03/12

2011  
**1**  
Punto  
YOGURT P.L. 2X125

### VALORI NUTRIZIONALI MEDI

	Per 100g	Per vasetto da 125g	%RDA*
Valore energetico	105 Kcal	131 Kcal	
Proteine	441 kJ	552 kJ	
Carboidrati	3.3 g	4.1 g	
Grassi	15.0 g	18.8 g	
Calcio	3.5 g	4.4 g	
	105 mg	131 mg	16

\*Razione giornaliera raccomandata

SENZA CONSERVANTI



Conservare in frigorifero da 0° a +4° C

Prodotto da Parmalat S.p.A. Sede e stabilimento di Collecchio (PR)

IT  
08 CE 1

[www.parmalat.it](http://www.parmalat.it)

## CHI GUIDA IL NUTRIZIONISTA? COME GESTIRE LA NECESSITÀ DI DOLCE?



INFORMAZIONI NUTRIZIONALI NUTRITION INFORMATION	Per 100 g	Per porzione Per portion (21g) 	% AR* Per porzione Per portion
Energia/ Energy	2466 kJ 597 kcal	518 kJ 125 kcal	6%
Grassi/ Fat di cui acidi grassi saturi/ of which saturates	51 g 31 g	11 g 6,5 g	16% 33%
Carboidrati/ Carbohydrate di cui zuccheri/ of which sugars	16 g 12 g	3,3 g 2,4 g	1% 3%
Fibre	15 g	3,2 g	—
Proteine/ Protein	9,6 g	2,0 g	4%
Sale/ Salt	0,03 g	0 g	0%

\*Assunzioni di riferimento di un adulto medio (8400 kJ/ 2000 kcal). Contiene 4 porzioni. Le porzioni dovrebbero essere adattate alle diverse età dei bambini. \*Reference intake of an average adult (8400 kJ/2000 kcal). Contains

