

Monica Turchetto - Dietista  
Coordinatore Gruppo di Lavoro  
ASAND – Disturbi alimentari

**Riabilitazione nutrizionale  
dopo la nutrizione enterale  
nel trattamento dei Disturbi  
della Nutrizione e  
dell'Alimentazione:  
quali strategie**

**27 - 29 novembre 2025**

Padova Congress  
Via Carlo Goldoni 8, Cancellò C - Padova

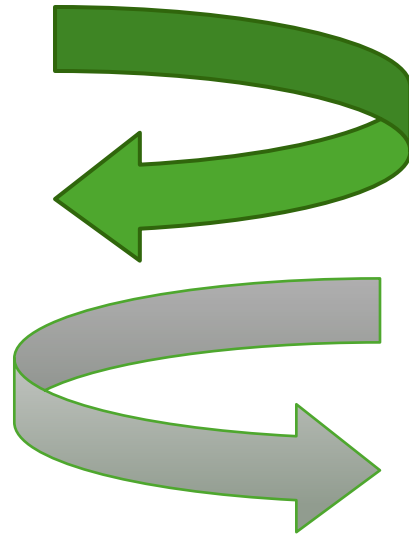


I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (D-NA)=  
esito di una **complessa** interazione tra svariati fattori legati a

*MENTE*

e

*CORPO*



# Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

I D-NA non  
sono  
"patologie  
dell'appetito".

Sono una  
«**soluzione**»  
ad una  
sofferenza  
indicibile

con il  
linguaggio  
verbale ma  
esprimibile

solo  
attraverso il  
linguaggio del  
corpo.

# Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (D-NA)

## DSM-5 : Categorie Diagnostiche

- Pica
- Disturbo di ruminazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)
- Anoressia nervosa: a) Tipo con restrizioni b) Tipo con abbuffate/comportamenti purgativi
- Bulimia nervosa
- Disturbo da binge-eating

# *European Eating Disorders Review*

## **Medical Nutrition Therapy and Nutritional Rehabilitation in Hospitalised Patients Affected by Eating Disorders**

Lezo Antonella<sup>1</sup> | Mascheroni Annalisa<sup>2</sup> | Troiano Ersilia<sup>3</sup> | Gandullia Paolo<sup>4</sup> | Milano Walter<sup>5</sup> |  
Turchetto Monica<sup>6</sup> | Demontis Stefania<sup>7</sup> | Cereda Emanuele<sup>8</sup> | Borodani Sara<sup>9</sup> | Corradi Ettore<sup>10</sup>

# Alimentazione tramite sondino nasogastrico (NGT)

## Indicazioni alla nutrizione artificiale (S5.1)

Anoressia nervosa grave o disturbi restrittivi con apporto orale insufficiente.

Incapacità a raggiungere i fabbisogni calorici con alimenti e/o ONS.

Instabilità medica (rapida perdita di peso, rischio di refeeding syndrome).

Obiettivo: garantire un apporto nutrizionale **prevedibile, adeguato e controllato**.

## Ruolo degli ONS (S4.3)

Possono ridurre la necessità di ricorrere al posizionamento del sondino nasogastrico (NGT).

Determinano **minore disagio** per il paziente rispetto al NGT.

# Alimentazione tramite sondino nasogastrico (NGT)

## **Benefici**

Migliora lo stato nutrizionale.

Riduce lo stress dei pasti.

Può evitare ricorso a TPN.

## **Rischi**

Fastidio/disagio legato al sondino.

Rischio di refeeding se non monitorata.

## **Consenso multidisciplinare**

Necessario coinvolgere salute mentale, area medica e dietetica.

## **Valutazioni preliminari**

Rischio medico

Andamento ponderale.

Motivazione e capacità di alimentazione orale.

