



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

EUROPEAN NETWORK IN NUTRITIONAL EDUCATION FOR ACQUIRED DISABILITIES (ENNEADI) RACCOMANDAZIONI POLITICHE

Progetto N°: 2020-1-IT01-KA202-008557

Sito web del progetto: <https://www.enneadi.eu/>

Lead Partner: FUTURA SOC CONS RL (S. Giovanni in Persiceto - ITALIA)

Partnership

Università di Bologna – Dipartimento di Scienze per la Qualità della vita (Italia)

Nueva Opción, Associazione cerebrolesioni acquisite di Valencia (Spagna)

Siauliai Academy dell'Università di Vilnius (Lituania)

Partner associati

Azienda USL di Bologna – Unità di Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (Italia)

Associazione "Gli Amici di Luca" Onlus, Bologna (Italia)

Contea di Örebro (Svezia)

Associazione "La RETE" (Italia)

Durata del progetto: 26 mesi (3 novembre 2020 – 2 gennaio 2023)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

Sommario

1.	Introduzione al progetto ENNEADI	3
1.1.	Obiettivi di ENNEADI	3
1.2.	Risultati di ENNEADI	3
1.3.	Evidenze scientifiche e stato dell'arte	3
1.4.	Dati sulla disabilità	5
1.5.	Situazione della formazione dei professionisti nei Paesi partner	7
2.	Raccomandazioni politiche	8
2.1.	Destinatari	8
2.2.	Benefici della formazione per i professionisti	8
2.3.	Benefici della formazione per le persone con disabilità e le loro comunità	8
2.4.	Benefici della formazione per la società, le organizzazioni pubbliche e private	9
2.5.	Serie di raccomandazioni	9
3.	Fonti	11
4.	Base giuridica dei Paesi partner nella preparazione delle raccomandazioni	12



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

1. Introduzione al progetto ENNEADI

ENNEADI è un progetto transnazionale cofinanziato e realizzato nell'ambito del Programma UE Erasmus + KA2 – Partenariati strategici per l'istruzione e la formazione professionale nell'ambito dell'invito a presentare proposte EAC/A02/2019.

Il progetto ENNEADI si rivolge principalmente ai professionisti che, con ruoli diversi, lavorano e assistono persone con disabilità acquisite, con particolare riguardo alle disabilità neurologiche derivanti da un evento traumatico (ad esempio dopo una lesione cerebrale o del midollo spinale).

La condizione di “sedentarietà” di questi soggetti rende necessaria un'attenzione particolare alle sane abitudini e a stili di vita corretti legati all'alimentazione, al fine di prevenire patologie come sovrappeso e obesità, diabete e malattie cardiovascolari.

Per questo motivo, è importante sensibilizzare e informare gli operatori che lavorano con le persone con disabilità acquisita circa l'importanza del loro ruolo per la qualità della vita e le buone pratiche nutrizionali di questi soggetti non autosufficienti, in particolare durante la fase cronica trascorsa a casa.

1.1. Obiettivi di ENNEADI

Consentire ai professionisti e agli stakeholder coinvolti di approfondire le proprie conoscenze sulle buone pratiche (a livello europeo) relative alla qualità della vita, al benessere e alle pratiche nutrizionali a favore delle persone con disabilità acquisita;

avviare una revisione metodologica di nuovi percorsi formativi finalizzati all'insegnamento delle suddette materie utilizzando metodi innovativi, flessibili e aperti a favore di professionisti con background educativi e professionali molto diversi;

sensibilizzare gli enti partner, gli stakeholder locali, le istituzioni e le reti europee sull'importanza di pratiche ottimali relative alla qualità della vita e delle buone abitudini alimentari, al fine di garantire il benessere degli individui svantaggiati come le persone con disabilità acquisita.

