UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

"Promuovere salute nella malattia mentale: il contributo infermieristico all'educazione alimentare in comunità"

Relatore: Dott.ssa Tomelleri Silvia

Laureando: Meneghetti Fabio
Matricola: 2083922

Anno Accademico 2024/2025

A mio papà, che sarebbe stato orgoglioso e felice come sempre. Avrei voluto che fossi qui, ma so che, in qualche modo, mi hai accompagnata fino a questo traguardo.

A Davide, *il mio più grande amore. In ogni momento, anche nei più difficili, sei rimasto al mio fianco con una forza e una dolcezza che non smettono mai di sorprendermi. Con te ho condiviso gioie che hanno illuminato i giorni e dolori che, insieme, siamo riusciti a superare.*

Ad ***Alessia,*** *per un'amicizia nata tra i libri e le corsie d'ospedale, messa alla prova da qualche incomprensione ma mai davvero scalfita. Non abbiamo sempre le stesse idee, ed è proprio questo che rende il nostro legame così autentico: ci rispettiamo, ci ascoltiamo e continuiamo a camminare insieme, con sincerità e affetto.*

Ad ***Ada, Alessandra e Monica****, che mi hanno insegnato ad amare davvero questo lavoro. Da voi ho imparato che essere infermiere significa andare oltre la pratica e la teoria: è ascolto, presenza, umanità. È esserci quando serve, con professionalità ma anche con cuore.*

A ***Guido*** *punto di riferimento costante, presenza discreta ma fondamentale. Abbiamo tanto in comune, e forse è per questo che capisci anche ciò che non dico.*

A ***Giuditta*** *e* ***Marco,*** *incontro di anime che si riconoscono al volo. Grazie per la vostra presenza, per la compagnia che scalda, per le risate che sciolgono tutto… e perfino per le incazzature, che alla fine rendono il nostro legame ancora più vero.*

A ***Barbara*** *che mi ha insegnato che nonostante tutte le difficoltà che la vita ci mette davanti non bisogna mai arrendersi*

Agli amici degli ***INTENSIVI****… grazie per esserci*

Ad ***Amos*** *e* ***Giada*** *che a loro modo mi hanno insegnato cosa significhi amare a non arrendersi mai ai propri sogni*

Alla ***Dott.ssa Tomelleri****, che con disponibilità e fiducia ha accolto e accettato di seguirmi nel mio progetto di tesi. Grazie per la guida, la professionalità e il sostegno che hanno reso questo percorso più ricco e significativo.*

A tutte le persone che non ho nominato che ho incontrato e che fanno parte della mia vita

Grazie

Qualunque cosa tu possa fare, qualunque sogno tu possa sognare, comincia. L'audacia reca in sé genialità, magia e forza. Comincia ora (Johann Wolfgang Goethe

Abstract

L'alimentazione rappresenta una dimensione fondamentale dell'esistenza umana, strettamente correlata al benessere psicofisico della persona. Nonostante ciò, nel contesto della salute mentale, tale aspetto viene spesso trascurato. In ambito residenziale, dove l'assistenza si svolge in maniera continuativa, l'educazione alimentare può rappresentare un elemento chiave nel percorso riabilitativo del paziente.

Obiettivo dello studio

L'obiettivo generale del presente elaborato è quello di esplorare il ruolo dell'infermiere nell'educazione a un regime alimentare corretto rivolto a pazienti con patologia psichiatrica inseriti in comunità residenziale. In particolare, si intende analizzare la difficoltà operativa nella promozione di stili alimentari sani e sostenibili all'interno di tali contesti, individuando strategie educative replicabili e compatibili con le risorse disponibili. L'obiettivo specifico è quello di realizzare un intervento educativo rivolto a tutti i pazienti residenti in comunità, con un focus particolare su coloro che presentano condizioni di sovrappeso e/o diabete per promuovere una maggiore consapevolezza alimentare, prevenire le complicanze metaboliche e migliorare la qualità di vita.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto attraverso una revisione della letteratura, consultando banche dati scientifiche quali PubMed, ISS, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, oltre ad altre fonti istituzionali e linee guida nutrizionali nazionali e internazionali. Successivamente, è stata sviluppata una proposta progettuale educativa da applicare in contesto residenziale, strutturata in sette incontri tematici di gruppo, centrati sulla promozione di un'alimentazione equilibrata, sulla gestione del diabete e del sovrappeso, e sull'acquisizione di abitudini alimentari salutari e sostenibili.

Risultati

Dall'analisi della letteratura emerge che, sebbene l'educazione alimentare sia ampiamente riconosciuta come fondamentale in diversi contesti assistenziali (ad esempio nell'età pediatrica, adolescenziale o geriatrica), nell'ambito della salute mentale non sono ancora presenti interventi strutturati né modelli standardizzati di riferimento. L'attenzione è rivolta soprattutto agli effetti collaterali dei farmaci psicotropi

e alle conseguenze delle patologie psichiatriche sullo stile di vita e sull'alimentazione, mentre gli infermieri, pur riconoscendo la rilevanza del tema, spesso non dispongono di strumenti adeguati per affrontarlo in modo sistematico con i pazienti.

Conclusione

Alla luce dei risultati emersi, è stata elaborata una proposta progettuale incentrata sull'educazione alimentare, pensata per essere applicabile e adattabile ai diversi contesti residenziali. Il progetto fornisce linee guida sui temi da affrontare, calibrate sui bisogni specifici delle persone con disagio psichico.

Indice

CAPITOLO 1 ..... *3*

Dalla segregazione alla comunità: l'evoluzione della psichiatria in Italia (1900–oggi) *3*

1.1. Nascita delle strutture residenziali 3

1.2. Comunità psichiatriche in Veneto: tipologie, standard organizzativi, figure professionali e ruolo dell'infermiere 7

1.3 Quadro normativo essenziale 8

- **L.R. 22/2002** su autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali. È il quadro cornice per requisiti, procedure e controlli. 8

1.4 Tipologie di comunità psichiatriche e requisiti organizzativi 9

1.5. Come funziona la comunità terapeutica 15

CAPITOLO 2 ..... *19*

Il ruolo dell'infermiere *19*

2.1. Il ruolo dell'infermiere nelle comunità psichiatriche 19

2.2 La relazione terapeutica e l'alleanza di cura 20

2.3 Presa in carico globale e percorso riabilitativo in comunità terapeutiche 22

2.4 Peculiarità del contesto comunitario 23

2.5 Dalla valutazione al PTRI: fasi del percorso 24

CAPITOLO 3 ..... *31*

Farmaci e alimentazione *31*

3.1. Farmaci e alimentazione: effetti collaterali e interazione. 31

3.2.1 Antipsicotici ad alto rischio metabolico (clozapina, olanzapina) 33

3.2.2 Antidepressivi (sertralina, mirtazapina) 35

3.2.3 Stabilizzatori dell'umore (litio, valproato) 35

3.2.4 Ansiolitici e antiepilettici (pregabalin e benzodiazepine) 36

CAPITOLO 4 ..... *41*

L'educazione alimentare *41*

4.1 Educazione alimentare e diritto alla salute 41

4.2 Educazione alimentare e salute mentale 42

4.3 Principi operativi per l'infermiere 43

4.4 Personalizzazione e continuità 44

CAPITOLO 5 ..... *45*

Metodo di ricerca *45*

5.1 Obiettivo della ricerca 45

5.2 Metodologia di ricerca 45
5.3 Risultati 47
CAPITOLO 6 ..... ***51***
6.3 Lezione 1 60
6.4 Lezione 2 71
6.5. Lezione 3 79
6.6. Lezione 4 88
6.7 Lezione 5 96
6.8 Lezione 6 106
6.9 Lezione 7 118
CAPITOLO 8 ..... ***129***
Discussione e Conclusioni ***129***
Bibliografia .....
Allegato 1 .....
Allegato 2 .....

CAPITOLO 1

Dalla segregazione alla comunità: l'evoluzione della psichiatria in Italia (1900–oggi)

1.1. Nascita delle strutture residenziali

Per cogliere appieno il senso del lavoro di comunità, è utile ripercorrere in sintesi le principali evoluzioni normative che, in Italia, hanno interessato il trattamento delle persone con disturbi psichiatrici; pertanto, è doveroso proporre un breve excursus storico della psichiatria nel nostro Paese.

All'inizio del XX secolo l'Italia affronta per la prima volta, su scala nazionale, la necessità di disciplinare in modo organico l'assistenza alle persone con disturbi psichiatrici. La legge del 14 febbraio 1904, n. 36, intitolata *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, costituisce un punto di svolta: sancisce la possibilità di ricovero obbligatorio di persone affette da "alienazione mentale" quando fossero pericolose per sé o per gli altri, o comunque di pubblico scandalo, e non vi fossero altre forme idonee di custodia e cura. (Legge 14 febbraio 1904, n. 36 – Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. Ministero della Cultura) Il carattere della legge è chiaramente difensivo e custodiale, più che terapeutico, sancendo una relazione tra controllo sociale e trattamento psichiatrico.

Per dare concretezza a questa legge fu emanato un regolamento attuativo nel 1905, che definisce una struttura architettonica a padiglioni, la rigida separazione per sesso dei reparti e la presenza di specifici ambienti: dormitori ampi, sale di soggiorno, refettori, cortili e aree per passeggi, latrine, lavanderia, camera mortuaria, con la portineria, spesso unica entrata presidiata. (Regolamento 1905 di esecuzione/organizzazione dei manicomi. Ministero della Cultura) Si tratta di un modello autosufficiente, fortemente gerarchico e improntato a un'organizzazione tesa al controllo e alla sorveglianza, più che alla cura integrata.