# NGT e transizione alimentare

## Coesistenza NGT e orale (S3.10, S5.8)

- L'alimentazione tramite sondino può **coesistere con pasti assistiti e assunzione orale parziale**.
- Favorisce il **ripristino di modelli alimentari fisiologici** e preserva la funzione gastrointestinale.
- I dietisti regolano l'apporto calorico e la distribuzione NGT/orale in base a:
  - andamento ponderale, risposta metabolica
  - stato clinico e obiettivi

## Supporto psicologico e relazionale (S5.10, S5.11)

- Fondamentale integrare:
  - **psicoterapia di supporto**
  - **colloqui motivazionali**
  - **contratti comportamentali chiari**
    - NGT come sforzo collaborativo

## Personale infermieristico formato a :

- offrire rassicurazioni
- affrontare il disagio legato all'immagine corporea
- contrastare le idee distorte sull'alimentazione forzata

# NGT e transizione alimentare

## Interruzione del NGT (S5.5, S5.6)

Criteria per sospendere il NGT:

Assunzione orale costante > 80% del fabbisogno per più giorni

Elettroliti stabili

Riduzione del disagio psicologico ai pasti

Transizione graduale (es. NGT notturno + pasti diurni) promuove:

**autonomia alimentare**

**sviluppo di competenze**

Richiede rivalutazione clinica e psicologica frequente

## Protocolli e formazione (S3.10)

Protocolli strutturati e tecniche di **de-escalation** aiutano a gestire:

resistenze e disagio durante i pasti

La formazione del personale è cruciale per un approccio coerente e rispettoso

# Piani alimentari e pasti assistiti

## Struttura e personalizzazione del piano alimentare (S3.1–S3.3)

I piani per anoressia nervosa iniziano con 3 pasti + 2–3 spuntini al giorno, con incrementi calorici gradualmente.

Devono essere **personalizzati** in base a:

- tollerabilità del paziente

- sensibilità sensoriali (es. ARFID)

- convinzioni su cibi “sicuri”

Le modifiche caloriche devono riflettere:

- stato clinico

- rischio metabolico

- predisposizione psicologica

È essenziale il contributo **collaborativo** di dietisti, medici e specialisti della salute mentale.

# Piani alimentari e pasti assistiti

**Pasti assistiti: obiettivi e modalità (S3.6–S3.9, S4.11)**

I pasti assistiti prevedono la **presenza attiva di personale formato o caregiver** per:

- gestire l'ansia
- prevenire comportamenti compensatori
- garantire l'assunzione nutrizionale

I professionisti coinvolti includono:

- **infermieri** con formazione specifica, **dietisti** che guidano il piano e correggono mitizzazioni
- **operatori della salute mentale** che offrono strategie di coping

In alcuni contesti, sono organizzati in **gruppi facilitati da dietisti** o altri operatori formati.

Il coinvolgimento della famiglia, soprattutto negli adolescenti, rafforza la coerenza terapeutica tra ospedale e casa

- **Approccio terapeutico al pasto (S4.11)**

- Il pasto assistito è più efficace se guidata da un dietista, che:
  - rassicura sulle porzioni
  - chiarisce false credenze
  - offre strategie psicologiche in tempo reale
- Il supporto può essere garantito anche da altri professionisti formati.
- Il coinvolgimento strutturato dei familiari **riduce il disagio e rafforza la stabilità** durante i pasti.

## Messaggio chiave

Un piano alimentare efficace nei disturbi alimentari necessita di **struttura, flessibilità e supporto relazionale**. I **pasti assistiti** sono centrali per aumentare l'aderenza, ridurre l'ansia e favorire la normalizzazione alimentare.

# ONS nei disturbi alimentari

## Quando usarli (S4.2)

Raccomandati nelle **prime fasi di rialimentazione** o in **fasi di plateau** del recupero ponderale.

Utili in caso di:

- paura estrema delle porzioni normali**
- disagio gastrointestinale persistente**
- limitazioni psicologiche all'assunzione orale**

## Selezione e formulazione (S4.4, S4.7)

Valutazione multidisciplinare (medico, dietista, salute mentale) su:

- preferenze di gusto**
- densità calorica (1–1.5 kcal/mL)**
- rapporto tra macronutrienti**
- comorbilità (es. intolleranze)**

In caso di carenze o obiettivi specifici → considerare ONS **arricchiti con micronutrienti** (es. zinco)

Uso mirato, non routinario → guidato da evidenze e valutazioni cliniche

# ONS nei disturbi alimentari

## Monitoraggio clinico (S4.6)

Controlli regolari su:

- peso e andamento ponderale
- elettroliti
- effetti gastrointestinali (gonfiore, stitichezza)
- risposte psicologiche

Obiettivo: garantire **stabilità clinica** senza generare ansia o squilibri

## Coinvolgimento del paziente (S4.9)

Discutere obiettivi e tempi di assunzione → aumenta **autonomia**

Integrare con **colloqui motivazionali** → migliora accettazione

Evitare la percezione di “obbligo” → favorire collaborazione

.