1.2. Risultati di ENNEADI

1. [Linee guida sulle metodologie](#) e le pratiche formative ed educative a favore dei professionisti che lavorano abitualmente con persone con disabilità acquisita, tenendo conto delle più recenti ricerche scientifiche nel campo delle scienze biologiche, della salute, della qualità della vita, ecc.
2. Un [corso di e-learning](#) rivolto ai professionisti sopraccitati su abitudini alimentari preventive e qualità della vita.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

3. Raccomandazioni politiche che contribuiscano alla promozione di moduli formativi strutturati sulle sane e corrette abitudini alimentari per le persone con disabilità acquisita presso le istituzioni e gli enti che offrono corsi di studio e di aggiornamento per i professionisti.

1.3. Evidenze scientifiche e stato dell'arte

Il diritto a un'alimentazione adeguata è riconosciuto nelle linee guida sulla sicurezza alimentare dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (Consiglio FAO, 2004) e nell'articolo 28 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UN CRPD).

In uno studio recente, Waltz et al. (2018) ha intervistato persone con disabilità sulla loro esperienza con il cibo e l'inclusione alimentare. Gli intervistati hanno distinto tra accessibilità fisica e accessibilità sociale. Di solito, le prime barriere menzionate sono quelle fisiche. I primi problemi che le persone con disabilità devono affrontare sono: 1) l'accessibilità della struttura, 2) la possibilità di muoversi liberamente, 3) la presenza di una toilette disponibile.

I partecipanti allo studio si sono poi preoccupati dell'atmosfera, dell'illuminazione e del suono, dell'atteggiamento del personale nei loro confronti. Infine, hanno menzionato l'esperienza sociale dell'andare a mangiare fuori. La maggior parte delle persone ha parlato della qualità della compagnia, del pasto in sé e della sensazione di aggregazione. Gli intervistati di questo studio hanno evidenziato il fatto che le esperienze che coinvolgono il cibo, come mangiare fuori e partecipare a eventi comunitari, sono fattori cruciali in termini di esclusione o inclusione.

A livello europeo, la Direttiva 2019/882/UE sui requisiti di accessibilità di prodotti e dei servizi rientra nelle azioni proposte dall'Unione volte a garantire i diritti delle persone con disabilità.

In Italia, la legge che regola l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle strutture private aperte al pubblico (e quindi anche nei ristoranti e nei bar) è la Legge 104/92 che all'articolo 24 fa riferimento al DM236/89, e indica le caratteristiche tecniche che gli edifici privati aperti al pubblico devono avere per garantire l'accessibilità, l'adattabilità e quindi il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche. Nonostante l'attenzione del legislatore nei confronti dei problemi di accessibilità e di rimozione delle barriere fisiche che ostacolano la partecipazione delle persone disabili alla vita sociale sia evidente, risultano tuttora mancanti i riferimenti legislativi che affrontano il tema dell'inclusività in termini di accesso al cibo. Le disposizioni che consentono alle persone con disabilità di usufruire dei servizi di ristorazione in modo indipendente sono ancora carenti e i privati hanno piena libertà nello scegliere come organizzare i propri ristoranti in modo da garantire la piena accessibilità delle persone disabili. Ne sono un esempio i ristoranti che dispongono di menù in Braille o con caratteri più grandi per le persone ipovedenti.

In tutto il mondo le persone con disabilità hanno maggiori probabilità rispetto a quelle senza disabilità di incontrare barriere che gli impediscano di accedere a un'alimentazione adeguata (Conferenza degli Stati Parte della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, 2015). Le



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

barriere includono quelle fisiche e attitudinali, oltre che ai trattamenti differenziati e informazioni inadeguate (de Jong et al., 2013). Gli elementi che possono influire sull'accesso (Webber et al., 2007) sono le capacità ridotte, la mancanza di supporto per preparare il cibo o mangiare, l'assenza di un reddito adeguato, la mancanza di mezzi di trasporto o di altri ausili per procurarsi il cibo, l'impossibilità di accedere alle strutture pubbliche e di usufruirne per il consumo di cibo o il sentirsi sgraditi in situazioni pubbliche che coinvolgono il cibo (bar, ristoranti, celebrazioni ed eventi pubblici).