All'interno di questo ambiente, l'organizzazione del personale è definita in modo preciso. Il direttore dell'istituto ha potere sia amministrativo sia medico; è responsabile delle ammissioni e dimissioni, della supervisione dei trattamenti sul paziente, dell'assegnazione del personale e del funzionamento economico della

struttura. **(Legge 14 febbraio 1904, n. 36 – "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati")** La catena di comando coinvolge medici, ispettori e infermieri, con responsabilità distinte ma ben stratificate. I medici hanno il compito di prescrivere trattamenti - che potevano includere farmaci, bagni terapeutici, elettroterapia o altre pratiche fisiche **(**Regolamento 1905 di esecuzione/organizzazione dei manicomi) e impartire ordini agli ispettori, che a loro volta controllano l'operato e la disciplina degli infermieri, i quali devono seguire rigorosamente prescrizioni, orari e attività stabilite. L'infermiere, già in questa fase, si configura come figura centrale: deve rispondere a requisiti di idoneità fisica e morale, somministrare le cure, provvedere ai bisogni fondamentali degli internati, rilevare eventuali irregolarità ed è soggetto a regolamentazioni relative a nomine, licenziamenti e sanzioni in caso di inefficienze o infrazioni disciplinari. Questo modello definisce una gerarchia rigida, ma attribuisce all'infermiere un ruolo concreto e funzionale nella gestione quotidiana del paziente e nell'organizzazione dell'istituto.
Con il regolamento del 1909 vengono ulteriormente specificati gli ambienti di cura: si prevedono sale per bagni terapeutici, si indicano locali destinati all'osservazione dei nuovi ingressi e si conferma la distribuzione degli spazi per i diversi reparti (osservazione, agitati, tranquilli, infermeria, lavoratori, ecc.. (Regolamento 1909 – distribuzione locali, trattamenti (bagni). Ministero della Cultura)
Emerge una specializzazione interna dei reparti, destinata a categorizzare i pazienti in base alla condotta e ai bisogni assistenziali, confermando la duplice natura dell'istituto: struttura di selezione, osservazione e contenimento e, nel contempo, erogazione di trattamenti, pur in un contesto ancora prevalentemente custodiale.
Questo impianto rimase sostanzialmente in vigore per diversi decenni, almeno fino agli anni '60 del Novecento. In quel periodo si avvertono i primi segnali di cambiamento organizzativo e culturale: il progresso delle terapie farmacologiche, una maggiore sensibilità verso condizioni igieniche e assistenziali migliori e l'emergere di un pensiero critico verso l'istituzionalizzazione e la segregazione come uniche forme possibili di risposta ai disturbi mentali.
Nel 1968, con la legge 18 marzo 1968, n. 431 (*Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*), viene introdotta una prima riforma significativa: la cosiddetta "legge Mariotti". Questo atto normativo ha lo scopo di modernizzare l'assistenza

psichiatrica, promuovere servizi territoriali di igiene mentale, favorire il ricovero volontario e ridurre – seppur senza eliminarlo – il ricorso al ricovero coatto come via prevalente di intervento. Si tratta di un passaggio politico e culturale importante che, pur non abbattendo immediatamente l'impianto manicomiale, apre la strada a una presa in carico più flessibile, meno coercitiva e attenta ai diritti della persona. (Legge 18 marzo 1968, n. 431 – Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. Ministero della Cultura)

Dieci anni più tardi, nel 1978, avviene una rivoluzione epocale nella psichiatria italiana: con la legge 13 maggio 1978, n. 180, nota come legge Basaglia, la priorità normativa – e culturale – si sposta decisamente. Viene ribaltato il paradigma dell'internamento carcerario; maggiore attenzione viene data alla volontarietà del trattamento e alla tutela dei diritti umani, e si dispone il progressivo superamento degli ospedali psichiatrici (manicomi), vietandone la costruzione di nuovi e pianificando la ricollocazione organizzativa dei ricoverati e delle strutture. La legge induce presa in carico territoriale e integrata, prevedendo che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione siano realizzati di norma da servizi psichiatrici extra-ospedalieri (art. 6), e che le acuzie cliniche psichiatriche - in caso di necessità - vengano trattate attraverso Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) collocati all'interno degli ospedali generali, con posti letto limitati (≤ 15), in rapporto funzionale e dipartimentale con il territorio. La legge prevede anche la transizione ordinata per i pazienti già ricoverati e la conversione delle strutture esistenti. (Legge 13 maggio 1978, n. 180 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Gazzetta Ufficiale)

Nel dicembre dello stesso anno, con la legge n. 833, nasce ufficialmente il Servizio sanitario nazionale (SSN). In questa riforma più ampia, l'assistenza psichiatrica viene integrata nel sistema pubblico di tutela sanitaria sull'asse dell'universalità, dell'eguaglianza, della prevenzione, cura e riabilitazione consolidando di fatto la riforma Basaglia in un quadro organizzativo nazionale affidabile e strutturato. L'integrazione dei servizi psichiatrici nella rete di protezione sociale e sanitaria comporta governance pubblica, programmazione e gestione unitarie, garantendo l'accesso ai diritti e la continuità delle cure su base regionale e nazionale. (Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale,

ministero della cultura).

Negli anni successivi – specialmente a partire dalla fine degli anni ’90 – si completa l’evoluzione verso un modello dipartimentale della salute mentale, articolato e regolato. Il *Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale* (1998–2000) – formalizzato con un D.P.R. del 1999 – definisce una rete integrata territoriale e ospedaliera: Centri di Salute Mentale (CSM), Centri diurni, Strutture residenziali (SR) e il collegamento strutturale con gli SPDC. L’impostazione normativa stabilisce standard organizzativi, flussi di presa in carico e competenze multiprofessionali (D.P.R. 10 novembre 1999 – Progetto Obiettivo Tutela della Salute mentale 1998-2000. Conferenza unificata)

In epoca più recente, il *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* (PANSM, 2013) – deliberato in Conferenza Stato-Regioni – dettaglia la tipologia delle strutture residenziali psichiatriche, i requisiti di accreditamento, le dotazioni di personale e le finalità di riabilitazione, reinserimento sociale e stabilizzazione clinica (Ministero della Salute (2013). Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM). Il Ministero della Salute, nei rapporti di monitoraggio, descrive la reale mappa della rete: la presenza diffusa dei CSM, dei Centri diurni, delle SR e degli SPDC, con indicatori di attività, volumi, dotazione professionale e obiettivi di continuità terapeutica integrata.(Ministero della Salute. Rapporto Salute Mentale (rete CSM, CD, SR, SPDC))

All'interno di questo percorso storico l'infermiere vede un'evoluzione profonda del proprio ruolo.

Con l'affermarsi del modello territoriale e dipartimentale, l'infermiere assume competenze cliniche, relazionali, educative e di coordinamento, lavorando in équipe multiprofessionali all'interno di

CSM, SPDC e strutture residenziali, con programmi personalizzati di cura, riabilitazione e inclusione sociale, e rispondendo a requisiti professionali stabiliti nei documenti di accreditamento, inclusi gli standard di personale per le strutture (compresa la presenza infermieristica). In tal senso, l'infermiere evolve da custode-esecutore del controllo istituzionale a professionista sanitario e di comunità, figura chiave nella presa in carico globale della persona, nella continuità terapeutica, nella riabilitazione e nell'integrazione socio-sanitaria.

In conclusione, l'evoluzione italiana della psichiatria, tra 1904 e oggi, rappresenta un cambiamento paradigmatico radicale: si passa da una psichiatria istituzionale e segregante, fortemente gerarchica e custodiale, orientata al controllo sociale, a una psichiatria di comunità, centrata sui diritti della persona, sulla territorialità dei servizi, sulla presa in carico continuativa, sulla multidisciplinarietà, sulla riabilitazione e sull'integrazione sociale, con governance pubblica e sistemi di monitoraggio.
Le strutture residenziali attuali, extra-ospedaliere, sono articolate in base all'intensità di cura, agli obiettivi terapeutico-riabilitativi o socio-riabilitativi, a programmi personalizzati e tempi definiti, e sono regolate da standard di accreditamento e dotazioni professionali, tra cui una componente infermieristica strutturata. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) funge da unità programmatica e gestionale, raccordando CSM, SR e SPDC con il territorio e la rete dei servizi e garantendo una presa in carico multiprofessionale.

1.2. Comunità psichiatriche in Veneto: tipologie, standard organizzativi, figure professionali e ruolo dell'infermiere

Ogni tipologia di comunità si differenzia per intensità assistenziale, capienza, rapporto personale/ospiti e durata dei progetti. Al centro dell'équipe multiprofessionale è sempre prevista la figura dell'infermiere, chiamato a garantire competenze clinico-assistenziali, relazionali ed educative. In CTRP ad alta intensità, la presenza infermieristica è continuativa nell'arco delle 24 ore, mentre nelle comunità a media o bassa intensità (CA estensive, CA base e GAP) la presenza è programmata in orario diurno, secondo i fabbisogni e gli obiettivi riabilitativi degli utenti. La normativa non stabilisce un numero fisso di ore dedicate dall'infermiere, ma richiede che l'organizzazione assicuri la copertura necessaria a svolgere le competenze infermieristiche nell'arco della giornata. Questo margine di flessibilità consente di pianificare la turnistica in modo tale da lasciare spazio non solo alle attività clinico-assistenziali, ma anche a progetti educativi personalizzati (es. educazione alla salute, promozione di corretti stili di vita, sostegno all'autonomia quotidiana, gestione della terapia).
Sapere quindi "quante ore" e "in che modalità" l'infermiere è presente in comunità significa riconoscere concretamente la possibilità, a livello di tempistica, di

promuovere interventi educativi strutturati, che diventano parte integrante del percorso riabilitativo e di inclusione sociale dei pazienti.