# Educazione nutrizionale e counselling

## Psicoeducazione nutrizionale (S7.4)

Sfatare i miti sui cibi “buoni” e “cattivi”.

Affrontare convinzioni distorte su peso e immagine corporea.

Mostrare come un'alimentazione equilibrata supporti:  
regolazione emotiva  
prevenzione delle ricadute.

- **Contenuti educativi di base (S7.1–S7.2)**
- Focus su **macronutrienti** (carboidrati, proteine, grassi) e **micronutrienti essenziali** (vitamine, minerali).
- Spiegare il loro ruolo in: riparazione cellulare, funzione immunitaria, stabilità metabolica.
- Evidenziare i rischi di un consumo cronico insufficiente.
- Guida strutturata su:
  - modelli alimentari
  - dimensioni delle porzioni
  - importanza degli intervalli regolari tra pasti e spuntini.
- Obiettivo: favorire **stabilizzazione medica a breve termine e recupero metabolico a lungo termine.**

# Educazione nutrizionale e counselling

## **Counselling motivazionale e compassione (S7.5–S7.6)**

Colloqui motivazionali e approccio compassionevole per ridurre barriere emotive.

Aiutare i pazienti a ridefinire obiettivi alimentari rispettando paure e ansie.

Consulenza collaborativa e personalizzata:

- convalida del disagio

- rafforzamento della connessione corpo-mente

- coinvolgimento di famiglia/assistenti per risposte cognitive e comportamentali più sane.

# Educazione nutrizionale e counselling

## Approccio interdisciplinare (S7.7)

Sessioni con dietisti, psicologi e infermieri.

Affrontare simultaneamente:

- fattori psicologici (evitamento, abbuffate, vomito)
- raccomandazioni nutrizionali basate su evidenze

Obiettivo: garantire **recupero a lungo termine**.

## Messaggio chiave

Un piano alimentare efficace nei disturbi alimentari necessita di **struttura, flessibilità e supporto relazionale**.

I **pasti assistiti** sono centrali per aumentare l'aderenza, ridurre l'ansia e favorire la normalizzazione alimentare.

# Costruire la rete

## **Preparazione psicologica alla dimissione (S8.4)**

Monitoraggio di:

- sintomi (umore, autolesionismo, immagine corporea)
- aderenza ai piani alimentari
- partecipazione alle sedute terapeutiche

Obiettivo:

garantire capacità di mantenere progressi e gestire fattori scatenanti.

## **Piano di transizione ospedale–ambulatorio (S8.5)**

Supervisione dietetica e monitoraggio regolare di cibo e peso.

Strategie praticabili: pesate programmate, controlli a distanza, strumenti di auto-aiuto.

Follow-up adattato a risorse locali e rischio individuale (centro diurno, pasti assistiti, terapia di gruppo, monitoraggio medico) (S8.7)

## **Riunione multidisciplinare (S8.6)**

Coinvolge dietisti, medici, professionisti della salute mentale.

Definisce follow-up personalizzato: frequenza monitoraggi, rivalutazione BMI/parametri fisici .

# Costruire la rete

## **Adolescenti e pasti assistiti (S9.4)**

Collaborazione tra dietisti, salute mentale e famiglie.

Obiettivi: sostenere sviluppo (massa ossea, pubertà) e fattori psicosociali (pasti in famiglia, transizioni scolastiche).

## **Ruolo dei dietisti e del team (S11.1–S11.3)**

Dietisti integrati nei programmi di ricovero

→ pianificazione pasti, monitoraggio nutrizionale, reintegrazione alimentare.

Collaborazione con psichiatri → affrontare barriere psicologiche.

Infermieri, logopedisti, terapisti occupazionali → gestione comportamenti alimentari

## **Famiglia come co-terapeuta (S11.4–S11.6)**

Familiari/assistenti rafforzano programmi alimentari a casa.

Formazione genitori su porzioni, reintegrazione sicura, strategie motivazionali.

Supporto familiare = riduzione ricadute e maggiore stabilità.

# Indicazioni per dimissione

## **Schema alimentare flessibile (S12.2)**

Piani alimentari **strutturati ma variabili** → riducono rigidità e carenze nutrizionali.