La quantità e la qualità del cibo a cui le persone disabili possono accedere possono essere limitate da queste barriere anche nei Paesi occidentali sviluppati (Webber et al., 2007). Un accesso inadeguato al cibo può, inoltre, produrre disabilità attraverso gli effetti a lungo termine della malnutrizione o esacerbare la disabilità esistente (Groce et al., 2014).

Oltre al ben noto diritto all'inclusione e all'accesso a un'alimentazione adeguata, studi recenti hanno documentato disparità di accesso al cibo per le persone con disabilità e interventi limitati atti ad affrontare le disuguaglianze alimentari per questa fetta della popolazione. Per essere efficaci, questi interventi devono andare oltre il singolo individuo e includere un approccio ai sistemi alimentari che faccia progredire l'equità per le persone con disabilità, come richiesto dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nel 2019, Holden e Corby hanno revisionato le informazioni relative agli approcci finalizzati a garantire il coinvolgimento delle persone con disabilità nella programmazione nutrizionale. Ne è emerso che i fattori responsabili dello scarso accesso alla programmazione nutrizionale di queste persone possono essere classificati in quattro livelli: Individuale, Ambientale, Attitudinale e Istituzionale.

In particolare, le diverse lacune in materia di nutrizione delle persone con disabilità sono state riscontrate a livello statale e istituzionale:

- Mancanza di linee guida nazionali e di indicazioni specifiche sulla disabilità per la programmazione nutrizionale.
- Mancanza di dati ripartiti per età, genere e disabilità sull'accesso alla programmazione nutrizionale.
- Mancanza di competenze tecniche sulla programmazione nutrizionale dal punto di vista della disabilità.
- Mancanza di formazione e consapevolezza nell'identificazione e nell'intervento preventivo.
- Assistenza subottimale e mancanza di follow-up.

1.4. Dati sulla disabilità

La necessità e il valore delle raccomandazioni politiche sui nuovi corsi di e-learning sono definiti dall'analisi dei dati statistici e scientifici relativi alla nutrizione e alla qualità della vita delle persone con disabilità acquisite. Le disabilità acquisite comprendono principalmente le lesioni cerebrali



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

traumatiche (TBI) e le lesioni del midollo spinale (SCI), attualmente riconosciute come priorità sanitarie globali in virtù delle complesse e costose cure mediche che richiedono.

In Europa

In Europa, le cause più comuni di lesioni traumatiche sono gli incidenti automobilistici - 41,4%, le cadute/salti in acqua - 34,9%, le lesioni sportive e violente - 20,1%. La percentuale di persone con disabilità varia tra i diversi Paesi dell'UE: Malta ha la quota più bassa (11%) e la Lettonia quella più alta (39,5%), mentre i Paesi baltici sono nel mezzo (31,1%), (Eurostat, 2020). Nei Paesi europei il numero di persone affette da disabilità acquisite è ancora elevato.

Le disabilità acquisite in età scolare e lavorativa sono in gran parte dovute a traumi legati alle lesioni cerebrali traumatiche (TBI) e a quelle del midollo spinale (SCI). Considerando la possibilità di prevenire la maggior parte delle lesioni e le complesse e costose cure mediche che richiedono, le due condizioni sopracitate sono riconosciute come priorità per la salute globale. I dati del *“Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD) Study 2016”* mostrano che, tra TBI e SCI, nel 2016 si sono verificati 28 milioni di nuovi casi in tutto il mondo, causando rispettivamente 8,1 milioni e 9,5 milioni di anni vissuti con disabilità (YLD). Secondo lo stesso studio, nel 2016 in Europa si sono verificati oltre 4,29 milioni di nuovi casi di TBI. Inoltre, dal 1990 al 2016, il numero delle TBI è aumentato dell'8,4%.