1.3 Quadro normativo essenziale

Nel Veneto, l'assetto delle comunità psichiatriche (residenzialità extra-ospedaliera) discende da una filiera normativa che integra:

- **L.R. 22/2002** su autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali. È il quadro cornice per requisiti, procedure e controlli.
- **DGR 84/2007** (requisiti/standard, indicatori di attività e risultato, oneri e tempistica per l'accreditamento) e **DGR 2067/2007** (procedure applicative della DGR 84/2007): fissano il "metodo" accreditamento/monitoraggio per tutte le strutture sociosanitarie/sociali.
- **DGR 1616/2008** (requisiti e standard per le unità di offerta della salute mentale) e **DGR 748/2011** (aggiornamento standard e requisiti specifici per CTRP – Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette – e CA – Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici): sono i testi tecnici che definiscono tipologie, posti, orari, rapporti personale/utenti e figure professionali. Per una sintesi ufficiale dei contenuti degli Allegati si veda il dossier regionale *Residenzialità Psichiatrica nel Veneto 2014*, che riporta integralmente tabelle e definizioni operative.
- **DGR 1667/2011** (nuove modalità di rinnovo dei provvedimenti di autorizzazione all'esercizio) e **DGR 1438/2017**(schemi-tipo aggiornati di accordo contrattuale per strutture accreditate area salute mentale, ecc.) raccordano gli aspetti autorizzativi e contrattuali.
- **DGR 1673/2018** (programmazione dell'offerta residenziale extra-ospedaliera salute mentale) **DGR 1437/2019**(approvazione posti letto per piani di massima delle ULSS): indirizzi di programmazione e dotazioni.

- **DGR 522/2020** (rilascio e rinnovo dell'accreditamento istituzionale per soggetti privati titolari di strutture residenziali extra-ospedaliere area salute mentale): disciplina puntuale dei processi di (ri)accreditamento.

Il fondamento costituzionale è negli **art. 13** che disciplina la libertà personale) e **art.32** che tutela diritto alla salute): cardini per ogni assetto organizzativo, specie nella residenzialità psichiatrica.

1.4 Tipologie di comunità psichiatriche e requisiti organizzativi

Di seguito si sintetizzano le **unità di offerta** previste in Veneto, con elementi strutturali e organizzativi direttamente tratti dagli Allegati tecnici (DGR 1616/2008 e 748/2011) come riportati nel dossier regionale 2014.

1.4.1. CTRP – Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta

a. **CTPR A** ad alta intensità assistenziale prevede la presenza continuativa di personale per tutta la durata dell'attività e almeno 2 operatori nelle ore notturne. Rapporto minimo tra personale e utenti è di 1,25 equivalenti a tempo pieno (ETP) per utente. È responsabile un medico psichiatra ed è presente una équipe multiprofessionale comprendente obbligatoriamente infermiere, psicologo, educatore/terapista della riabilitazione psichiatrica, OSS, assistente sociale; figure amministrative dedicate.
b. **CTPR B**: a media intensità assistenziale prevede presenza notturna di almeno 1 operatore con rapporto di 0,90 ETP/utente; l' équipe è composta da psichiatra, psicologo, infermiere "che garantisca lo svolgimento delle specifiche competenze nell'arco della giornata", educatori/tecnici riabilitazione psichiatrica, OSS, assistente sociale.

I progetti prevedono un bacino minimo programmatorio e una durata massima di 12 mesi per alta intensità e di 24 mesi per modulo intermedio; con rinnovi motivati. *

1.4.2. CA – Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici

Ha funzione di setting residenziale a intensità assistenziale inferiore alla CTRP, centrato su sostegno alla vita quotidiana e progetti di inclusione. È Responsabile lo psicologo psicoterapeuta.

Si differenza in:

CA estensivo e prevede la presenza di personale sulle 24 ore con rapporto 0,70 ETP/utente e la presenza infermieristica programmata per garantire le competenze infermieristiche durante il giorno. L'équipe è composta da psichiatra, psicologo, educatori/tecnici della riabilitazione psichiatrica, OSS, assistente sociale. Per la capienza le indicazioni di standard e massimali prevedono 12 posti, ampliabili sino a 20 a seconda degli standard autorizzativi).

a. **CA base** prevede la presenza di personale per 12 ore/die (non necessariamente notturne) con rapporto 0,50 ETP/utente e presenza infermieristica programmata diurna. La capienza tipica è di 6–10 posti, secondo standard.

***La durata massima dei progetti** è possibile fino a 36 mesi, con verifica e ridefinizione DGR N.852 del 29/07/2025

La durata dei percorsi residenziali sarà determinata in base ai bisogni clinici individuali del paziente e alle valutazioni relative all'andamento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza. Il PTRP dovrà essere orientato, ove possibile, alla transizione verso l'autonomia abitativa o la residenzialità leggera, in coerenza con gli obiettivi di Recovery.

Pertanto è da ritenersi superato il sistema di controllo dell'appropriatezza del tempo di permanenza in struttura residenziale extraospedaliera e il conseguente eventuale abbattimento della tariffa fissa previsto dalla DGR n. 1673/2018.

1.4.3. GAP – Gruppo Appartamento Protetto per pazienti psichiatrici

È rivolto a piccoli gruppi (fino a **4 ospiti**) con buoni livelli di autonomia; obiettivo di sostegno alla gestione della quotidianità e dell'integrazione sociale.

Sono previste almeno 4 ore al giorno di presenza degli operatori nei giorni feriali (6 giorni/settimana) con rapporto di 1 operatore ogni 6 ospiti presenti nelle 4 ore/giornaliere OSS o educatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica). È prevista funzione di coordinamento (anche affidabile ad assistente sociale). La durata dei progetti è di 24 mesi, rinnovabili con verifica.

1.4.4. RSSP (Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica)

Per i pazienti psichiatrici che presentano una compromissione significativa e duratura del funzionamento personale e sociale, associata a un elevato fabbisogno assistenziale, la normativa regionale ha introdotto una nuova tipologia di struttura residenziale denominata **Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP)** (DGR n. 1673/2018).

Ogni comunità residenziale viene definita in base al tipo di intervento che offre e agli obiettivi che si propone di raggiungere insieme al paziente. Per gli adulti con gravi disturbi psichiatrici è previsto un **modulo estensivo**, rivolto principalmente a persone con età superiore ai 40 anni al momento dell'ingresso. I criteri di ammissione includono diagnosi quali schizofrenia e psicosi schizofreniche, disturbi affettivi maggiori e disturbi gravi di personalità, patologie considerate "elettive" per questo tipo di inserimento. L'accesso è riservato a pazienti con malattia severa, persistente e caratterizzata da una ridotta autonomia sia personale che sociale.

Analogamente a quanto avviene per le altre tipologie di strutture della salute mentale, sono esclusi i pazienti le cui necessità assistenziali derivino prevalentemente da patologie organiche gravi o croniche che non richiedono un percorso riabilitativo residenziale specifico, così come i casi di mero disagio sociale. (tabella 1.I.)

In linea con l'**Accordo della Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013, n. 116**, che disciplina le strutture residenziali psichiatriche, vengono inoltre indicati ulteriori criteri di esclusione per l'accesso alle comunità estensive, tra cui:

a. disabilità intellettiva,
b. disturbi pervasivi dello sviluppo,
c. disturbi dello spettro autistico,

d. dipendenze patologiche in comorbilità con disturbo psichiatrico,
e. disturbi psicopatologici correlati all'età avanzata e sintomi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD)

Il profilo professionale dell'infermiere (DM 739/1994) definisce l'infermiere come responsabile dell'assistenza generale infermieristica: identifica i bisogni, pianifica, gestisce e valuta l'intervento; partecipa alla programmazione, attua interventi tecnico-relazionali, educativi e di prevenzione. Queste competenze si declinano specificamente in salute mentale in ambito residenziale (monitoraggio clinico e comportamentale, aderenza terapeutica e somministrazione farmaci, gestione eventi avversi/urgenze, educazione sanitaria, sostegno alle abilità di vita quotidiana, lavoro di rete con DSM/territorio).
Nei DGR veneti (CTRP e CA) l'infermiere è componente necessario dell'équipe; per CTRP intermedio e CA è esplicitata la "presenza infermieristica che garantisca lo svolgimento delle specifiche competenze nell'arco della giornata". In CTRP alta intensità la presenza è continuativa (h24 tramite équipe), con 2 operatori la notte. La norma non assegna un monte ore numerico fisso al profilo infermieristico, ma richiede che l'organizzazione assicuri le competenze infermieristiche secondo intensità/obiettivi del progetto.

- Nella **CTRP A** è prevista copertura continuativa con almeno due operatori la notte; è inclusa nel team la figura infermieristica. Il DGR non impone che uno dei due operatori notturni sia necessariamente un infermiere, ma richiede la composizione multiprofessionale e la pianificazione che garantisca l'erogazione delle competenze infermieristiche quotidiane.
- Nella **CTRP B** è previsto almeno un operatore la notte; presenza infermieristica programmata nell'arco della giornata.
- Nelle CA estensiva (24 ore) la presenza infermieristica è programmata diurna
- Nella **CA** base : (12 ore) la presenza infermieristica è programmata diurna
- Nei **GAP**: non è prevista la presenza infermieristica

- Nella RSSP la presenza infermieristica è programmata diurna con 85 ore infermieristiche attive alla settimana; e 84 ore di pronta disponibilità infermieristica notturna alla settimana.

Tabella 1.I

Tipologia	**Capacità tipica**	**Orario/ presenza**	**Rapporto ETP/utente**	**Presenza notturna**
CTRP – alta intensità	fino a 14	h24; presenza continuativa	1,25	≥2 operatori
CTRP – intermedio	fino a 14	h24; presenza continuativa a	0,90	≥1 operatore
CA – estensivo	~12 (fino a 20)	h24; presenza continuativa	0,70	1 operatore
CA – base	6–10	12h/die (non copertura notturn)a	0,50	no
GAP	fino a 4	4 h/die × 6 gg/sett.	1 operatore/6 ospiti (nelle 4 h)	no
RSSP	**20 posti letto** per struttura.	**Copertura H24**, con **maggiore presenza diurna**; previsti **accessi programmati** in sede di MMG e Assistente sociale	**≥ 0,60 TPE per ospite** (rapporto operatore/utente minimo)	**OSS** in turno notturno **+ 1 OSS reperibile** nelle ore notturne.