Fondamentali per sostenere il recupero e prevenire ricadute (restrizione, abbuffata-vomito).

## **Supporto ambulatoriale continuativo (S12.4)**

Follow-up dietetici, sedute di terapia, gruppi di supporto tra pari.

## **Favorisce:**

mantenimento di comportamenti alimentari possibile automonitoraggio di fame/saz pianificazione consapevole dei pasti.

# Indicazioni per dimissione

## Prevenzione delle ricadute (S12.5)

Creazione di una **rete di sicurezza** (familiari, operatori sanitari).

Strategie di gestione dello stress e regolazione emotiva.

Obiettivo: ridurre risposte alimentari impulsive o disordinate.

## Autonomia graduale (S12.6)

Incremento progressivo della responsabilità nelle scelte alimentari.

Approccio collaborativo tra dietisti, salute mentale e pazienti.

Trasformare conoscenze nutrizionali in **abitudini flessibili e durature**.



## Effects of mealtime assistance in the nutritional rehabilitation of eating disorders

Doriana Lacalaprice<sup>1</sup> · Edoardo Mocini<sup>1</sup> · Francesco Frigerio<sup>1</sup> · Marianna Minnetti<sup>1</sup> · Claudia Picciocchi<sup>1</sup> · Lorenzo Maria Donini<sup>1</sup> · Eleonora Poggiogalle<sup>1</sup>

Received: 30 June 2023 / Accepted: 29 August 2023  
© The Author(s) 2023

### Obiettivo

Valutare gli effetti dell'assistenza ai pasti (fornita da professionisti sanitari, volontari o familiari) su parametri

**nutrizionali, antropometrici, psicologici, comportamentali e medici** in pazienti con AN, BN e BED.

### Metodologia

Revisione sistematica di 3282 studi → inclusi solo **6 studi** (314 pazienti, età 14–33 anni, prevalenza femminile).

Forte eterogeneità → impossibile condurre metanalisi quantitativa.

Intervento analizzato: **pasto assistito/supervisione ai pasti** con attività di:

- presenza durante il pasto

- incoraggiamento al consumo

- evitamento di conversazioni su peso/calorie

- supporto empatico e distrazione da pensieri ossessivi.

# Risultati principali

## **Esiti nutrizionali**

Riduzione significativa della necessità di nutrizione enterale (dal 67% all'11%).

Nessuna differenza su durata ricovero, readmission rate o parametri vitali.

## **Esiti antropometrici**

Risultati variabili: alcuni studi senza variazioni significative.

Incremento medio di BMI da 15.3 a 16.0 kg/m<sup>2</sup> (p = 0.001).Tendenza a maggiore aumento ponderale settimanale (non significativo).

## **Esiti psicologici**

Genitori: sollievo nel delegare la supervisione ai professionisti.Mancano dati consistenti su percezione da pazienti

## **Esiti comportamentali**

Riduzione del 35% dei comportamenti disfunzionali (rituali, evitamento sociale).

Durata media dei pasti ridotta (da 53 a 43 minuti).

Diminuzione di ansia e distress per pazienti e staff.

## **Complicanze mediche**

Alcuni miglioramenti clinici (es. normalizzazione ciclo mestruale in AN).Nessun effetto negativo riportato.

# Conclusioni

Il **pasto assistito** mostra benefici soprattutto sul piano **comportamentale e psicologico (ansia, rituali)**.

Evidenze limitate sul miglioramento dei parametri nutrizionali e del peso.

Mancano **linee guida standardizzate**: ogni centro adotta modalità proprie.

Necessari ulteriori studi con campioni più ampi, protocolli uniformi e misure oggettive

