



AUTONOME PROVINZ
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

**Südtiroler
Sanitätsbetrieb**



**Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige**

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

GESUNDHEITSBEZIRK
BOZEN

COMPENSORIO SANITARIO
DI BOLZANO

SERVIZIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA



STILE DI VITA

DIETA

διαίτα

**"Fa che il cibo sia la tua medicina e
che la tua medicina sia il tuo cibo"**

IPPOCRATE

TESTI
COPYRIGHT

VERSIONE
STAMPA

Équipe del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica.
Nessuna parte può essere riprodotta senza l'autorizzazione del
Comprensorio Sanitario di Bolzano.
XIII GENNAIO 2026
Centro Stampa C.S. BZ
Mod. 03.024.008 - 6/2023 - C.S./pc/r - cod. 3001758



Gentile Signora,
Egregio Signore

BENVENUTA/O

presso il Servizio di Dietetica
e Nutrizione Clinica del Com-
prensorio Sanitario di Bolza-
no **(SDNC)**.

Con questo opuscolo vogliamo fornirLe in via preliminare tutte le informazioni necessarie per capire **CHI SIAMO** e **COME OPERIAMO**, nell'ottica di migliorare i nostri obiettivi di qualità e trasparenza, evitando reciproche delusioni.

ÉQUIPE DEL SDNC

Primario Reggente: Dr. Michael Kob

- 4 medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione (**dietologi**) incluso il Direttore (primario);
2 medici specialisti in Medicina Interna;
- 22 laureati in dietistica (**dietisti**); di cui 1 coordinatore, 11 ospedalieri e 10 distrettuali;
- 2 amministrativi.

L'ÉQUIPE opera:

- **a livello ospedaliero:** su problematiche clinico-nutrizionali complesse in regime di ricovero di Day Hospital, Day Service e ambulatoriale;
- **a livello territoriale:** su problematiche clinico-nutrizionali meno complesse negli ambulatori di distretto e nelle strutture (residenze sanitarie assistenziali, centri di lungodegenza, laboratori protetti, ecc.), nella ristorazione collettiva e nella prevenzione.

**MODALITÀ PER PRENOTARE UNA VISITA DIETOLOGICA e/o
UNA VALUTAZIONE DIETETICA**

- essere in possesso delle seguenti **IMPEGNATIVE DEL MEDICO CURANTE CON RELATIVO QUESITO DIAGNOSTICO:**
89.7_4 prima visita dietologica
93.05.9 valutazione dietetica
- compilare il questionario a pag. 6
- allegare esami ematochimici elencati nel questionario a pag. 6
- eventuali esami strumentali o lettere di dimissione
- diario alimentare di 3 giorni (vedi tabella pag. 8)

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

- **consegnare alla Segreteria del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica**, ubicata presso l'Area Ospedaliera in via Böhler 5, 39100 Bolzano. Dall'ingresso principale seguire **l'indicazione ascensore azzurro** ed i cartelli segnaletici
- consegnare documentazione presso Distretti Sanitari (vedi pag. 3)

**MODALITÀ PER CONTATTARE IL SDNC
telefonicamente al nr. 0471 438545**

ORARIO DI APERTURA del SDNC:

lunedì - giovedì: 8.30 - 12.30 e 14.00 - 16.00
venerdì: 8.30 - 12.30

per informazioni e comunicazioni: lunedì - venerdì 9.00 - 12.15
per prenotazioni: giovedì - venerdì 9.00 - 12.15

SEDI DI DISTRETTO sono contattabili ai seguenti recapiti telefonici:

DISTRETTO	SEDE	TELEFONO	INDIRIZZO
Val Gardena	Ortisei	0471 797785	Via Purger, 14
Val d'Ega / Sciliar	Cardano	0471 435906	Via Collepietra, 3
Salto / Sarentino /Renon	Sarentino	0471 624612	Via Postwiese, 1
Oltradige	Appiano	0471 670807	Via J. G. Platzter, 29
Laives / Bronzolo / Vadena	Laives	0471 595429	P.zza Falcone Borsellino
Bassa Atesina	Egna	0471 829239	Piazza Bonatti, 1
Bolzano	S. Quirino - Gries	0471 909136	Piazza L. Cadonna, 12
	Don Bosco	0471 541019	Piazza Don Bosco, 20
	Centro Piani Rencio	0471 319515	Via Renon, 37
	Europa - Novacella	0471 541132	Via Palermo, 54
	Oltrisarco	0471 436301	Via Claudia Augusta, 99

Nota: la presenza del dietista presso ciascuna sede non è quotidiana, per cui in caso di necessità contattare la sede centrale del servizio.

MODALITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per potere dare risposta alla domanda crescente, tutte le richieste di visita dietologica e/o di valutazione dietetica afferiscono alla Segreteria Centrale del Servizio presso la sede ospedaliera.

Le **problematiche cliniche che traggono maggior vantaggio dall'intervento nutrizionale, sia a livello preventivo che terapeutico, sono le condizioni croniche**, come il sovrappeso più o meno complicato, il sottopeso (malnutrizione specie nei pazienti oncologici, le malattie infiammatorie croniche intestinali, ecc.), le patologie dismetaboliche (sindrome metabolica, diabete, gotta, dislipidemia), le intolleranze e allergie alimentari, alcune patologie d'organo (renali, cardiache, pneumologiche, neurologiche, dermatologiche, ecc).

È POLITICA DEL SERVIZIO IL CERCARE DI AGEVOLARE LE RICHIESTE CHE APPAIONO DI MAGGIORE COMPLESSITÀ CLINICA, basandosi sui dati che emergono dal **questionario compilato** e dalla documentazione allegata.

La invitiamo pertanto a non essere frettolosa/o nella compilazione specie riguardo alle **PATOLOGIE SOFFERTE** e, soprattutto, alla **TERAPIA SEGUITA**. Qualora i dati risultassero incompleti o ponessero dubbi, verrà contattata/o da un nostro operatore.

Non necessariamente riceverà un piano nutrizionale personalizzato, potrebbero essere sufficienti **consigli** o ritenuto più vantaggioso insegnarle ad effettuare un automonitoraggio (**DIARIO ALIMENTARE**) per prendere meglio coscienza dei propri comportamenti e pensieri sul cibo.

PRESTAZIONI OFFERTE

- I. **visita/consulenza medica specialistica e ambulatoriale** e presso reparti di degenza;
- II. **calorimetria indiretta** a riposo e sotto sforzo, per la determinazione del dispendio energetico;
- III. **bioimpedenziometria**, per la determinazione dei distretti idrici e della composizione corporea;
- IV. **valutazione e terapia dietetica (valutazione degli intake e del comportamento alimentare, formulazione ed elaborazione del piano nutrizionale, counselling nutrizionale);**
- V. **valutazione del rischio e dello stato nutrizionale dell'atleta;**
- VI. **interventi di nutrizione artificiale** (enterale e parentelare);
- VII. **definizione e controllo degli standard nutrizionali per la ristorazione collettiva** (ospedaliera, scolastica, aziendale, ecc.);
- VIII. **ricerca nutrizionale clinica ed epidemiologica;**
- IX. **attività di sorveglianza nutrizionale rivolta agli enti o istituzioni che elargiscono pasti in collaborazione con il (SIAN) Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione.**

I medici del SDNC sono autorizzati al rilascio delle esenzioni ticket:

005 (anoressia e bulimia nervosa);

025 (dislipidemia).

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il Servizio garantisce la regolare segretezza cui sono sottoposti i destinatari delle prestazioni in ottemperanza al DL 101 del 10 agosto 2018.

Calcolo dell'Indice di massa corporea (IMC)

Peso corporeo (kg)

IMC= -----

Altezza² (m)

Esempio: peso 90 kg, altezza 1,60 m $\frac{90}{1,60 \times 1,60} = 35,1$ IMC

Classificazione IMC:

<18,5: sottopeso

18,5-24,9: normopeso

25-29,9: sovrappeso

30-34,9: obesità di I grado

35-39,9: obesità di II grado

≥40: obesità di III grado

**QUESTIONARIO DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DEL
SERVIZIO DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA**

Gentile Signora, Egregio Signore,

La invitiamo a dedicare qualche minuto alla compilazione del questionario.

COGNOME e NOME.....
Data e luogo di nascita.....
Sesso: ☐ M ☐ F Nazionalità
Professione Tel.
Indirizzo
E-mail
In quale fascia oraria desidera essere contattata/o?