È ben documentato che la prevalenza di obesità e sovrappeso è più alta nelle persone affette da disabilità acquisite come TBI o SCI rispetto alle persone autosufficienti. Parallelamente, le persone con disabilità acquisite hanno maggiori probabilità di presentare insulino-resistenza, livelli elevati di colesterolo LDL e ridotti di colesterolo HDL. Tutti questi fattori sono associati a un aumento del rischio di diabete di tipo II e di malattie cardiovascolari che peggiorano l'aspettativa di vita (LE) e la qualità della vita (QoL) di questi pazienti. Il profilo lipidico plasmatico, l'obesità e l'insulino-resistenza sono fattori modificabili attraverso un cambio di stile di vita, inoltre, la diffusione di abitudini corrette e un'alimentazione sana costanti potrebbero migliorare notevolmente la QoL nelle persone con disabilità acquisita.

In Italia

In **Italia**, nel 2019, le persone con disabilità - ovvero coloro che soffrono di problemi di salute, limitazioni gravi che impediscono loro di svolgere le attività abituali - sono 3 milioni e 150 mila (5,2% della popolazione). Questo numero comprende disabilità molto diverse tra loro, che vanno dalla massima difficoltà nelle funzioni di base della vita quotidiana a limitazioni molto più lievi, fino alle malattie croniche. Le famiglie italiane direttamente coinvolte in questo fenomeno rappresentano il 15%. ([Dati ISTAT 2021](#))

In precedenza, il CENSIS (Centro Italiano Ricerche Investimenti Sociali) aveva stimato un totale di 4,1 milioni di persone con disabilità in Italia, pari al 6,7% della popolazione e aveva previsto un trend in crescita: 4,8 milioni (7,9% della popolazione) nel 2020 e 6,7 milioni (10,7%) nel 2040.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
For Acquired Disabilities

In Italia nel 2019 sono stati registrati 86.360 ricoveri acuti in regime ordinario per ictus. Il 75% dei pazienti sopravvissuti presenta una qualche forma di disabilità che nella metà dei casi porterebbe alla perdita dell'autosufficienza ([Salute.gov.it](https://www.salute.gov.it)).

In Lituania

In **Lituania** il numero di lesioni traumatiche su 1000 residenti è cambiato. Nel 2019 si sono verificati 1864 casi (0,067%), nel 2020 invece 1724 casi (0,062%) e nel 2021 i casi sono stati 1419 (0,005%). Secondo i dati dell'Istituto di Igiene della Lituania (2021), è stato stabilito che le lesioni cerebrali di origine traumatica rappresentano circa il 74,4-82,0%, di cui il 49,4-62,1% si verifica durante gli incidenti automobilistici, il 26,7-43,1% durante le cadute o i salti in corpi idrici e il 16,8-22,3% durante gli infortuni sportivi. In Lituania, ogni anno fino a 120 persone soffrono di danni cerebrali e ogni anno si verificano 24 nuovi casi per 1 milione di abitanti. Secondo i dati del Portale delle statistiche sanitarie, oltre il 58,1% delle persone ferite in incidenti d'auto, lesioni domestiche, cadute o crimini violenti era sotto l'effetto di alcol (<https://www.hi.lt/>).