# “ALL EYES ARE ON YOU”: ANOREXIA NERVOSA PATIENT RETROSPERPECTIVES OF IN-PATIENT MEALTIMES

Stacey Long, Deborah Wallis, Newman Leung and Caroline Meyer

Journal of Health Psychology 2011

Aspetto	Contenuti principali	Implicazioni
Obiettivo	Indagare la percezione dei pasti durante il ricovero	Comprendere emozioni, pensieri e comportamenti associati
Metodo	12 donne (17.4–29.5 anni), interviste individuali (≤60 min)	Racconto soggettivo dell'esperienza del pasto
Modalità di erogazione	Setting e spazio, tempistica, distrazioni, comportamento del personale, scelta limitata dei cibi	Ambiente percepito come rigido o poco accogliente
Esiti individuali	Sensazioni fisiche, pensieri, emozioni (ansia, paura, disgusto), rituali	Risposte su 4 livelli: cognitivo, emotivo, comportamentale, fisico
Caratteristiche del pasto	Sfida/controllo da parte degli operatori, mancanza di scelta, disimpegno, trasgressione delle regole, proposte di miglioramento	Percezione di perdita di autonomia
Risultati	Pasti vissuti come momenti di forte tensione e disagio	Necessità di strategie di coping personalizzate
Implicazioni cliniche	Protocolli più standardizzati e centrati sul paziente	Coinvolgere le pazienti nella formazione del personale
Messaggio chiave	Un approccio unico non è adeguato	Serve personalizzazione e riconoscimento delle prospettive individuali

**“TIME’S UP” – STAFF’S MANAGEMENT OF MEALTIMES ON INPATIENT EATING DISORDER UNITS** Trine Wiig Hage, Øyvind Rø and Anne Moen Hage et al. Journal of Eating Disorders (2015)

Aspetto	Contenuti principali	Implicazioni
<b>Obiettivi</b>	Descrivere struttura interna dei pasti - Identificare comportamenti/interazioni dello staff - Comprendere “script” comportamentali - Standardizzare la gestione	Focus su rialimentazione e normalizzazione del comportamento alimentare
<b>Metodo</b>	Studio qualitativo descrittivo-esplorativo - 40 pasti osservati (colazione, pranzo, cena, spuntino) - 22 membri dello staff - età media 40 anni - Unità ospedaliera, 12 posti letto BMI medio 14–15	Durata: 30 min pasto + 30 min riposo supervisionato
<b>Struttura triadica</b>	Pre-eating (5–7 min): distribuzione cibo, posizionamento staff, interazioni minime - Eating (18–24 min): staff tra i pazienti, small talk + interventi terapeutici discreti, gestione episodi critici - Completion (1–2 min): chiusura precisa, controllo supplementi, decisioni implicite	Sequenza fissa e condivisa → “script interattivi”
<b>Risultati</b>	Pasti seguono regole implicite condivise (interlocked behaviours) - Duplice finalità: rialimentazione/aumento peso + normalizzazione comportamento alimentare - Alternanza dialogo normale/terapeutico riduce conflitti e ansia	Rischio di rigidità → minore attenzione ai bisogni individuali
<b>Implicazioni cliniche</b>	Linee guida operative standardizzate - Formazione del personale sulla struttura dei pasti - Equilibrio tra regole e flessibilità terapeutica - Pasto come strumento nutrizionale e comportamentale	Necessità di consapevolezza e adattamento individuale



*Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna,  
AUSL Modena*

### **SCOPO**

Linee guida pratiche per i genitori per sostenere i figli durante i pasti.

### **PERCHE'**

Il pasto è il momento più critico della giornata → influenza umore, ansia e comportamenti.

**Finalità:** mantenere/aumentare il peso, superare fobie alimentari, interrompere rituali disfunzionali, reintrodurre varietà e socialità del cibo.

# Strategie per le tre fasi del pasto

## PREMESSA

**Atteggiamento raccomandato**

**Calmo** → respirazione, tono di voce pacato.

**Fiducioso** → credere nella capacità del figlio di affrontare il pasto.

**Fermo e deciso** → evitare boicottaggi.

**Compassionevole** → comprensione delle difficoltà.

### 1) Prima del pasto

**Pianificazione condivisa** con il figlio, lontano dal momento del pasto.

**Obiettivi:** ridurre ansia e negoziazioni, garantire adeguatezza nutrizionale.

**Domande guida:**

Quando? Orario stabilito e rispettato.

Chi? Persone presenti.

Dove? Luogo concordato.

Cosa? Alimenti pianificati.

Quanto dura? Tempo definito.

### 2) Preparazione del piatto

**Responsabilità** di acquisto, preparazione e porzionatura affidata ai familiari.

Il figlio deve **allontanarsi dalla cucina**.

**Fermezza** nelle scelte, ma rispetto delle dosi e indicazioni dietistiche → costruire fiducia.

# Strategie per le tre fasi del pasto

## 3) Durante il pasto

Momento di massima ansia e paura.

Coinvolgere il familiare più supportivo, ma tutta la famiglia partecipa.