Tabella 1.I

Tipologia	Figure minime	Responsabile	Durata progetti
CTRP – alta intensità	psichiatra, infermiere, psicoterapeuta, educatore/tecnico riab., OSS ass. sociale, amm.vo	Psichiatra	fino a 12 mesi (rinn.)
CTRP – intermedio	psichiatra, infermiere, psicoterapeuta, educatore/tecnico riab., OSS ass. sociale, amm.vo	Psichiatra	fino a 24 mesi (rinn.)
CA – estensivo	psichiatra, infermiere diurno , psicoterapeuta, educatori/TERP, OSS, ass. sociale	psicoterapeuta	fino a 36 mesi (rinn.)
CA – base	psichiatra, infermiere diurno , psicoterapeuta, educatori/TERP, OSS, ass. sociale	psicoterapeuta	fino a 36 mesi (rinn.)
GAP	OSS, educatore/tecnico TERP.; coordinatore	Coordinatore	fino a 24 mesi (rinn.)
RSSP	Psichiatra; Psicologo/psicoterapeuta; Infermiere; Educatore-Animatore/TerP; OSS	**Medico psichiatra**	**Definita nel PTRP** con **UVMD per l'autorizzazione, verifica almeno annuale** e **rivalutazione UVMD a cadenza annuale** della permanenza.

Quadro riassuntivo della organizzazione delle strutture

1.5. Come funziona la comunità terapeutica

Le Comunità Terapeutiche e Residenziali per adulti rappresentano un modello di intervento sociosanitario fondamentale, sviluppato in coerenza con l'Accordo della Conferenza Unificata del 2013 e con il DPCM del 2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Queste strutture non possono essere intese come semplici luoghi di residenzialità, né come istituzioni totali o ambienti medicalizzati di grandi dimensioni. Non costituiscono "depositi" assistenziali, spazi di cronicizzazione o parcheggi in attesa di altre soluzioni, ma, al contrario, si configurano come dispositivi terapeutici complessi, integrati con i servizi sanitari e con la comunità locale.

Esse rappresentano una risorsa globale di cura, capace di integrare le dimensioni biologiche, psicologiche e sociali attraverso programmi individualizzati di trattamento che comprendono interventi farmacologici, psicologici, psicoterapeutici, riabilitativi e di socializzazione, attuati da équipe multiprofessionali in stretta collaborazione con i servizi territoriali invianti. La comunità offre una dimensione temporale e ambientale definita, differente sia dall'ospedale sia dal contesto familiare, in grado di favorire un clima emotivo e sensoriale che sostenga le fragilità soggettive, promuovendo esperienze di transizione tra sé e gli altri, tra mondo interno ed esterno e tra vissuti emotivi e realtà organizzativa. Il percorso comunitario è personalizzato e può avere obiettivi anche minimi, purché orientati alla valorizzazione delle potenzialità residue del paziente.

Centrale è la costruzione della soggettività attraverso il cosiddetto "metodo comunitario", che utilizza la vita quotidiana come strumento terapeutico: la cura degli spazi comuni, la preparazione dei pasti, i momenti di convivialità, le attività espressive, riabilitative e sociali diventano occasioni di crescita e simbolizzazione, a condizione che siano vissute in un clima relazionale e umanizzato. L'esperienza gruppale costituisce la modalità di lavoro fondamentale, consentendo l'attivazione della vita psichica dei pazienti e l'avvio di processi di consapevolezza e responsabilizzazione.

Le comunità possono differenziarsi per livello di protezione (alta, media, bassa), rispondendo così ai diversi bisogni di cura e favorendo percorsi graduali di autonomia; in ogni caso, è imprescindibile garantire sicurezza e prevenzione dei

rischi per residenti e operatori. La fase di accoglienza assume un ruolo decisivo: si fonda sulla costruzione di un progetto condiviso tra paziente, famiglia, servizio inviante e comunità, attraverso un processo di valutazione multidimensionale e una conoscenza reciproca preliminare. L'assenza anche di uno solo degli attori coinvolti può compromettere l'intero percorso terapeutico e aumentare il rischio di abbandono (drop-out).

Un aspetto rilevante è la valorizzazione della dimensione corporea e psicosomatica: igiene, alimentazione equilibrata, attività fisica e tecniche di rilassamento o integrazione corpo-mente sono parte integrante del lavoro comunitario, poiché il corpo costituisce un canale privilegiato di espressione e comunicazione dello stato interno. Accanto a ciò, le comunità devono garantire una pluralità di interventi individuali che spaziano dal colloquio di sostegno alla psicoterapia. In questo contesto si colloca la figura centrale dell'operatore di riferimento o *case manager*, che funge da mediatore tra paziente e gruppo, integra i diversi aspetti del percorso e mantiene il collegamento con i familiari e i servizi invianti.

Importante è anche la dimensione gruppale, che trova nell'assemblea comunitaria il luogo primario di responsabilizzazione collettiva, definizione delle regole e gestione dei conflitti. A questa si affiancano riunioni cliniche e organizzative, momenti informali di socialità e gruppi tematici, tra cui quelli di riabilitazione cognitiva, gestione della crisi, psicoeducazione farmacologica, gruppi espressivi e di autoaiuto. La psicoterapia di gruppo, soprattutto nei disturbi di personalità, è considerata particolarmente efficace per favorire la consapevolezza e la comprensione dei propri stati mentali e la regolazione emotiva. Fondamentale è il ruolo delle famiglie: quando presenti, i legami familiari possono trasformarsi, grazie al percorso comunitario, in occasioni di comprensione della sofferenza e di acquisizione di nuove modalità relazionali. In questo ambito trovano spazio i gruppi multifamiliari, gli incontri genitoriali e le associazioni di familiari che collaborano con le comunità.

Le attività riabilitative, tra cui laboratori di arteterapia, attività espressive e di professionalizzazione, non hanno solo una finalità pratica, ma mirano a stimolare la creatività, rafforzare l'autostima e favorire la socializzazione, permettendo l'espressione di contenuti interni anche attraverso canali non verbali. Centrale è

inoltre il collegamento con la rete sociale esterna, che rappresenta la finalità ultima del percorso comunitario: l'inserimento lavorativo, la partecipazione a corsi di formazione e le attività culturali, ricreative e sportive diventano parte integrante dei progetti individualizzati sviluppati insieme ai servizi territoriali.

L'organizzazione delle comunità richiede una leadership competente, in grado di integrare le funzioni cliniche, amministrative, scientifiche e culturali e di mantenere l'orientamento al compito terapeutico. L'équipe deve essere multidisciplinare e comprendere psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, operatori espressivi, operatori socio-sanitari (OSS) e personale di supporto. Alcune normative regionali che riducono la presenza di figure psicologiche rischiano di compromettere la funzione terapeutica. La formazione permanente degli operatori è imprescindibile, poiché il lavoro quotidiano con pazienti affetti da gravi disturbi psichici espone a dinamiche complesse e al rischio di burnout. Supervisione clinica, conferenze, seminari di aggiornamento e autoformazione sono strumenti indispensabili, così come le attività di valutazione tra pari. Le comunità rappresentano anche luoghi di formazione per studenti universitari e specializzandi.

Un ulteriore aspetto qualificante è la valutazione della qualità degli interventi, necessaria per garantire l'efficacia e il miglioramento continuo. Dal 2010 l'associazione "Mito & Realtà" ha introdotto in Italia il modello del *visiting*, mutuato dall'esperienza inglese, basato sulla valutazione tra pari con fasi di autovalutazione ed eterovalutazione, utile a identificare punti di forza e criticità e a stimolare obiettivi annuali di miglioramento. In questo quadro si inserisce anche la ricerca multicentrica coordinata da Giovanni de Girolamo e finanziata dal Ministero della Salute, finalizzata a indagare l'uso del tempo, l'attività fisica, la qualità della vita e le relazioni interpersonali nei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico ospitati nelle comunità.

Infine, le comunità terapeutiche operano in stretta collaborazione con i servizi di salute mentale invianti, che hanno il compito di valutare le condizioni del paziente e proporre un progetto riabilitativo. Su questa base viene elaborato un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), condiviso con il paziente e la famiglia e monitorato periodicamente. Il processo di dimissione è programmato in

modo condiviso e può prevedere il rientro in famiglia, l'autonomia abitativa o il trasferimento in strutture a diversa intensità assistenziale. Dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, circa un quarto dei pazienti delle comunità presenta provvedimenti giudiziari, rendendo necessaria una stretta collaborazione con la magistratura per costruire percorsi di cura che integrino gli aspetti clinici con le misure giuridiche.

CAPITOLO 2

Il ruolo dell'infermiere

2.1. Il ruolo dell'infermiere nelle comunità psichiatriche

Il ruolo dell'infermiere nelle comunità psichiatriche si configura oggi come elemento cardine di un modello assistenziale orientato alla persona, fondato sui principi del recupero e del rispetto dei diritti. In questo contesto, l'infermiere contribuisce alla costruzione di solide alleanze terapeutiche, sostiene i percorsi di autonomia e l'aderenza alle cure, coordina interventi clinici ed educativi nel territorio e promuove la qualità della vita dei pazienti. L'efficacia di tale approccio si realizza attraverso relazioni interpersonali di valore, decisioni condivise e un lavoro interprofessionale integrato.

L'agire infermieristico si fonda su autonomia e responsabilità diretta. L'infermiere non è più soltanto esecutore di indicazioni cliniche, ma partecipa attivamente alla valutazione globale dei bisogni della persona, contribuendo alla co-progettazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI/PDTA). Questo processo integra dimensioni cliniche, educative e sociali, in un'ottica di presa in carico complessiva e rispettosa dei diritti.

Le questioni etiche e di sicurezza rivestono un ruolo centrale, poiché l'infermiere è chiamato a bilanciare costantemente protezione e autodeterminazione del paziente. La valutazione del rischio suicidario e autolesivo, l'uso di strategie di de-escalation e l'applicazione di linee guida aggiornate nella gestione delle crisi rappresentano strumenti fondamentali per garantire sicurezza e qualità dell'assistenza.

Dal punto di vista clinico, le competenze richieste includono la capacità di monitorare l'andamento dei trattamenti farmacologici, riconoscere precocemente segnali di peggioramento clinico e gestire situazioni ad alto rischio o eventi acuti. La formazione continua e strutturata è indispensabile per rafforzare tali competenze, riducendo l'incidenza di eventi critici e aumentando la sicurezza del contesto assistenziale.