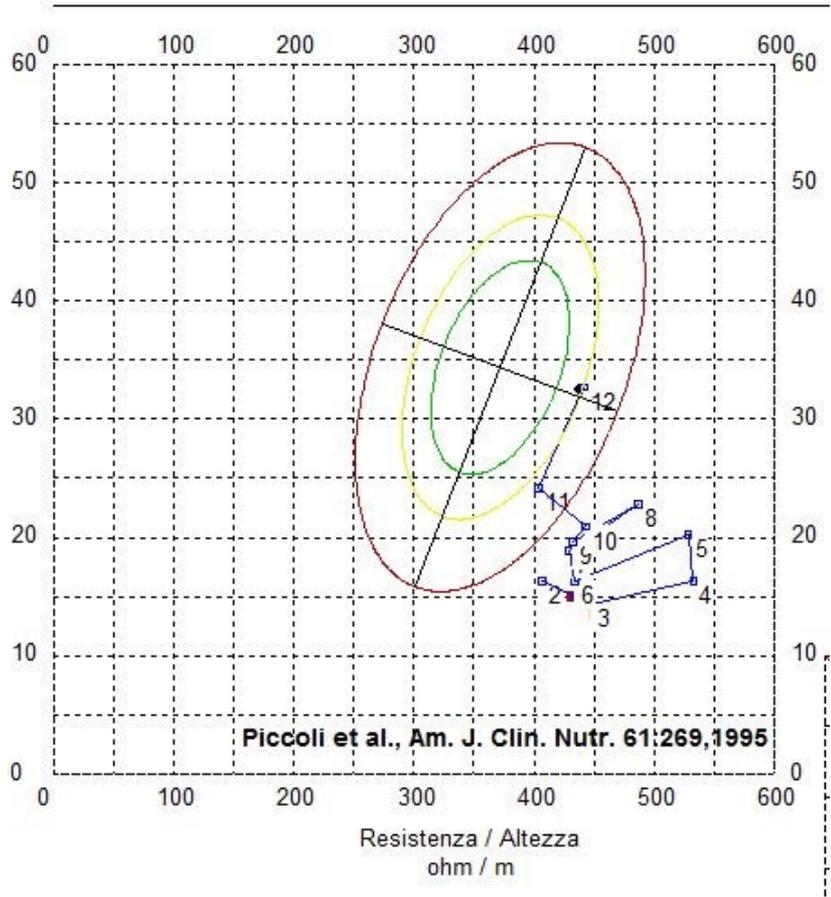
CIOCCOLATA FONDENTE 85% 15G



Valori nutrizionali medi per 100 g / Average nutritional values per 100 g / Durchschnittlicher Nährstoffgehalt pro 100 g / Valeurs nutritionnelles moyennes pour 100 g / Valores nutricionales medios por 100 g		
Energia / Energy / Energie / Energie / Valor energético	2494 kJ 602 kcal	Carboidrati / Carbohydrates / Kohlenhydrate / Glucides / Hidratos de Carbono
Grassi / Fat / Fett / Graisses / Grasas	46,8 g	di cui / of which / davon / dont / de los cuales
di cui / of which / davon / dont / de las cuales		Zuccheri / Sugars / Zucker / Sucres / Azúcares
Acidi grassi saturi / Saturates / Gesättigte Fettsäuren / Acides gras saturés / Ácidos grasos Saturados	27,9 g	Proteine / Protein / Eiweiß / Protéines / Proteínas
		Sale / Salt / Salz / Sel / Sal
		0,21 g

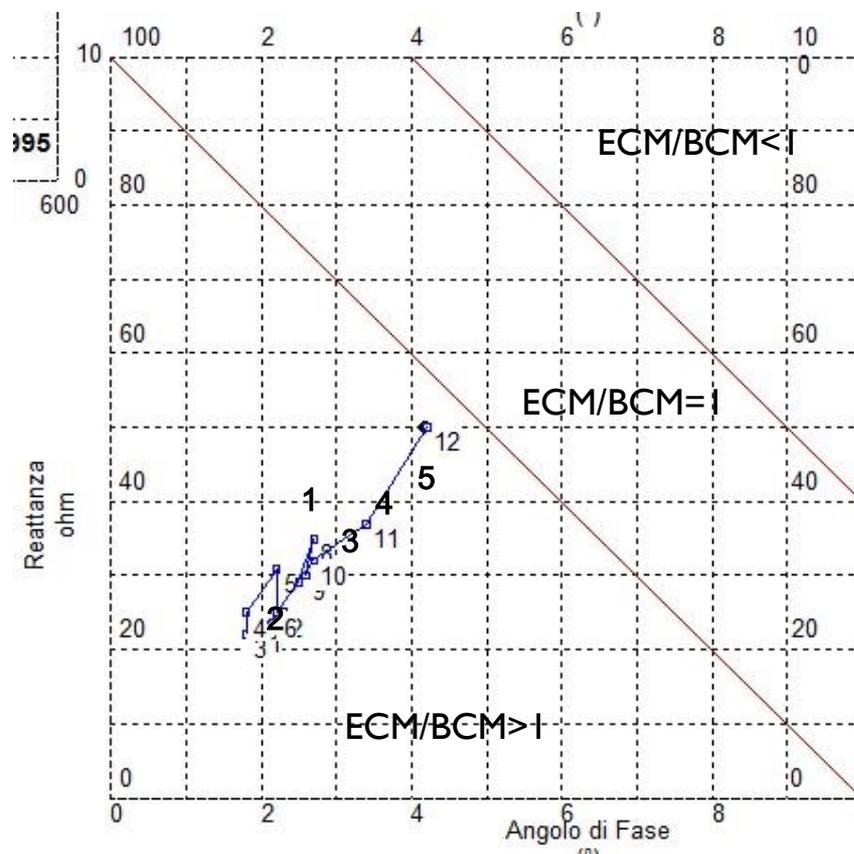
CIOCCOLATA FONDENTE 75% 15G

Sappiamo utilizzare gli strumenti per la valutazione della **composizione corporea** per operare una riabilitazione nutrizionale?



