

All'ambulatorio di nutrizione clinica si presenta un uomo di 45 anni di età inviato dal suo medico. Ha un BMI = 32, altezza 168 cm. Alla visita odierna si riscontra: pressione arteriosa 140/100 mmHg, trigliceridi 339 mg/dL, Colesterolo totale 220 mg/dl con HDL 32 mg/dl, glicemia 98 mg/dl. Al recall alimentare si evidenzia un intake medio di 2450 kcal/die con prevalenza di alimenti ad alta intensità calorica /glucidica, assume anche 11 g/die di sale.

1. **Calcolare il PESO dell'utente ed indicare il grado di obesità se presente**

peso 90,3 kg (altezza in metri² x BMI) ; obesità 1 grado

2. **In base a quali dei criteri presenti possiamo definire la presenza o meno di una sindrome metabolica**

I criteri presenti nel caso clinico sono i seguenti:

- Ipertrigliceridemia (> 150 mg/dl)
- Basso colesterolo HDL (uomini <40 mg/dl, donne <50 mg/dl)
- Iperensione arteriosa (> 130/85 mmHg)

tre criteri sono sufficienti per la definire la presenza di sindrome metabolica

FONTE (NCEP-ATP III, JAMA 285:2486-2497, 2001)

3. **Quale parametro fisico è opportuno misurare da parte del dietista per concludere la valutazione della eventuale sindrome metabolica e quali sono i valori di riferimento ATP III per tale parametro**

Il parametro mancante è la circonferenza vita (uomini >102 cm, donne >88 cm)

FONTE (NCEP-ATP III, JAMA 285:2486-2497, 2001)

4. **In questo caso, oltre alla introduzione di un regime ipocalorico, per quali motivi è utile limitare la assunzione di bevande zuccherate e di zuccheri semplici**

L'assunzione di bevande zuccherate è sconsigliata, in quanto oltre l'apporto calorico aggiuntivo esse influenzano favorevolmente sia la sazietà immediata (satiety) che la "satiation" (ovvero la sensazione di sazietà a distanza, fino al pasto successivo). Il paziente va pertanto informato dei possibili effetti negativi sul peso corporeo e sul potere saziante. [Livello della prova I, forza della raccomandazione A].

L'intake di zuccheri semplici o di bevande zuccherate influisce notevolmente sul peso corporeo ed in particolare sul grasso corporeo. Modifiche isoenergetiche della tipologia di zuccheri semplici con altri carboidrati non sono associate a modifiche del peso corporeo. [Livello della prova I, forza della raccomandazione A]

FONTE: Standard italiani per la cura della obesità 2016 – 2017 SIO ADI

5. **Una volta calcolato il dispendio energetico giornaliero, a quanto ammonta la restrizione energetica consigliabile, quale è il valore di apporto calorico minimo giornaliero sotto il quale non risulta opportuno scendere a livello ambulatoriale e a quanto ammonta l'apporto proteico raccomandato (gr/kg)**

La restrizione dietetica deve essere valutata in base al dispendio energetico del paziente, preferibilmente misurato (metabolismo a riposo misurato con calorimetria indiretta in condizioni standard oppure calcolato ricorrendo alle apposite formule predittive, da preferire quella di Harris-Benedict o della OMS) e moltiplicato per 1,3. In genere si consiglia una restrizione energetica compresa tra 500 e 1.000 calorie rispetto al dispendio energetico giornaliero calcolato. Non si consiglia di prescrivere a pazienti ambulatoriali diete ipocaloriche con apporto giornaliero inferiore a 1.300 calorie pro die. Nei pazienti senza evidenza di nefropatia le proteine dovrebbero fornire il 15% dell'energia totale giornaliera. [Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B]

L'apporto proteico giornaliero raccomandato dovrebbe essere di 0,8 - 1 gr/kg peso desiderabile (per peso desiderabile si intende un peso corrispondente ad un BMI di 22,5 kg/m²). [Livello della prova I, Forza della raccomandazione A]

FONTE: Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016-2017 SIO ADI

6. **in base ai LARN quale è l'AI (adequate intake) di Na da raggiungere per questo paziente?**

L' AI per gli adulti 18 – 59 anni di entrambi i sessi è fissato in 1.5 g/die di NA (pari a 3,75 g di sale/die).

La recente linea guida WHO definisce come obiettivo per la popolazione un valore < 5 g/die di sale (WHO 2012) e precisa che questa raccomandazione si applica a tutti gli individui adulti ad eccezione dei pazienti affetti da malattie severe o che assumono farmaci suscettibili di produrre iponatriemia o ritenzione idrica....



		LARN PER IL SODIO (g/die)			
		AR	PRI	AI	SDT
		Fabbisogno medio	Assunzione raccomandata per la popolazione	Assunzione adeguata	Obiettivo nutrizionale per la prevenzione
LATTANTI	0-12 mesi			0,4	nd
RAFFINI-ADOLESCENTI					
	1-3 anni			0,7	0,9
	4-6 anni			0,9	1,2
	7-10 anni			1,1	1,5
Maschi	11-14 anni			1,5	2,0
	15-17 anni			1,5	2,0
Femmine	11-14 anni			1,5	2,0
	15-17 anni			1,5	2,0
ADULTI					
Maschi					
	18-29 anni			1,5	2,0
	30-59 anni			1,5	2,0
	60-74 anni			1,2	1,6
	≥ 75 anni			1,2	1,6
Femmine					
	18-29 anni			1,5	2,0
	30-59 anni			1,5	2,0
	60-74 anni			1,2	1,6
	≥ 75 anni			1,2	1,6
GRAVIDANZA				1,5	2,0
ALLATTAMENTO				1,5	2,0

FONTE: LARN Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia, IV revisione, 2016

il presidente della commissione
dr. Pierandrea Salvo