Solo se Lei **uomo con età > 40 anni o donna con età > 50 anni** oppure se Lei presenta **almeno 1 fra le seguenti condizioni:**

sovrappeso-obesità, steatosi epatica (fegato grasso), diabete mellito, ipertensione arteriosa (pressione alta), dislipidemia oppure tabagismo (fumo di sigaretta) allora La preghiamo di presentare al momento della prenotazione i seguenti esami del sangue di data non superiore ai 12 mesi precedenti: **(emocromo, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, acido urico, glicemia, urea, creatinina, ALT, AST, γGT, TSH, insulina).**

Se è in possesso di certificati medici, di referti di esami strumentali (come radiografie, ecc.), di lettere di dimissione di eventuali ricoveri, sono da allegare.

Elenchi eventuali patologie di cui soffre

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Elenchi con precisione i farmaci che assume regolarmente compreso gli **integratori o supplementi nutrizionali** (indicando **nome e posologia**) La preghiamo inoltre di portare con sé l'elenco aggiornando al momento della prima visita

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Motivo per il quale richiede una visita/valutazione

.....

.....

.....

Quanto è realmente attenta/o al Suo stato di salute?

dia un voto da 1 (poco) a 10 (molto)

.....

In questo momento sta attraversando un periodo di:

dia un punteggio da 1 (poco) a 10 (molto)

- cambiamenti
- stress
- tensione

Negli ultimi 2 anni si è sentita/o frequentemente triste o demoralizzata/o?

☐ SI

☐ NO

PESO ATTUALE in kg..... **ALTEZZA** cm.....

PESO TENUTO ABITUALE kg

Negli ultimi 6 mesi ha perso peso in modo non volontario?

NO ☐ SI ☐ in questo caso circa quanti kg ha perso?kg

Data

Firma

Se La Sua richiesta di visita/consulenza dietetica è la perdita di peso, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

1. Le capita spesso di mangiare grandi quantità senza sentire fame fisica e fino a sentirsi sgradevolmente sazia/o?
☐ no ☐ sì ➔ **se sì:** quante volte alla settimana Le succede? _____
2. Le capita spesso di abbuffarsi e di avere la sensazione di non poter smettere di mangiare?
☐ no ☐ sì ➔ **se sì:** quante volte alla settimana Le succede? _____
3. Ha indotto il vomito, preso lassativi e/o digiunato per più di 24 ore per controllare il Suo peso o per compensare un episodio di eccesso di cibo?
☐ no ☐ sì ➔ **se sì:** quante volte alla settimana Le succede? _____
4. Si sente incapace di prevenire le abbuffate?
☐ no ☐ sì
5. Mangia spesso in solitudine, perchè si vergogna di quanto mangia?
☐ no ☐ sì

Le chiediamo di compilare un diario alimentare di almeno tre giorni consecutivi. Si prenda il tempo necessario e annoti tutto ciò che mangia e beve, sia durante i pasti che fuori pasto.

Poiché è facile dimenticare cosa si è mangiato durante un pasto, Le consigliamo di annotare tutto quello che mangia e beve subito dopo averlo assunto.

Se non sono disponibili indicazioni sul peso o se non è possibile pesare gli alimenti, stimi la quantità nel modo più accurato possibile, ad esempio 1 cucchiaino, 1 fetta, 1 palmo.

Descriva tutto nel modo più preciso possibile. Indichi anche il tipo di preparazione e la denominazione esatta degli alimenti, ad esempio pane integrale, toast, rosetta, pasta al ragù, mortadella, mela, ecc.

Annoti anche dove ha consumato il pasto: a casa, da amici, al ristorante, in ufficio o fuori casa.

Esempio:

ORARIO	ALIMENTI/QUANTITÀ COSA? /QUANTO?	BEVANDE/QUANTITÀ COSA? /QUANTO?	LUOGO
Ore 7:00	2 fette di pane integrale, 2 cucchiaini di burro, 2 cucchiaini di marmellata	1 tazza di caffè (125 ml), 4 cucchiaini di latte intero	A casa
Ore 10:30	1 mela media 2 biscotti tipo Ringo	1 bicchiere di acqua minerale	In ufficio
Ore 13:30	1 bistecca di vitello ai ferri (2 pugni), 2 mestoli di insalata di patate	1 bottiglia di acqua minerale (500 cc)	Al ristorante
Ore 14:00	2 righe di cioccolata tipo Rittersport	1 tazza di caffè, 2 cucchiaini di zucchero, 1 bicchiere di acqua minerale	In ufficio
Ore 19:30	1 piatto colmo di pasta con sugo al pomodoro, 4 cucchiaini di parmigiano, 1 piccola ciotola di insalata	2 bicchieri di acqua	A casa
Ore 21:00	1 piccola pera	1 tazza di tè, 2 cucchiaini di zucchero	A casa