**E., donna, 52 anni**  
**Anoressia nervosa**

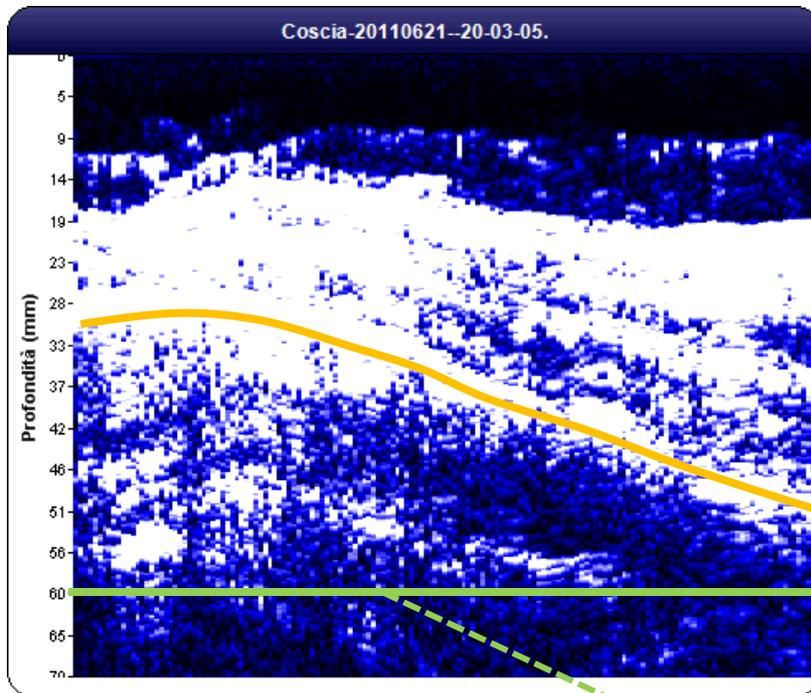
**TERAPIA: nessuna**



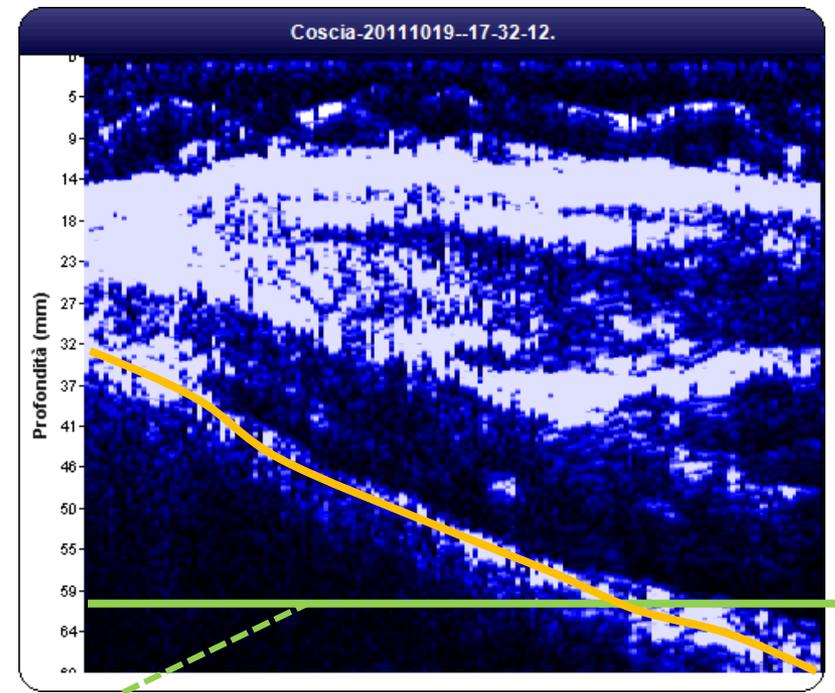
# ADIPOMETRIA - STRATIGRAFIA

Misura diretta - Analisi qualitativa  
Muscolatura

*Anoressia  
nervosa*



*Ballerina*



6 cm

Abbiamo gli strumenti giusti di  
comunicazione e *counseling*

## Promuovere il cambiamento

### Modello moralistico

Lei deve fare quel che dico io



### Rapporto umano

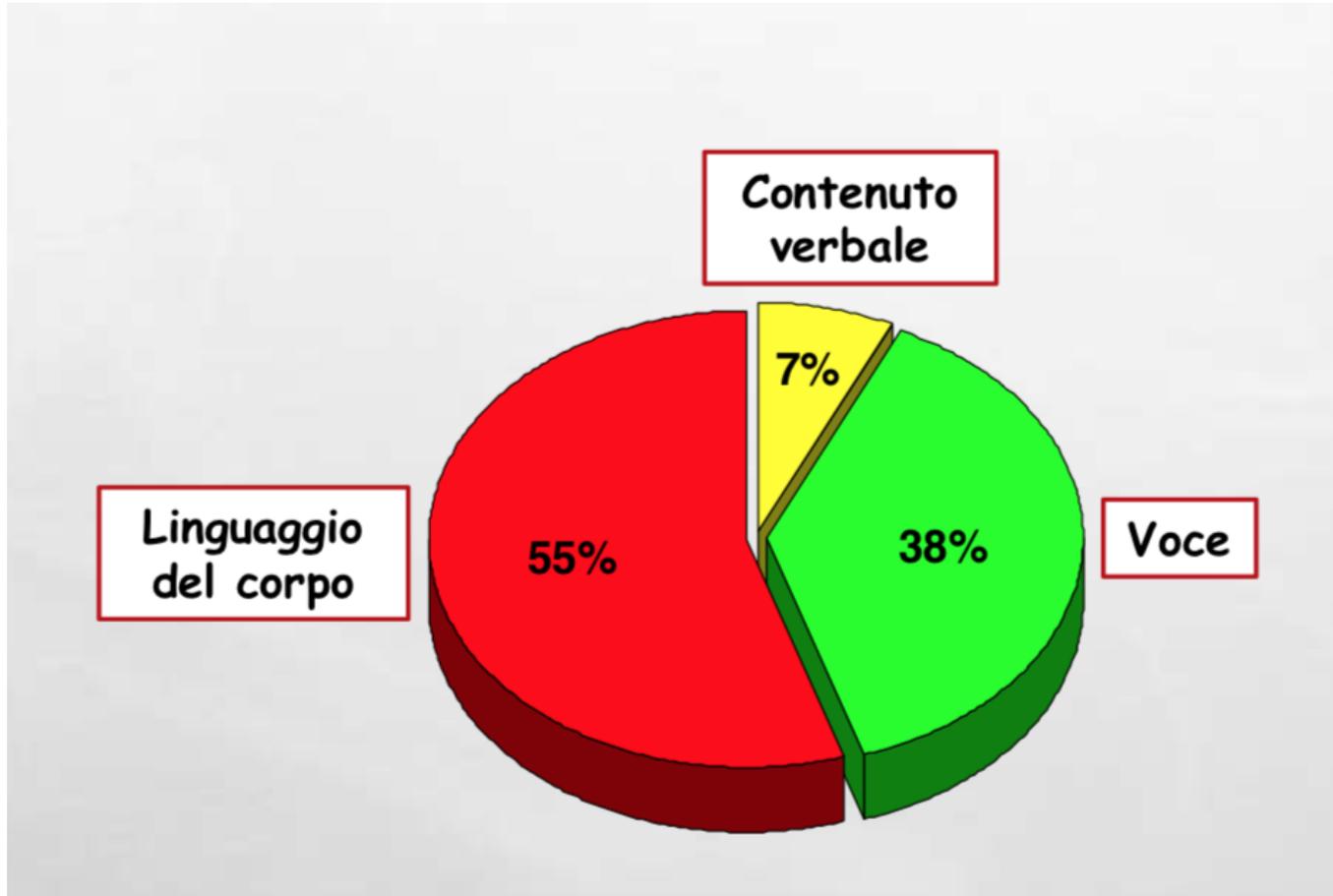
Il sovrappeso è un nostro problema



Sempre più viene valutato positivamente l'instaurarsi di **un rapporto partecipato col paziente, comunicativo, mai frettoloso, sempre mirato a fornire consigli concreti.**

*Il colloquio motivazionale, aiutare le persone a cambiare. Miller e Rollnick, 2014*

## Comprensione di un messaggio



## COMUNICAZIONE: RELAZIONE DI AIUTO CON IL PAZIENTE



Il tempo dell'ascolto

## Evitare i blocchi della comunicazione”

- ✓ Dare direttive
- ✓ Dare avvertimenti minacciosi
- ✓ Fornire consigli, suggerimenti non richiesti
- ✓ Fare paternali, dare giudizi morali
- ✓ Lodare, approvare come se si avesse di fronte un bambini
- ✓ Svergognare
- ✓ Porre domande in modo serrato, indagante
- ✓ Cercare di convincere con la logica
- ✓ Interpretare, etichettare
- ✓ Sdrammatizzare, minimizzare, ironizzare

### Minare il clima empatico

Gordon, Rollnick e Miller [Miller, 2002; Gordon, 1970]



# La prevenzione delle ricadute

**1. Rafforzamento dei nuovi comportamenti;** far capire al paziente che il cambiamento è un processo, non un evento. Questo permette di porre l'attenzione su tutti i tempi affrontati

**2. Esplicitare la vulnerabilità dello stato di mantenimento.** Gli va ricordato che un ritorno allo stato precedente al cambiamento è sempre in agguato e che l'unico sistema per non fare la fatica di cambiare di nuovo è il perseverare in modo costante («L'unico sistema per non riavere la voglia di fumare è non fumare»);