In Spagna

In **Spagna**, ci sono più di 435.400 persone con lesione cerebrale acquisita (ACD), secondo i dati dell'indagine sulla disabilità, l'autonomia personale e le situazioni di dipendenza pubblicati nell'aprile 2022 dall'Istituto Nazionale di Statistica (INE). 361.500 persone hanno una lesione cerebrale acquisita a seguito di un ictus, più dell'80%. 73.900 persone a seguito di un trauma cranioencefalico (TCE). Ogni anno si registrano 104.701 nuovi casi di lesione cerebrale acquisita: 99.284 dovuti a incidenti cerebrovascolari, 4.937 a traumi cranici (TCE) e 481 ad anossia. Il 65,03% delle persone con lesione cerebrale acquisita ha più di 65 anni, un dato legato all'alta incidenza di ictus in un gruppo in cui la maggior parte (52%) sono donne. Nonostante questa percentuale, solo il 44% del totale delle persone con lesione cerebrale che hanno richiesto una valutazione della loro dipendenza è costituito da donne. Questo punto suggerisce una particolare vulnerabilità delle donne con danno cerebrale, che richiedono il riconoscimento amministrativo della loro disabilità in misura minore rispetto agli uomini; una situazione che i ricercatori mettono in relazione con l'età e con fattori culturali. In quest'ultimo caso, si fa riferimento alla tradizionale relegazione delle donne dagli spazi pubblici, che può influenzare la minima richiesta di questo certificato da parte della donna o del suo ambiente familiare (Europe.eu, 2020).

Rischi per la salute nelle persone con disabilità

Le persone con disabilità acquisita presentano in genere un rischio molto più elevato di condurre uno stile di vita scorretto in termini di pratiche dietetiche e sanitarie, di incorrere nell'obesità e nelle condizioni secondarie associate, come le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo II, ecc. La cattiva qualità della vita è anche collegata e interrelata al disagio psicologico. Ricerche recenti dimostrano come il miglioramento dell'educazione e della consapevolezza sulle buone pratiche di qualità della vita sia cruciale per il progresso umano e il miglioramento delle condizioni fisiche e



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

psicologiche delle persone con disabilità acquisita. È chiaro che la conoscenza e la consapevolezza generale su questi aspetti non sono diffuse e uguali tra i professionisti e i caregiver che hanno contatti quotidiani con le persone con disabilità acquisita. L'obiettivo principale del progetto ENNEADI è quindi la progettazione di nuovi percorsi educativi volti a trasferire agli operatori quei contenuti che sono cruciali per il miglioramento delle pratiche di qualità della vita, in particolare attraverso corrette scelte alimentari volte a migliorare la qualità della vita e a prevenire l'aggravamento delle condizioni di salute. Le nuove metodologie e gli strumenti didattici presentati nelle lezioni e nei moduli basati sull'E-Learning potranno essere inseriti nei curricula personali di un'ampia fascia di professionisti che lavorano abitualmente con persone con disabilità acquisita.

1.5. Situazione della formazione dei professionisti nei Paesi partner

È stata analizzata la situazione della preparazione dei professionisti che lavorano con persone con disabilità acquisita nei Paesi partner del progetto.

- Sono state analizzate 779 università in Spagna (399), Italia (317) e Lituania (63).

Il 42% di esse offre nei propri curricula materie legate alla nutrizione, il 31% prevede una formazione sulle disabilità e solo l'1% prevede una formazione sulla nutrizione nelle persone con disabilità. Questa analisi evidenzia quindi la mancanza di formazione sui bisogni nutrizionali delle persone con disabilità nei curricula ufficiali dei professionisti che lavorano con questo gruppo target.



2. Raccomandazioni politiche

2.1. Destinatari

- **Responsabili politici** a livello istituzionale, comunale, governativo e comunitario. Referenti istituzionali, stakeholder locali.
- **Professionisti:** Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti occupazionali, Infermieri, Dietisti, Nutrizionisti, Specialisti in attività fisiche preventive e adattate, Psicologi, Assistenti sociali, Educatori sociali, Assistenti sociali e altri professionisti che lavorano con persone con disabilità acquisita.
- **Familiari, caregiver, persone con disabilità acquisita** che migliorano la qualità della vita delle persone con disabilità acquisita.