Anche se il figlio non mangia → invitarlo a sedersi a tavola.

Creare atmosfera positiva: musica, cura della tavola, distrazioni (storie, barzellette).

Evitare argomenti sensibili (peso, calorie, corpo).

Atteggiamento: comprensione + “dolce fermezza” → segnalare comportamenti disfunzionali max 1–2 volte.

Valorizzare i progressi osservati.

## 4) Dopo il pasto

Momento di sofferenza fisica e psichica → rischio di comportamenti compensatori, body checking, pianto.

Fondamentale **rimanere insieme**.

Usare distrazioni positive: giochi, film, disegno

# Per comprendere meglio...

- **Scopo:** esigenza di documentare e trasmettere un'esperienza clinica pluriennale
- **Approccio:** lavoro multidisciplinare (psichiatri, psicoterapeuti, dietisti, educatori, infermieri)
- **Innovazione:** il **Pasto Assistito** come momento terapeutico centrale della riabilitazione.
- **Metodo:** pluralità di voci che valorizzano **parola, relazione e scambio.**
- **Obiettivi:**
  - ridurre l'angoscia legata al cibo
  - favorire una trasformazione stabile del rapporto con l'oggetto fobico



Article

# Dynamic Nutrition Strategies for Anorexia Nervosa: Marker-Based Integration of Calories and Proteins

Eugenia Dozio <sup>1,†</sup>, Martina Alonge <sup>2,†</sup>, Gianluca Tori <sup>3,†</sup>, Andrea Caumo <sup>4</sup>, Rina Giuseppa Russo <sup>1</sup>, Edoardo Scuttari <sup>1</sup>, Leonardo Fringuelli <sup>1</sup> and Ileana Terruzzi <sup>1,4,\*</sup>

Lo studio su 79 pazienti con anoressia nervosa mostra che 6 mesi di riabilitazione nutrizionale portano a un aumento significativo di peso, BMI e qualità della composizione corporea (FFM, FM, BCM) con miglioramento dell'angolo di fase il recupero precoce della massa grassa, mentre le proteine sostengono massa magra e integrità cellulare. L'interazione tempo–apporto nutrizionale evidenzia un andamento dinamico che richiede strategie adattive.

*La riabilitazione deve quindi integrare apporto calorico e proteico con marker avanzati per un recupero qualitativo, non solo ponderale.*

# UNA STORIA DI RIABILITAZIONE

- Nel 2015 UONPIA per DSA
- Settembre 2019 ESORDIO (13 anni)
- inizio psicoterapia
- Settembre 2020 PEDIATRIA
- Dieta per os insufficiente □ SNG
- Ottobre 2020 NPI (diagnosi anoressia)
- Dimissione con lento recupero del peso con ripresa ciclo mestruale
- Dicembre 2021
- Os insufficiente □ SNG per 5 giorni,
- poi ONS + pasti
- Rientro a casa + DH 2 volte/settimana
- Agosto 2022 ingresso in Comunità
- Settembre 2024 dimissione da Comunità
- EQUIPE: psichiatra, pediatra, psicoterapeuta, dietista, infermiere, OSS, TERP, antropologa
- In questo periodo 2 tentativi anticonservativi
- Diagnosi di disturbo del neurosviluppo (spettro autistico)
- Adesso ha 19 anni
- Frequenta CD per sostegno scolastico e sociale
- Prosegue riabilitazione nutrizionale in setting ambulatoriale + CPS + psicoterapia
- (circa 6 mesi dopo la dimissione ha affrontato un transitorio periodo di restrizione alimentare, affrontato con il ricorso agli ONS)

# LA STORIA DI SABRINA

3 febbraio 2024

Ho l'ansia ogni volta che si avvicina un pasto, io non voglio più mangiare...

Mi fa male chiedere ogni volta aiuto, mi fa sentire in colpa.

HO TROPPI PAURA DEL CIBO

2 febbraio 2024

Non voglio più mangiare

Sto tornando indietro... Voglio ridurre sempre di più il piano alimentare, ho il pensiero fisso di farlo e di essere grassa... Non ce la faccio più con questi pensieri, se non è il cibo è la morte. Non so che fare perché da sola non riesco o forse sì: riducendo tutto fino alla fine.