Un aspetto centrale è la responsabilizzazione del paziente, che implica la personalizzazione degli interventi sulla base delle preferenze e delle capacità residue della persona. Il processo decisionale condiviso e l'uso della valutazione

sistematica degli esiti tramite strumenti di cura basata sulla misurazione consentono di ottimizzare l'aderenza e migliorare i risultati clinici.
L'efficacia dell'intervento infermieristico dipende inoltre da competenze relazionali quali ascolto attivo, empatia e continuità nel rapporto di cura. La costruzione di un'alleanza terapeutica solida aumenta significativamente la partecipazione del paziente e l'aderenza al percorso riabilitativo. In questo ambito trovano spazio anche brevi interventi di consulenza e motivazione, come la terapia per l'aderenza o le tecniche di colloquio motivazionale, che hanno dimostrato di migliorare i sintomi e favorire il coinvolgimento quando condotti da personale adeguatamente formato.
Il lavoro in équipe interprofessionale rappresenta un altro pilastro: la collaborazione tra diverse figure sanitarie consente di migliorare la continuità assistenziale e la qualità complessiva degli interventi, purché siano definiti ruoli chiari, strumenti di comunicazione efficaci e adeguati processi di coordinamento.
Infine, il ruolo educativo dell'infermiere si esprime nella psicoeducazione, rivolta sia ai pazienti sia ai familiari, che ha dimostrato di ridurre le ricadute, diminuire lo stress percepito e migliorare la qualità della vita e l'aderenza terapeutica [13–14].

2.2 La relazione terapeutica e l'alleanza di cura

All'interno delle comunità psichiatriche, la relazione terapeutica e l'alleanza di cura rappresentano il fulcro del percorso riabilitativo. La co-costruzione degli obiettivi con il paziente favorisce un maggiore coinvolgimento, una più stabile adesione ai trattamenti e una riduzione del rischio di ricadute, come confermato da numerose evidenze in pazienti con disturbi schizofrenici e psicotici.
Il rafforzamento dell'alleanza terapeutica passa attraverso strumenti specifici, tra cui la cura basata sulla misurazione, che prevede l'uso routinario di scale e di strumenti di autovalutazione del paziente. Tali modalità sono associate a migliori tassi di remissione, minori ricadute e a una percezione più solida della relazione terapeutica. Comunicazione chiara, scelte informate e trasparenza nel percorso assistenziale rappresentano inoltre raccomandazioni centrali delle linee guida internazionali.
Un ruolo non meno rilevante è svolto dalle competenze emotive dell'infermiere. Programmi basati sulla consapevolezza (*mindfulness*) si sono dimostrati efficaci nel ridurre lo stress e l'esaurimento professionale, con ricadute positive sulla qualità

della relazione e sulla presenza terapeutica. La relazione si rafforza ulteriormente attraverso interventi di psicoeducazione rivolti sia ai pazienti sia ai caregiver, nonché tramite programmi volti a migliorare la cultura sulla salute mentale (*mental health literacy*). Questi approcci si sono rivelati utili nel ridurre lo stigma e nel favorire una maggiore partecipazione alle cure, incrementando così l'efficacia complessiva del percorso riabilitativo.

L'autonomia e l'aderenza terapeutica rappresentano obiettivi centrali nella presa in carico comunitaria. Percorsi personalizzati che integrano educazione terapeutica, definizione condivisa di obiettivi, strumenti di alfabetizzazione sanitaria e approcci basati sulla valutazione sistematica degli esiti migliorano significativamente l'autocura, il coinvolgimento e la continuità del trattamento. Tali strategie sono oggi raccomandate dalle principali linee guida internazionali e supportate da numerose revisioni sistematiche.

Tra le strategie più rilevanti, l'educazione e l'acquisizione di competenze pratiche rivestono un ruolo chiave. Programmi di gestione della malattia e del recupero (*Illness Management and Recovery*), di addestramento alle abilità sociali e percorsi di soluzione dei problemi hanno dimostrato di migliorare il funzionamento psicosociale e favorire il recupero.

La valutazione iniziale del livello di alfabetizzazione sanitaria e la costruzione di percorsi mirati permettono di migliorare la comprensione delle terapie, la capacità di compiere scelte informate e persino di ridurre sintomi depressivi e ansiosi.

Un ulteriore aspetto riguarda il coinvolgimento della famiglia e del contesto di vita. La psicoeducazione familiare si conferma un fattore protettivo, in grado di ridurre le ricadute, diminuire lo stress percepito e favorire una più solida inclusione sociale.

L'educazione terapeutica si configura poi come intervento strutturato e personalizzato, progettato sulla base del livello cognitivo, linguistico e dello stile di apprendimento del paziente. La co-progettazione con la persona e la famiglia, l'uso di materiali chiari, supporti visivi e sessioni individuali si sono dimostrati strumenti efficaci per accrescere consapevolezza, autoefficacia e aderenza terapeutica.

Il sostegno alle attività quotidiane (ADL e IADL) e all'acquisizione di abilità sociali rappresenta una componente essenziale dell'assistenza infermieristica nelle comunità psichiatriche. Interventi di supervisione graduata su igiene personale,

gestione degli spazi, uso del denaro, preparazione dei pasti e organizzazione del tempo, così come attività di gruppo e laboratori, contribuiscono a rafforzare l'autonomia e a promuovere l'inclusione sociale. Tecniche come le simulazioni di ruolo (*role-playing*) e le esercitazioni pratiche hanno dimostrato di aumentare l'autoefficacia e la capacità di gestire le difficoltà quotidiane.

Particolare attenzione è dedicata all'alimentazione, intesa non solo come bisogno primario ma anche come leva clinica ed educativa. Diversi studi hanno evidenziato che programmi dietetici strutturati, che integrano educazione nutrizionale e attività fisica, determinano miglioramenti nei sintomi depressivi e ansiosi, oltre a un impatto positivo sulla qualità di vita e sui parametri metabolici (peso, circonferenza vita, profilo cardiometabolico), soprattutto nei pazienti con disturbi mentali gravi. Anche l'adozione di modelli alimentari sani, come la dieta mediterranea, con riduzione dei cibi ultraprocessati, si è rivelata efficace nel ridurre i sintomi depressivi e nel sostenere l'aderenza terapeutica.

Le linee guida internazionali, in particolare quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del NICE, sottolineano l'importanza di inserire il counseling sullo stile di vita, comprensivo delle abitudini alimentari, all'interno dei piani di cura personalizzati, sia in un'ottica di promozione della salute sia di prevenzione delle ricadute.

2.3 Presa in carico globale e percorso riabilitativo in comunità terapeutiche

Negli ultimi decenni, l'evoluzione della salute mentale in Italia non ha interessato soltanto l'assetto delle strutture o le tecniche di trattamento: è mutato soprattutto lo sguardo sulla persona con disturbo mentale. La cura non è più un insieme di interventi puntuali e slegati, ma un processo unitario di presa in carico globale, orientato alla continuità, alla coerenza e alla partecipazione attiva dell'utente e dei suoi contesti di vita. In questa prospettiva, la relazione terapeutica, la prevenzione e la lotta allo stigma diventano componenti irrinunciabili del progetto di cura.

Per presa in carico si intende un percorso di accompagnamento strutturato, che integra più interventi professionali in modo sinergico e condiviso con la persona. È un processo integrato e partecipato, che mette in dialogo competenze diverse con l'obiettivo di sostenere il funzionamento globale, l'autonomia e l'autodeterminazione dell'utente. La persona con disagio psichico, infatti, può adottare modalità relazionali

e comportamentali poco condivise socialmente, con il rischio di isolamento, riduzione dell'autonomia e compromissione delle capacità di autocura. Il compito clinico-assistenziale è facilitare un reingresso sociale realistico, promuovendo l'adozione di schemi comportamentali più funzionali senza snaturare l'identità, ma anzi preservando la coerenza del Sé e la dignità della persona.
Le comunità terapeutiche operano secondo un modello bio-psico-sociale, integrando dimensioni cliniche, psicologiche e socio-ambientali. Il lavoro ruota attorno a un Programma Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PTRI), definito con l'utente, che mira a massimizzare i punti di forza, ridurre gli ostacoli alla partecipazione sociale e consolidare competenze quotidiane e relazionali. La centralità della persona comporta obiettivi graduati e realistici, negoziati e rinegoziati nel tempo.

2.4 Peculiarità del contesto comunitario

Il setting comunitario costituisce esso stesso un intervento terapeutico, con alcune caratteristiche distintive:

a. **Strutturazione della quotidianità.** La giornata è organizzata con tempi, spazi e routine chiari. La ripetizione prevedibile degli schemi quotidiani crea un ambiente familiare e rassicurante, una "base sicura" che consente alla persona di esporsi gradualmente, condividere il disagio e sperimentare comportamenti alternativi.
b. **Clima emotivo di sicurezza.** La comunità è luogo di confronto non giudicante. L'atteggiamento accogliente permette l'espressione anche di vissuti e idee "bizzarre", per decodificarne il significato, contenere l'angoscia e costruire narrazioni personali più integrate.
c. **Coinvolgimento nella progettazione.** Il percorso è condiviso: obiettivi anche apparentemente "minimi" vengono co-costruiti con la persona. Non si tratta di interventi coercitivi, ma di un lavoro di contrattazione e riflessione che orienta alle azioni facilitanti necessarie a ciascun passo di cambiamento.
d. **Espressione della soggettività e lavoro di gruppo.** Il gruppo è strumento privilegiato: favorisce l'emergere della soggettività, lo scambio

con l'altro e l'apprendimento sociale di modalità relazionali replicabili nei contesti di vita esterni.

La qualità della presa in carico dipende dall'azione coordinata di una equipe multiprofessionale (operatore socio-sanitario, educatore professionale, psicologo/psicoterapeuta, psichiatra, assistente sociale, infermiere.

La collaborazione tra diversi professionisti consente di evitare risposte parziali ai bisogni complessi: i problemi vengono considerati su più livelli – clinico, cognitivo-comportamentale, relazionale, familiare, sociale e occupazionale – e gli interventi sono programmati e periodicamente rivalutati nelle riunioni d'équipe.