2.2. Benefici della formazione per i professionisti

- **Miglioramento delle conoscenze dei professionisti:** Le lezioni e i corsi e-learning (<https://elearning.enneadi.eu/>) preparati dai partner del progetto sono flessibili e gratuiti; quindi, i professionisti avranno bisogno solo del tempo individualmente assegnato. In questo modo, si creano opportunità per aumentare la qualificazione professionale.
- **Miglioramento delle competenze dei professionisti:** I professionisti che hanno frequentato le lezioni online gratuite e completato i corsi di e-learning aggiorneranno le conoscenze nutrizionali specifiche necessarie per lavorare con persone con disabilità acquisite.
- **Miglioramento del dialogo tra professionisti di diverse discipline:** Dopo aver completato il corso e-learning, i professionisti amplieranno e svilupperanno le conoscenze nutrizionali specifiche necessarie per lavorare con persone con disabilità acquisite con altri professionisti o lavorando in team interdisciplinari.

2.3. Benefici della formazione per le persone con disabilità e le loro comunità

- **Miglioramento della qualità di vita dei pazienti:** Se la gestione della nutrizione dei pazienti con disabilità acquisita migliora, si evita la necessità di assumere determinati farmaci o di ricoverare nuovamente i pazienti. Se preveniamo il peggioramento dei sintomi con una corretta alimentazione e riconosciamo i benefici di alcuni alimenti, i pazienti risparmieranno denaro. Grazie a una migliore gestione dei problemi legati all'apparato digerente e a un



contrasto complessivo della fragilità, nel medio-lungo termine si otterrà un risparmio economico dovuto a minori costi di trattamento per patologie secondarie.

- **Miglioramento della qualità di vita della famiglia:** Prevenendo il peggioramento dei sintomi con una corretta alimentazione e riconoscendo i benefici di alcuni alimenti, i familiari dovrebbero poter risparmiare, saranno protetti da situazioni impreviste legate a un'alimentazione scorretta dei pazienti e avranno più tempo per soddisfare le proprie esigenze.
- **Riduzione dei fattori di rischio per le malattie croniche:** Un'alimentazione corretta e il riconoscimento dei benefici di alcuni alimenti possono ridurre il rischio di insorgenza di malattie croniche e di assunzione di farmaci aggiuntivi.
- **Riduzione del rischio di nuovi ricoveri:** Le nuove conoscenze sui meccanismi di regolazione dell'alimentazione potrebbero ridurre i sintomi associati al peggioramento delle condizioni di salute del paziente, riducendo così il rischio di nuovi ricoveri.
- **Riduzione dei costi per i sistemi sanitari e le assicurazioni sociali:** L'opportunità di gestire meglio l'alimentazione dei pazienti con disabilità acquisita creerà le condizioni per evitare la necessità di misure aggiuntive che stabilizzino o rallentino l'insorgenza di malattie croniche e l'uso di farmaci supplementari. Tutto ciò crea l'opportunità di ridurre le spese per l'assicurazione sociale, l'assistenza sociale/medica o alcune prestazioni sociali

2.4. Benefici della formazione per la società, le organizzazioni pubbliche e private

- **Maggiore inclusione sociale delle persone con disabilità:** Grazie alla diminuzione dei problemi di alimentazione, le persone con disabilità acquisita dovrebbero essere maggiormente coinvolte e attive nella vita sociale (frequentazione di centri diurni, unità educative, attività ricreative, ecc.)
- **Riduzione dei costi per i sistemi sanitari e le assicurazioni sociali investendo nella formazione e nella prevenzione:** Il corso e-learning presentato non richiede grandi investimenti finanziari, in quanto può essere implementato utilizzando le risorse umane e informatiche esistenti. Un altro vantaggio per i sistemi di assistenza sanitaria e sociale è che, applicando le nuove conoscenze nella pratica, si potrebbe risparmiare denaro per la riabilitazione, il trattamento e lo sviluppo di servizi aggiuntivi per il miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità acquisita.