7 febbraio

Ieri mi sono sentita prima di cena molto in ansia per mangiare. Anche durante il pasto tremavo tutta, alla fine del pasto sono scoppiata a piangere per il senso di colpa che avevo per avere mangiato e per avere chiesto di nuovo aiuto durante il pasto. Poi dopo cena mi sono ancora messa a piangere e avevo un forte peso al petto.

marzo 2024 L'ANORESSIA

Non avere il sondino non vuol dire essere guariti, ma solo provare a sperimentare e ad approcciarsi in maniera diversa al cibo.

Se mangi o non mangi non vuol dire non stare male, ma anzi magari stai ancora più male se mangi, perché ti senti più in colpa, ma è normale poi con il passare dei giorni passa questo senso di colpa. Essere arrivati al normopeso non vuol dire essere guariti.

## LA STORIA DI SABRINA

*Bisogna crearsi degli obiettivi a piccoli passi, così puoi arrivare all'obiettivo finale che è la guarigione. Anche se so che chi soffre di Anoressia non vuole guarire. Vuole restare nel suo confort, anch'io all'inizio volevo stare lì.*

*Grazie alla dietista sono riuscita con i miei tempi a non stare male, perché lei ha capito che con me bisognava lavorare così. Adesso mi sento rinata, rispetto a quando sono entrata. All'inizio avevo paura di ingrassare, ma io e la dietista ci siamo date sempre FIDUCIA. Per me questa è una parola importantissima.*

*Prima quando stavo male nell'anoressia non mi accorgevo di niente e di nessuno, non riuscivo a capire cosa mi stesse succedendo attorno perché quando stai troppo male non sei consapevole di niente.*

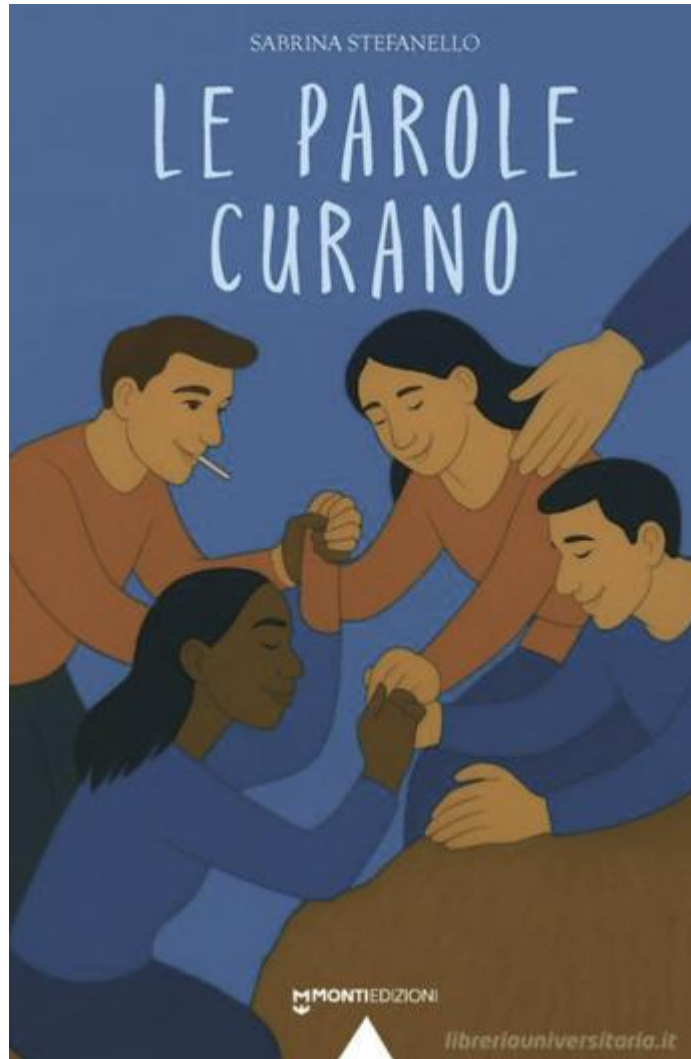
### IL PESO

*Il peso è un tasto dolente per chiunque, soprattutto per coloro che soffrono di disturbi alimentari. Ho imparato molto sul peso grazie alla dietista: come si muove il numero sulla bilancia, come funziona il metabolismo, come può variare, cosa significa quel numero.*

*“Il peso cambia per mille sfaccettature”*

# LA STORIA DI SABRINA

La narrazione di Sabrina  
è diventata un libro....  
arricchita dall'attivismo  
sui social



# CONCLUSIONI

Riabilitazione nutrizionale nei DNA restrittivi → **richiede personalizzazione.**

- **Progetto terapeutico-riabilitativo:**

- frutto di condivisione multidisciplinare (area internistica, psichiatrica, psicologica, assistenziale, educativa)
- costruzione di una rete integrata di cura.