All'interno di questo assetto:

a. **lo psichiatra** garantisce la valutazione diagnostica, l'impostazione e il monitoraggio del trattamento farmacologico, l'integrazione delle decisioni cliniche nel PTRI;
b. **Lo psicologo/psicoterapeuta** conduce interventi individuali e di gruppo finalizzati alla comprensione e consapevolezza dei propri stati mentali, alla regolazione emotiva e alla ristrutturazione cognitiva.
c. **l'infermiere** assicura la continuità assistenziale, il monitoraggio clinico e metabolico, l'educazione terapeutica (aderenza, gestione della terapia, stili di vita, autocura), fungendo da cerniera tra persona, famiglia e rete dei servizi;
d. **l'educatore professionale** costruisce e sostiene percorsi di autonomia, socializzazione e competenze occupazionali;
e. **l'assistente sociale** attiva e coordina le risorse del territorio, i sostegni economici e abitativi, la rete formale e informale;
f. **l'OSS** contribuisce alla cura quotidiana e alla promozione delle autonomie di base.

Questa integrazione consente di individuare i bisogni con azioni plurime, mantenendo sempre una cornice relazionale e orientata al recupero.

2.5 Dalla valutazione al PTRI: fasi del percorso

I Piano di Trattamento Individuale (PTI) rappresenta lo strumento attraverso il quale il Centro di Salute Mentale definisce il percorso terapeutico e riabilitativo della persona, in vista di un eventuale inserimento in una struttura residenziale

psichiatrica. La sua funzione è quella di garantire appropriatezza e continuità di cura, attraverso la presa in carico personalizzata e condivisa con l'utente (D.P.R. 10 novembre 1999 – *Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998–2000*; Ministero della Salute, *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*, 2013).

Il PTI ha una durata temporalmente limitata e viene elaborato sulla base di specifici criteri diagnostici: disturbi psicotici e schizofrenici, sindromi affettive gravi, disturbi di personalità con marcata compromissione del funzionamento personale e sociale. Nella valutazione vengono considerati diversi elementi: la gravità e la complessità del quadro clinico, il livello di compromissione del funzionamento, le potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento e la stabilità clinica. Per una maggiore oggettività vengono utilizzati strumenti di valutazione standardizzati, che consentono di definire con precisione sia l'intensità riabilitativa necessaria, sia il livello di assistenza da garantire (Ministero della Salute, *Rapporto Salute Mentale*; DGR Veneto n. 1616/2008 e n. 748/2011).

Elemento centrale del PTI è la partecipazione attiva dell'utente**,** che sottoscrive un accordo di cura insieme ai professionisti del servizio e, quando possibile, con il coinvolgimento della famiglia e della rete sociale. Questo passaggio non ha solo valore formale, ma rappresenta un atto di corresponsabilità terapeutica, volto a favorire volontarietà, adesione e consapevolezza (Legge 13 maggio 1978, n. 180 – *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*; Legge 23 dicembre 1978, n. 833 – *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*).

La responsabilità del PTI è affidata allo psichiatra del Centro di Salute Mentale**,** titolare della cartella clinica dell'utente, che svolge anche la funzione di Case Manager**.** Tale figura, coadiuvata dal gruppo multiprofessionale, ha il compito di monitorare l'attuazione del piano, verificare periodicamente lo stato di avanzamento, la congruità degli obiettivi e l'appropriatezza dell'inserimento in struttura. Con cadenza almeno quadrimestrale, il Case Manager aggiorna il percorso, controlla il tempo di permanenza, valuta eventuali cambi di struttura, assenze o possibilità di dimissione (DGR Veneto n. 1673/2018; DGR n. 522/2020).

Una volta definito il PTI e individuato il setting più adeguato, l'utente – o il suo rappresentante legale – partecipa attivamente anche alla scelta della struttura ricevente, supportato dal gruppo di riferimento e dai familiari. È prevista la possibilità

di scegliere la comunità di inserimento tra quelle disponibili, con l'obiettivo di favorire il radicamento territoriale e i processi di reinserimento nella comunità locale (DGR Veneto n. 1438/2017; DGR n. 1437/2019).

L'ingresso dell'utente in una struttura residenziale segna l'avvio del **Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), (**allegato 1) elaborato dall'équipe della comunità in coerenza con il PTI e in stretta collaborazione con il Centro di Salute Mentale inviante (DGR Veneto n. 1616/2008; DGR n. 748/2011).

Il PTRP traduce gli obiettivi generali del PTI in un percorso clinico-assistenziale concreto, individualizzato e dinamico. Deve garantire:

- la personalizzazione degli interventi, adattandoli alle caratteristiche, ai bisogni e alle potenzialità della persona;
- la flessibilità del percorso**,** con possibilità di rimodulare gli interventi in base all'evoluzione clinica;
- l'integrazione tra dimensione sanitaria, sociale ed educativa;
- la valorizzazione dei legami familiari e sociali**,** promuovendo la partecipazione della comunità e favorendo l'inclusione (Ministero della Salute, *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*, 2013).

Il PTRP si fonda su una valutazione multidimensionale che comprende sia gli aspetti psicopatologici, sia eventuali condizioni di disabilità e compromissione funzionale. Gli obiettivi sono definiti in maniera chiara, misurabile e temporalizzata, coerenti con il livello di intensità riabilitativa previsto e con la durata del programma (DGR Veneto n. 1616/2008; DGR n. 748/2011).

Gli ambiti di intervento comprendono la terapia farmacologica, il supporto psicoterapeutico, gli interventi psicoeducativi, le attività riabilitative orientate alle autonomie personali e sociali, nonché percorsi di risocializzazione e di inserimento socio-lavorativo. Tutti gli operatori coinvolti – sanitari, socioeducativi, figure della rete informale e del volontariato – vengono chiaramente indicati nel progetto (DGR Veneto n. 1673/2018).

Il PTRP specifica la durata del programma, la frequenza delle attività, le risorse impiegate e le modalità di verifica. Le valutazioni periodiche, effettuate con strumenti validati, consentono di monitorare l'efficacia degli interventi e l'andamento del

percorso, documentando i progressi o eventuali criticità (Ministero della Salute, *Rapporto Salute Mentale*).

Il monitoraggio del PTRP è affidato a un responsabile interno alla struttura, che segue quotidianamente l'attuazione del progetto e garantisce la coerenza con il PTI. Questo responsabile comunica regolarmente con il Case Manager del CSM**,** condividendo con cadenza almeno quadrimestrale lo stato di avanzamento del programma (DGR Veneto n. 1438/2017; DGR n. 522/2020).

Anche il PTRP prevede la sottoscrizione di un accordo di cura, che coinvolge la struttura, il CSM, l'utente (o il suo rappresentante legale) e, quando previsto, la famiglia. Nell'accordo vengono esplicitati i servizi erogati, gli impegni reciproci, le modalità di partecipazione economica, il consenso informato e i principi di tutela dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR; Legge 833/1978).

L'intero percorso che va dal **PTI al PTRP** è improntato a un modello di presa in carico globale**,** basato su collaborazione interprofessionale, corresponsabilità terapeutica e centralità dell'utente.

- Il **PTI** definisce il quadro diagnostico, gli obiettivi generali e l'indicazione al livello assistenziale più appropriato, coinvolgendo attivamente la persona e la sua rete.
- Il **PTRP** (Allegato 1) traduce questo impianto in un programma personalizzato, quotidianamente attuato dalla struttura residenziale in sinergia con il CSM, monitorato e aggiornato periodicamente, fino alla dimissione e al reinserimento sociale (DGR Veneto n. 1616/2008; DGR n. 1673/2018).

In questo modo, il progetto riabilitativo non è un insieme di interventi isolati, ma un percorso unitario, integrato e flessibile, orientato alla salute globale della persona**,** al rafforzamento delle autonomie e alla costruzione di una reale possibilità di vita nella comunità (Ministero della Salute, *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale*, 2013).

Il programma riabilitativo assume configurazioni diverse a seconda del profilo di bisogni, conobiettivi che possono riguardare:

- Competenze sociali (Social Skills Training): comunicazione efficace, gestione del conflitto,

- Assertività, cooperazione.
- Autonomie personali e domestiche: igiene, alimentazione, gestione del denaro e del tempo, uso dei servizi.
- Partecipazione sociale e lavorativa: attività significative, inserimento lavorativo supportato, volontariato.
- Consapevolezza e gestione della malattia: riconoscimento dei segnali precoci, strategie di coping, piani d'azione per le ricadute.
- Supporto ai familiari: psicoeducazione, sostegno al carico assistenziale, lavoro sulla comunicazione familiare. Interventi-basati-su-evidenze.

Nel quadro delle buone pratiche, la comunità integra il trattamento farmacologico con interventi psicosociali supportati dalle evidenze, tra cui:

- Social Skills Training e riabilitazione cognitivo-comportamentale (per sintomi residui, funzionamento sociale, prevenzione delle ricadute);
- Psicoeducazione familiare e supporto ai caregiver (riduzione dello stress familiare, miglioramento dell'aderenza);- Supporto lavorativo e attività occupazionali strutturate;
- Programmi di gestione della malattia e del recupero, focalizzati su empowerment, autodeterminazione e definizione di mete personali.

La finalità comune è l'incremento del funzionamento globale e della qualità di vita, promuovendo autonomia, autogestione e autodeterminazione della persona.

Il processo riabilitativo richiede metriche di esito concordate (aderenza, funzionamento personale e sociale, partecipazione, qualità di vita, uso appropriato dei servizi) e un ciclo di miglioramento continuo fondato su monitoraggio sistematico, revisione periodica degli obiettivi e documentazione trasparente delle decisioni cliniche. Le riunioni di équipe rappresentano il luogo di condivisione delle informazioni, prevenendo letture parziali e consentendo interventi tempestivi e mirati.