2.5. Elenco di raccomandazioni

Chiediamo concretamente ai responsabili politici di prendere coscienza di quanto segue:

- Solo l'1% delle Università analizzate nei tre Paesi partecipanti al progetto prevede una formazione sulla nutrizione delle persone con disabilità.
- Manca una formazione sulla nutrizione per i professionisti che lavorano con le persone con disabilità.
- Mancano linee guida nazionali e indicazioni specifiche per la programmazione della nutrizione.
- Mancano dati sulla nutrizione delle persone con disabilità, quindi non è possibile quantificare il problema. Dovrebbero essere create schemi standardizzati per la raccolta dei dati, in modo da poter raccogliere informazioni dagli ospedali e dai centri nelle diverse fasi della disabilità acquisita. Con questi dati avremmo un punto di partenza.
- Mancano dati disaggregati per età, genere e disabilità sull'accesso alla programmazione nutrizionale.
- Mancano competenze tecniche sulla programmazione nutrizionale dal punto di vista della disabilità.
- Manca la formazione e la sensibilizzazione all'identificazione e all'intervento precoce.
- C'è un'assistenza subottimale e una mancanza di follow-up.

Pertanto, i responsabili politici dovrebbero essere consapevoli di alcuni punti importanti:

- L'importanza della prevenzione: La relazione tra *intestino-cervello-comportamento* come fattore decisivo per la riabilitazione.
- L'importanza di migliorare le competenze multidisciplinari dei professionisti coinvolti nella gestione della disabilità e di aumentare le competenze professionali.
- La necessità di incorporare il profilo del dietista nel team di riabilitazione.
- La necessità di incorporare la valutazione e il monitoraggio nutrizionale nel follow up di salute del soggetto con DA.
- L'importanza di incorporare una formazione di base obbligatoria sulla nutrizione e una formazione più specifica in base al profilo professionale.
- L'importanza di raccomandare alle ONG, alle istituzioni municipali e a qualsiasi entità le cui attività siano legate alla qualità della vita delle persone con disabilità acquisita, di avviare



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi

European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

cambiamenti nell'ampliamento dei servizi per le persone con disabilità acquisita in ambito sociale (esercizi di ristorazione, accessibilità a strutture adeguate all'alimentazione e il consumo di cibo).

- L'importanza di creare le basi per la diffusione della piattaforma di e-learning in diversi contesti educativi professionali; offrire alle istituzioni sanitarie e sociali, alle unità educative di includere il programma di e-learning nel processo di:
 - o Corsi di formazione avanzata,
 - o Corsi di aggiornamento per professionisti,
 - o Come corso e-learning a scelta/obbligatorio da inserire in alcuni programmi di studio universitari.
- Sostenere concretamente la piattaforma di e-learning creata per raggiungere i benefici sopra menzionati. (<https://elearning.enneadi.eu/>).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

3. Fonti

- Bonnielin K. Swenor, *Disability inclusion: A missing ingredient for food system equity*, Global Food Security, Volume 31, 2021, 100584, <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2021.100584>.
- Conferenza degli Stati parte della Convenzione sui Diritti delle persone con Disabilità. (2015). Rapporto dell'ottava sessione. New York: Nazioni Unite.
- De Jong, J. M., den Exeter, A. P., & Hulst, E. H. (2013). *Economische gevolgen van ratificatie van het VN Verdrag Handicap*. Rotterdam: SEOR, Universiteit van Rotterdam.
- FAO Council. (2004). *Voluntary guidelines to support the progressive realisation of the right to adequate food in the context of national food security*. Rome: FAO Council.
- Jenny Holden and Nick Corby, *Disability and nutrition programming: evidence and learning*, Disability Inclusion Helpdesk Report No.6, (London: Disability Inclusion Helpdesk, 2019).
- Groce, N., Challenger, E., Berman-Bieler, R., Farkas, A., Yilmaz, N., Schultink, W. & Kerac, M. (2014). *Malnutrition and disability: Unexplored opportunities for collaboration*. *Paediatrics and International Child Health*, 34(4), 308–314.
- Waltz et al (2018) *Social Inclusion* (ISSN: 2183–2803) 2018, Volume 6, Issue 1, Pages 51–60 DOI: 10.17645/si.v6i1.1160.
- Webber, C. B., Sobal, J., & Dollahite, J. S. (2007). *Physical disabilities and food access among limited resource households*. *Disability Studies Quarterly*, 27(3).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