- **Coinvolgimento attivo:**

- paziente
- famiglia
- elementi fondamentali del percorso.

- **Pasti assistiti:**

- risorsa centrale per favorire un nuovo rapporto con il cibo
- necessaria una condivisione delle pratiche
- adattamento al setting: ricovero, DH, ambulatorio, domicilio, spazio neutro.



### Monica Turchetto

COORDINATORE

Collabora alla realizzazione di interventi di prevenzione nelle scuole e percorsi multidisciplinari per la cura dei Disturbi Alimentari, in regime di ambulatorio e ricovero in Lombardia; socio attivo di Nutrimente ETS. Docente presso il Master di Alta Specializzazione - Clinica dei Disturbi Alimentari.



### Eugenia Dozio

Dietista presso l'Università dell'Insubria dove, dall'a.a. 2012-13 ad oggi, è Professore a contratto. Dal 2003 è coordinatrice dell'equipe nutrizionale presso il Centro per i Disturbi Alimentari Villa Miralago.



### Marco Giuli

Dietista presso il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'AST Fermo (FM), segue l'attività clinica ambulatoriale e quella relativa al centro diurno (supporto al pasto ed attività educativo-riabilitativa). Ha svolto inoltre attività seminariali sui DCA presso l'Università Politecnica delle Marche.



### Samantha Lombardo

Dietista presso il centro terapeutico Villa del Principe e il Centro Kairos, unità operativa locale AIDAP. Ha conseguito diverse specialità nell'ambito dei disturbi alimentari. Attualmente membro della Commissione d'Albo dei Dietisti di Genova, Savona e Imperia.



### Luana Ochner

Dietista presso il Centro per i disturbi del comportamento alimentare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento (TN). Docente presso la Scuola Provinciale di Sanità (Claudiana) di Bolzano (BZ) nel Corso di Laurea triennale in Dietistica.



### Lisa Nalesso

Dal 1996 collabora in qualità di Dietista con un'equipe multidisciplinare integrata per la Riabilitazione Psiconutrizionale dei Disturbi dell'Alimentazione presso la Casa di Cura Villa Margherita KOS group, Arcugnano (VI). Si occupa di formazione per operatori sanitari, attività di ricerca e di clinica ambulatoriale.



### Sonia Stella

Ha collaborato dal 1995 al 2024 con un'Equipe multidisciplinare, integrata presso U.F. di Riabilitazione Psiconutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Casa di Cura Villa Margherita, Kos Care Arcugnano (VI). In Libera professione si occupa di formazione e supervisione in ambito nutrizionale per operatori sanitari. Svolge attività di ricerca e di clinica ambulatoriale.



### Luca Gronchi

Dietista esperto in nutrizione sportiva. Ha lavorato nella residenza DAHU di Brusson (AO), all'interno del nucleo per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Attualmente collabora con il Comune di Pianezza nel ruolo di Consulente Dietista.



### Elisa Pisocri

Dietista presso la S.C. Nutrizione Clinica, Diabetologia e Malattie Endocrine - ASST Pavia. Inserita nel team dell'ambulatorio multidisciplinare per la cura e la diagnosi dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione come dietista clinico esperto.



### Francesca Susanetto

Dietista presso il Centro Unico per i Disturbi del Comportamento Alimentare CUDICA del Presidio Ospedaliero Universitario di Udine (ASUFC), in cui svolge attività ambulatoriale, interventi individuali e di gruppo di riabilitazione nutrizionale presso il centro diurno e in regime di ricovero ospedaliero.

[monica.turchetto@recoveryforlife.it](mailto:monica.turchetto@recoveryforlife.it)

Scriveteci per partecipare al progetto  
«Esperienze italiane nella gestione dei PASTI ASSISTITI»  
di ASAND – Gruppo di Lavoro sui D-NA

**Grazie per l'attenzione**

**27 - 29 novembre 2025**

**Padova Congress**  
Via Carlo Goldoni 8, Cancellò C - Padova