La comunità terapeutica, intesa quindi come ambiente curante, realizza una presa in carico che va oltre la somma degli interventi: organizza il quotidiano, custodisce la sicurezza emotiva, coinvolge attivamente la persona nel proprio progetto e valorizza la soggettività all'interno del gruppo. La multiprofessionalità non è un optional, ma la condizione per tradurre in pratica l'approccio bio-psico-sociale,

garantendo interventi coerenti, continuativi e personalizzati. In quest'ottica, la riabilitazione psichiatrica non è soltanto riduzione della sintomatologia, ma costruzione di competenze e opportunità che consentano alla persona di abitare in modo più libero e dignitoso i propri spazi di vita

CAPITOLO 3

Farmaci e alimentazione

3.1. Farmaci e alimentazione: effetti collaterali e interazione.

Nella pratica psichiatrica, la gestione farmacologica dei pazienti richiede una visione globale che integri non solo la dimensione clinico-terapeutica, ma anche quella nutrizionale, metabolica e comportamentale. Numerosi farmaci psicotropi, infatti, esercitano un impatto significativo sul peso corporeo, sull'assetto glicemico e lipidico, sull'appetito e sui pattern alimentari. Gli antipsicotici di seconda generazione, in particolare clozapina e olanzapina, sono frequentemente associati a incremento dell'appetito e del peso, alterazioni della sensibilità insulinica e dislipidemie; altri, come aripiprazolo, presentano invece profili metabolici più favorevoli. Anche alcuni stabilizzatori dell'umore (litio, acido valproico) e ansiolitici/antiepilettici (pregabalin) possono determinare aumento ponderale o ritenzione idrica, mentre antidepressivi come la mirtazapina risultano spesso correlati a incremento dell'appetito e del peso corporeo. Gli SSRI e gli SNRI, al contrario, mostrano in genere un impatto più neutro o moderato, pur con notevole variabilità individuale.

Queste considerazioni hanno portato le linee guida a raccomandare un monitoraggio fisico-metabolico regolare e strutturato, comprensivo di peso, BMI, circonferenza vita, pressione arteriosa, glicemia e profilo lipidico. Tale attività deve essere integrata con un counseling mirato su dieta e stile di vita, che favorisca la consapevolezza del paziente e lo renda parte attiva nel percorso di cura.

Accanto agli aspetti metabolici, particolare attenzione deve essere rivolta alle interazioni tra farmaci e abitudini alimentari, che possono potenziare gli effetti collaterali, modificare i livelli plasmatici o aumentare il rischio di tossicità. Tra le interazioni clinicamente più rilevanti spicca quella con il pompelmo e i suoi derivati (succo, marmellata con arance di Siviglia), inibitori del CYP3A4 intestinale, capaci di determinare un incremento significativo dei livelli di clozapina, quetiapina, aripiprazolo, sertralina e benzodiazepine, con conseguente aumento del rischio di sedazione, ipotensione ed effetti avversi sistemici. Un ulteriore fattore critico è l'alcol, che in associazione con antipsicotici, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, pregabalin o benzodiazepine amplifica gli effetti sedativi, compromette le funzioni

psicomotorie e, in alcuni casi (duloxetina, valproato), aumenta la tossicità epatica. Anche la caffeina e il fumo risultano interferenti: nel caso del litio e della clozapina possono modificare in maniera significativa i livelli plasmatici, rendendo necessaria un'attenta gestione delle variazioni quotidiane di consumo. Inoltre, nel trattamento con litio, un apporto irregolare di sodio e liquidi può causare oscillazioni clinicamente rilevanti fino al rischio di tossicità.

Accanto a tali interferenze, occorre considerare una gamma più ampia di effetti collaterali sistemici che incidono sulla salute e sullo stile di vita del paziente. Dal punto di vista cardiovascolare, alcuni antipsicotici e antidepressivi triciclici possono indurre ipotensione ortostatica, prolungamento del QT e rischio aritmico, oltre a un aumento complessivo del rischio di eventi cardiovascolari legati alla sindrome metabolica. Sul piano endocrino, farmaci come aloperidolo, risperidone e paliperidone possono provocare iperprolattinemia con amenorrea, galattorrea, disfunzioni sessuali e osteoporosi, mentre il litio può determinare alterazioni tiroidee. Anche le disfunzioni sessuali (riduzione della libido, anorgasmia, difficoltà erettile) sono frequenti con SSRI e antipsicotici, con ripercussioni sulla qualità della vita.

Dal punto di vista neurologico, vanno considerati gli effetti extrapiramidali (rigidità, tremori, acatisia, distonia), il rischio di convulsioni (clozapina, triciclici) e, seppur raramente, la sindrome neurolettica maligna. Sul versante gastrointestinale, la stipsi indotta da antipsicotici e triciclici, e la nausea associata a SSRI e stabilizzatori, rappresentano disturbi comuni che incidono sull'aderenza terapeutica. Alcuni psicofarmaci (valproato, SSRI, triciclici) possono inoltre indurre epatotossicità, mentre il litio è associato a nefropatia cronica. Non meno rilevanti sono sedazione, affaticamento, ritenzione idrica ed edema, che peggiorano la funzionalità fisica e l'autonomia quotidiana.

Un ulteriore effetto collaterale, spesso sottovalutato ma di grande impatto sulla qualità della vita, è la xerostomia (secchezza orale), frequente con l'uso di antidepressivi, antipsicotici e stabilizzatori dell'umore. La ridotta secrezione salivare non solo compromette il comfort del paziente, ma aumenta il rischio di disfagia, candidosi orale, carie dentali e difficoltà nella deglutizione dei farmaci. In questo contesto diventa fondamentale promuovere un'adeguata idratazione quotidiana: bere acqua regolarmente, anche in assenza dello stimolo della sete, rappresenta

un presidio semplice ma efficace per ridurre i disagi della xerostomia, migliorare l'adesione terapeutica e prevenire complicanze.

In sintesi, la gestione farmacologica in psichiatria non può prescindere da una valutazione integrata degli aspetti metabolici, nutrizionali e idratativi, né dalla consapevolezza degli effetti collaterali cardiovascolari, endocrini, neurologici, gastrointestinali, epatici e sistemici. Altrettanto centrale è la prevenzione e la gestione delle interazioni cibo–farmaco e bevande–farmaco. L'infermiere, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare, riveste un ruolo chiave nel monitoraggio clinico, nel counseling nutrizionale e comportamentale, e nella promozione di stili di vita adeguati. Un approccio educativo mirato, che includa anche la sensibilizzazione al consumo regolare di acqua e alla gestione della secchezza orale, contribuisce a ottimizzare l'efficacia delle terapie, migliorare il benessere complessivo del paziente e ridurre i rischi correlati.

L'educazione terapeutica infermieristica deve quindi includere consigli dietetici strutturati (stile mediterraneo, controllo delle porzioni, assunzione di fibra, limitazione di zuccheri semplici e alcol), attività fisica regolare e sorveglianza di appetito/variazioni ponderali sin dall'inizio della terapia, con strategie di prevenzione dell'aumento di peso e una particolare attenzione al benessere globale del paziente.

3.2 Indicazioni dietetiche pratiche per i principali profili di rischio

Le indicazioni dietetiche pratiche rappresentano un complemento essenziale alla terapia farmacologica nei pazienti psichiatrici. Ogni classe di psicofarmaci presenta specifici rischi metabolici e interazioni alimentari che richiedono strategie nutrizionali mirate, finalizzate a prevenire complicanze, ottimizzare l'efficacia terapeutica e migliorare il benessere generale del paziente. L'approccio infermieristico deve quindi tradurre le raccomandazioni cliniche in indicazioni concrete e personalizzate, adattate ai diversi profili di rischio e alle abitudini individuali.

3.2.1 Antipsicotici ad alto rischio metabolico (clozapina, olanzapina)

L'assunzione di antipsicotici come clozapina e olanzapina è strettamente associata a un rischio aumentato di incremento ponderale, insulino-resistenza e dislipidemie. Per questo motivo è fondamentale un monitoraggio costante di parametri clinici come peso, circonferenza vita, pressione arteriosa, glicemia

e profilo lipidico. Le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* raccomandano di controllare il peso con cadenza settimanale durante le prime settimane di terapia, per poi passare a intervalli più lunghi, mantenendo comunque una sorveglianza almeno annuale (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

Sul piano dietetico, il modello di riferimento è quello mediterraneo, applicato in forma moderatamente ipocalorica. Si consiglia di comporre i pasti secondo la cosiddetta “regola del piatto”: metà del pasto deve essere costituita da verdure crude o cotte, un quarto da cereali integrali e l’ultimo quarto da fonti proteiche magre. È opportuno limitare al minimo zuccheri semplici e bevande zuccherate, come sottolineato dalle *Linee guida per una sana alimentazione* del CREA (CREA, 2018). Anche il sale deve essere ridotto: l’apporto quotidiano non dovrebbe superare i 5 grammi complessivi, preferendo il sale iodato.

L’idratazione è un ulteriore aspetto cruciale: il paziente deve essere incoraggiato a bere almeno 1,5–2 litri di acqua al giorno, evitando bevande zuccherate o gassate (CREA, 2018). L’alcol è fortemente sconsigliato, sia per il suo contributo calorico, sia per l’effetto sinergico con la sedazione indotta dai farmaci (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

La sedazione serale può favorire episodi di fame incontrollata: in questi casi è utile pianificare una colazione ricca di proteine e inserire spuntini intelligenti durante la giornata. Anche la stipsi, tipica della clozapina, può essere prevenuta con un adeguato apporto di fibre e idratazione (National Institute for Health and Care Excellence, 2023). È inoltre necessario ricordare che cambiamenti improvvisi nello stile di vita, come riduzione del fumo o variazioni nella caffeina, possono alterare i livelli plasmatici del farmaco (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

3.2.2 Antidepressivi (sertralina, mirtazapina)

Gli antidepressivi presentano profili di rischio differenti in relazione al metabolismo e alle interazioni alimentari.