**3. Aiutare il paziente a identificare sorgenti alternative di piacere e soddisfazione.** Ciò vale soprattutto per le dipendenze, tabagismo e alcolismo in primis; le tecniche che aiutano a fare questo sono state oggetto di studi peculiari e hanno trovato grande attenzione nel mondo anglosassone dove vengono indicate con il termine di Contingency Management;



*Il colloquio motivazionale, aiutare le persone a cambiare. Miller e Rollnick, 2014*

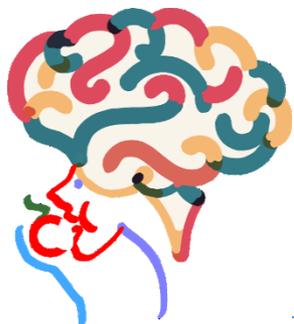
Linee di indirizzo nazionali  
per la riabilitazione nutrizionale  
nei disturbi dell'alimentazione



# PSICOBIOLOGIA DELLA NUTRIZIONE E DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE

**1° EDIZIONE  
AA 2018-2019**





# OBIETTIVI FORMATIVI



**DURATA: 1 ANNO ACCADEMICO (60 CFU)  
(18 GENNAIO 2019 -14 DICEMBRE 2019)**

***La partecipazione al Master esonera dall'acquisizione dei crediti ECM per l'anno di frequenza. CIRC. MIN. SALUTE N. 448 5/3/2002 (G.U. N. 110 13/5/2002)***

Formare figure professionali con elevate competenze in nutrizione e alimentazione umana nei loro aspetti fisiologici e psicologici.

L'interazione tra nutrizionisti, psicologi/psicoterapeuti, psichiatri, medici specialisti è di fondamentale importanza per instaurare e mantenere il giusto rapporto con il cibo al fine di ottenere un benessere psico-fisico ottimale, ma affatto scontato nella organizzazione e nella gestione. Il Master prevede un percorso formativo focalizzato su un approccio integrato tra queste figure professionali.

*Con il patrocinio*



# SBOCCHI LAVORATIVI

- **cliniche private** dove sia previsto un lavoro d'equipe per la gestione e prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e per la cura dei disturbi del comportamento alimentare
- **studi libero-professionali**, studi associati e società tra professionisti che si occupino di psichiatria, psicologia e nutrizione
- **associazioni e fondazioni** le cui attività siano finalizzate alla prevenzione e mantenimento della salute psichica e della promozione della corretta alimentazione
- **progetti in ambito scolastico** o presso altre istituzioni per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità

# PROVENIENZA ISCRITTI

<b>17</b>	<b>BIOLOGIA</b>
<b>13</b>	<b>SC.NUTIRZ UMANA</b>
<b>5</b>	<b>PSICOLOGIA</b>

# PROGRAMMA DIDATTICO

## I PARTE (gennaio-marzo)

- **Antropologia dell'alimentazione**
- **Dai miti e false credenze alla corretta alimentazione**
- **Biochimica del sistema **nervoso** e del gusto**
- **Fisiologia del sistema nervoso e del gusto**
- **Classificazione e diagnosi dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione**
- **Alimenti funzionali**
- **Nutraceutici: classificazione e meccanismi d'azione**
- **Nutraceutici: normativa ed esempi applicativi**
- **Fondamenti di psicobiologia**
- **Psicologia dell'alimentazione**

## **II PARTE (aprile-maggio)**

- **Dipendenze non farmacologiche**
- **Personalità e comportamento alimentare: strategie di intervento nutrizionali e psicologiche**
- **Aspetti neuroendocrini e alterazioni organiche**
- **Microbiota intestinale e comportamento alimentare**

**II PROVA DI VALUTAZIONE INTERMEDIA**  
**Venerdì 3 maggio 2019 (1° appello)**  
**Venerdì 17 maggio 2019 (2° appello)**  
domande a risposta multipla

## **III PARTE (giugno-luglio)**

- **Basi cliniche e indicazioni nutrizionali nelle malattie metaboliche**
- **Aspetti psicologici nella chirurgia bariatrica**
- **Indicazioni nutrizionali nella chirurgia bariatrica**
- **Basi cliniche ed indicazioni nutrizionali nelle nefropatie**
- **Conseguenze psicologiche della dietoterapia nelle malattie metaboliche croniche**
- **Basi cliniche e indicazioni nutrizionali nell'obesità**
- **Strategie dietetiche per la modulazione del microbiota**
- **Psico-oncologia: aspetti psicologici e nutrizionali**