4. Base giuridica dei Paesi partner nella preparazione delle raccomandazioni

Le raccomandazioni politiche corrispondono strettamente alla **legislazione dell'Unione Europea**, come ad esempio:

- " Alimentazione, sovrappeso e obesità: la strategia dell'Unione europea" (Data dell'ultima revisione: 13/03/2017)
(<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/LSU/?uri=CELEX%3A52007DC0279>)
- "Strategia europea sulla disabilità per il periodo 2021-2030"
(<https://www.inclusion-europe.eu/european-disability-strategy>), che contiene tre aree principali: diritti delle persone con disabilità, vita indipendente e autonomia e non discriminazione e pari opportunità.
- Piano d'azione europeo per gli alimenti e la nutrizione 2015-2020
(https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf);
- Associazione europea per lo studio dell'obesità (<https://easo.org/>).
- Rapporto mondiale sulla disabilità dell'OMS (2011)
(<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>)

Leggi italiane sulla disabilità e sull'inclusione: la "Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap" (FISH) nel suo sito web ha una sezione con l'intero elenco delle normative sulla disabilità: (<https://www.handylex.org/category/norme/>). Il diritto a un'alimentazione adeguata è riconosciuto nelle linee guida sulla sicurezza alimentare dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (Consiglio FAO, 2004); l'articolo 28 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UN CRPD). La legge 68/1999 prevede la valutazione delle capacità lavorative delle persone con disabilità. La legge che regola l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle strutture private è la Legge 104/92 che all'art. 24 rimanda al DM236/89. 24 fa riferimento al DM236/89.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



enneadi
European Network in
Nutritional Education
for Acquired Disabilities

Le principali leggi in **Lituania** in base alle quali è organizzata la vita delle persone con disabilità sono la Legge della Repubblica di Lituania sull'integrazione sociale delle persone con disabilità (<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.2319/asr>); la Legge alimentare della Repubblica di Lituania. 14-12-2019. Nr. Viii-1608 Vilnius (<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.98953?jfwid=32wf6ru0>); Legge sulla salute pubblica della Repubblica di Lituania del 01-04-2016 Nr. Ix-886 Vilnius (<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.412532>).

In **Spagna** sono in vigore leggi di sostegno alle persone con disabilità: Regio Decreto Legislativo 1/2013, del 29 novembre, che approva il Testo Consolidato della Legge Generale sui diritti delle persone con disabilità e la loro inclusione sociale; Legge 51/2003, del 2 dicembre, sulle pari opportunità, la non discriminazione e l'accessibilità universale per le persone con disabilità; Legge 39/2006, del 14 dicembre, per la promozione dell'autonomia personale e l'assistenza alle persone in situazione di dipendenza; Regio Decreto 173/2010, del 19 febbraio, che modifica il Codice Tecnico dell'Edilizia, approvato con Regio Decreto 314/2006, del 17 marzo, sull'accessibilità e la non discriminazione delle persone con disabilità; Legge 6/2022, del 31 marzo, che modifica il Testo Unico della Legge Generale sui diritti delle persone con disabilità e la loro inclusione sociale, approvato con il Regio Decreto Legislativo 1/2013, del 29 novembre, per stabilire e regolare l'accessibilità cognitiva e le sue condizioni di richiesta e applicazione; Regio Decreto 888/2022, del 18 ottobre, che stabilisce la procedura per il riconoscimento, la dichiarazione e la qualificazione del grado di disabilità.

Capofila



Partner



Partner associati



Erasmus+ Programme - Strategic Partnership - VET
Project Nr: 2020-1-IT01-KA202-008557
Project title: European Network in Nutritional
Education for Acquired Disabilities ENNEADI

enneadi.eu