**III PROVA DI VALUTAZIONE INTERMEDIA**  
**Venerdì 5 luglio 2019 (1° appello)**  
**Venerdì 6 settembre 2019 (2° appello)**  
domande a risposta multipla

## **IV PARTE (settembre-novembre)**

- **Sport: comportamento alimentare e disturbi dell'alimentazione e della nutrizione**
- **Approccio integrato psicologo-nutrizionista per la prevenzione e nella gestione dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione**
- **Disturbi dell'alimentazione della infanzia e preadolescenza: prevenzione , diagnosi e terapia**
- **Counselling nutrizionale**
- **Counselling motivazione e relazione di aiuto**
- **Accrescere l'efficacia del counselling nutrizionale attraverso una comunicazione efficace**
- **Trattamenti farmacologici nell'obesità e nei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione**

# STRUTTURE ESTERNE IN FASE DI CONVENZIONE

STRUTTURE	SEDE	REFERENTE
Ambulatorio di Psicologia del Centro di Eccellenza per il trattamento chirurgico dell'obesità patologica-Polo Pontino -	Ospedale ICOT <b>Latina</b>	Dr.ssa Emanuela Paone
Centro residenziale DCA	Palazzo Francisci Usl umbria 1 <b>Todi</b>	Prof.ssa Laura Dalla Ragione
Centro semiresidenziale Nido della Rondine - Anoressia e bulimia	Uslumbria 1 <b>Todi</b>	Prof.ssa Laura Dalla Ragione
Centro residenziale DAI e Obesità	Umbria 1 <b>Città della Pieve</b>	Prof.ssa Laura Dalla Ragione
Centro residenziale Madre Cabrini DCA	<b>Pontremoli (Massa e Carrara)</b>	Prof.ssa Laura Dalla Ragione
Villa Miralago - Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare.	<b>Cuasso al Monte (VA)</b>	Dr.ssa Eugenia Dozio
Centro DCA	<b>Malta</b>	Prof.ssa Laura Dalla Ragione

# ATTIVITA' FORMATIVE OPZIONALI

Partecipazione gratuita o agevolata a eventi formativi in ambito nutrizionale



**LE FRONTIERE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**  
**IX CONGRESSO NAZIONALE SISDCA**  
Roma, 26-27 Febbraio 2016  
Aula Magna, 1<sup>a</sup> Clinica Medica  
Policlinico Umberto I di Roma



**SCRIVERE CIÒ CHE FACCIAMO:**  
**DALL'ARTICOLO SCIENTIFICO,**  
**AL DIVULGATIVO, ALL'INVESTIGATIVO**  
**NUOVI AMBITI PER IL BIOLOGO**



**Venerdì 28 ottobre 2016**  
**"LA NUTRIZIONE NELLA REGOLAZIONE DEL MICROBIOMA UMANO"**  
RIUNIONE CONGIUNTA SINU-SISA  
Sala Conferenze PRABB – Polo Didattico – Campus Bio-Medico  
Via Alvaro del Portillo 21 – 00128 Roma

**Il ruolo del biologo nutrizionista nella gestione della malnutrizione**

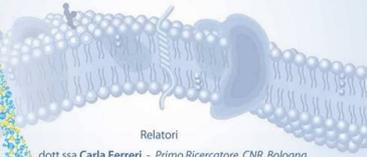


**La Malnutrizione tra Ospedale e Territorio: prevenzione, terapia e continuità delle cure**



Convegno ADI Lazio

**LE NUOVE FRONTIERE DELLA MEDICINA MOLECOLARE**  
Lipidomica di membrana e determinazione del profilo metabolico-nutrizionale



Relatori  
dott.ssa Carla Ferreri – Prima Ricercatore CNR Bologna  
dott. Paolo Tordiglione – MD-PhD Università Sapienza Roma



**SAVE THE DATE**  
13 Ottobre 2016  
Ore 17.00

Clinica Sanatrix - Via di Trasone 61 Roma  
Info: 393.998.23.78



[www.giornatanazionalebiologonutrizionista.it](http://www.giornatanazionalebiologonutrizionista.it)



21 e 22 Maggio  
**2016**  
**GIORNATA NAZIONALE DEL BIOLOGO NUTRIZIONISTA**





**Grazie per l'attenzione!**