La sertralina richiede particolare attenzione al consumo di pompelmo. Secondo le indicazioni del *National Health Service*, l'assunzione contemporanea di pompelmo (frutto, succo o estratti) può aumentare la concentrazione del farmaco, incrementando così il rischio di effetti collaterali (National Health Service, 2023). Per tutta la durata della terapia è quindi raccomandata l'eliminazione del pompelmo e dei prodotti che lo contengono, sostituendolo con altri agrumi. L'alcol, pur non essendo strettamente vietato, può aumentare la sonnolenza e va pertanto evitato o consumato solo in quantità molto ridotte (National Health Service, 2023)

La mirtazapina, invece, è frequentemente associata a un aumento dell'appetito e del peso corporeo. Per ridurre tale rischio, l'NHS raccomanda di mantenere un'alimentazione equilibrata e di evitare snack calorici e bevande zuccherate (National Health Service, 2023). È utile distribuire le calorie nella prima parte della giornata, limitando i pasti serali, che dovrebbero rimanere leggeri ma voluminosi, ricchi di verdure e poveri di zuccheri e grassi. Gli spuntini devono essere scelti con attenzione, preferendo frutta, yogurt o verdure crude. Fondamentale è anche l'attività fisica quotidiana, associata al controllo del peso con cadenza settimanale: un aumento superiore a 2 kg nell'arco di un mese deve essere segnalato al medico per una rivalutazione (National Health Service, 2023).

3.2.3 Stabilizzatori dell'umore (litio, valproato)

Gli stabilizzatori dell'umore, come litio e valproato, richiedono una gestione attenta e differenziata.

Il litio è un farmaco che agisce in stretta relazione con l'equilibrio idro-elettrolitico del corpo. Le linee guida del *NHS-ICB*sottolineano l'importanza di mantenere un consumo costante di sale: brusche variazioni possono modificare i livelli plasmatici del farmaco, rendendolo tossico o inefficace. Anche la caffeina deve essere assunta in quantità stabili, evitando aumenti o

riduzioni improvvise. L'idratazione è essenziale: il paziente deve bere regolarmente e aumentare i liquidi in caso di caldo, sudorazione, febbre o diarrea, contattando immediatamente il medico se compaiono segni di disidratazione. L'alcol deve essere fortemente limitato, in quanto può favorire disidratazione e aumentare il rischio di tossicità da litio (National Health Service, 2023).

Il valproato presenta invece un rischio significativo di danno epatico. Secondo la scheda *MedlinePlus*, il farmaco va assunto sempre durante i pasti per ridurre gli effetti collaterali gastrointestinali, e l'alcol va evitato del tutto per non aggravare il carico epatico (U.S. National Library of Medicine, 2023). Lo schema alimentare consigliato è quello mediterraneo, con particolare enfasi su alimenti "leggeri per il fegato": verdure, cereali integrali, legumi, pesce e uova, limitando fritti, zuccheri semplici e cibi ultraprocessati. In caso di nausea può essere utile suddividere i pasti in piccole porzioni frequenti. Poiché il valproato può influire sull'appetito e sul peso, è opportuno mantenere una regolare attività fisica e monitorare il peso settimanalmente.

I segnali di allarme, come forte stanchezza, dolore addominale, urine scure, inappetenza, colorazione giallastra di pelle e occhi o gonfiore del volto, devono essere riferiti immediatamente al medico, in quanto indicativi di possibile epatotossicità.

3.2.4 Ansiolitici e antiepilettici (pregabalin e benzodiazepine)

Gli ansiolitici e antiepilettici, come pregabalin e benzodiazepine, richiedono un'attenzione particolare per quanto riguarda interazioni alimentari e stili di vita.

Per entrambi, l'alcol è assolutamente controindicato, poiché aumenta in modo significativo la sonnolenza e, nel caso del pregabalin, può compromettere anche la respirazione. È inoltre importante non guidare né usare macchinari se si avvertono sonnolenza, vertigini o ridotta prontezza, condizioni che possono comparire soprattutto all'inizio del trattamento o dopo i pasti.

1. Il pregabalin può essere assunto con o senza cibo, purché sempre nello stesso modo per garantire costanza terapeutica. L'NHS raccomanda l'assunzione dopo i pasti in caso di nausea. Il farmaco è spesso associato a

un aumento dell'appetito e del peso corporeo: è quindi fondamentale mantenere una dieta equilibrata e ricca di fibre e proteine, evitando bibite zuccherate e snack ipercalorici. Alcuni pazienti sviluppano ritenzione idrica: in questo caso è utile bere regolarmente, ridurre il sale ed evitare cibi confezionati, avvisando il medico se il sintomo peggiora.

2. Le benzodiazepine, invece, richiedono particolare attenzione all'associazione con determinati alimenti. Secondo l'NHS, il pompelmo deve essere evitato, poiché può aumentare la concentrazione di alcuni principi attivi come il diazepam. Anche la caffeina va limitata, perché riduce l'effetto calmante del farmaco. È opportuno preferire pasti leggeri, soprattutto in concomitanza con l'assunzione, per ridurre il rischio di sonnolenza marcata.

Conclusioni

Le evidenze dimostrano come l'assunzione di psicofarmaci richieda **un approccio integrato che includa la gestione dell'alimentazione e dello stile di vita.** Ogni gruppo di farmaci presenta peculiarità che devono essere conosciute e spiegate in modo chiaro al paziente e al caregiver. L'infermiere ha il ruolo centrale di educatore e facilitatore, traducendo le raccomandazioni cliniche in indicazioni pratiche e quotidiane, fondamentali per ridurre i rischi e migliorare la qualità di vita.

Tabella 3. I.

Interazioni alimento-farmaco: tabella operativa

Farmaco	**Sostanze alimentari/bevande da evitare o limitare**	**Possibili effetti**
Clozapina	pompelmo (su base 3A4, cautela) caffeina: evitare alcol: evitare	↑ livelli e più effetti avversi (pompelmo); variazioni di caffeina/fumo alterano i livelli; alcol → sedazione additiva.
Olanzapina	Alcol: limitare/evitare (nessuna restrizione alimentare specifica ufficiale)	Alool → sedazione/instabilità; olanzapina può ↑ appetito e peso → counseling dietetico.

Farmaco	Sostanze alimentari/bevande da evitare o limitare	Possibili effetti
Quetiapina	pompelmo: da non assumere alcol: cautela	↑ concentrazioni/effetti della quetiapina; alcol → sedazione additiva.
Risperidone	Alcol: limitare/evitare	Potenziamento sedativo e impairment psicomotorio.
Aripiprazolo	Alcol: evitare pompelmo: prudenza (inibitore potente CYP3A4)	Rischio sedazione; possibile ↑ livelli con 3A4-inibitori (principio generale "grapefruit–drug").
Sertralina (SSRI)	Pompelmo: evitare alcol: limitare/evitare	↑ livelli/effetti indesiderati (nausea, sonnolenza, vertigini) con pompelmo; alcol → sedazione/peggioramento sintomi.
Escitalopram (SSRI)	In genere nessuna restrizione alcol: prudenza	Si può mangiare/bere normalmente; alcol può dare sonnolenza.
Duloxetina (SNRI)	Alcol (assunzione importante/cronica): controindicato	Epatotossicità: la FDA sconsiglia l'uso in pazienti con consumo sostanziale di alcol.
Venlafaxina (SNRI)	Alcol: evitare/limitare	↑ effetti SNC (sonnolenza, ridotto giudizio); la scheda FDA raccomanda evitare alcol.
Mirtazapina (NaSSA)	Alcol: evitare/limitare	Sedazione additiva, impairment psicomotorio.
Valproato (Depakin/valproato)	Alcol: evitare/limitare	Alcol ↑ rischio epatico e sedazione; attenzione al peso/appetito.

Farmaco	Sostanze alimentari/bevande da evitare o limitare	Possibili effetti
Litio	Diete povere di sale e disidratazione: evitare; variazioni brusche di caffeina: evitare; alcol: prudenza	Sodio/acqua e caffeina modificano i livelli di litio → rischio tossicità o inefficacia.
Pregabalin (Lyrica)	Alcol: evitare/limitare	Sedazione/depressione respiratoria (additiva)
Lamotrigina (Lamictal)	Alcol: prudenza	Alcol può accentuare sonnolenza/ vertigini; nessuna restrizione alimentare specifica.
Benzodiazepine	Pompelmo (marcato con midazolam, triazolam; anche diazepam/lorazepam): evitare; alcol: evitare	Pompelmo → ↑↑ livelli (inibizione CYP3A4) con rischio eccessiva sedazione/respiratoria; alcol → sedazione/impairment.

Tabella riassuntiva interazione farmaco/alimento

Nota su “pompelmo”: l’interazione è ben documentata per numerosi farmaci orali attraverso inibizione intestinale di CYP3A4; è sufficiente 1 pompelmo o ~200 ml di succo per effetti clinicamente rilevanti. Evitare anche marmellate con arance di Siviglia.

Legenda: le voci elencano *cibi/bevande/sostanze di consumo comuni*. “Effetti” riassume i rischi principali quando assunti in concomitanza.

CAPITOLO 4

L'educazione alimentare

4.1 Educazione alimentare e diritto alla salute

L'educazione alimentare è un dispositivo essenziale di promozione della salute lungo tutto l'arco della vita: sostiene il benessere fisico, mentale, emotivo e sociale, migliora la qualità della vita e riduce disuguaglianze prevenibili. In una prospettiva di diritti, il diritto umano a un'alimentazione adeguata comprende non solo la disponibilità e l'accessibilità del cibo, ma anche l'accesso all'informazione e all'educazione necessarie a compiere scelte consapevoli e culturalmente appropriate. Questa cornice orienta tanto le politiche pubbliche quanto l'azione quotidiana dei professionisti sanitari: educare all'alimentazione significa mettere le persone nella condizione di determinare, in modo informato, come nutrirsi in relazione alla propria storia, ai propri valori e al proprio contesto (OHCHR, *The Right to Adequate Food*, 2010).Sul piano tecnico-scientifico, gli indirizzi internazionali dell' **Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** e della **Food and Agriculture Organization (FAO)** definiscono le caratteristiche di una dieta sana come un modello alimentare che privilegia alimenti vegetali minimamente processati (verdura, frutta, legumi, frutta secca, cereali integrali), limita sale, zuccheri liberi e grassi saturi/trans, e rispetta la sostenibilità ambientale e culturale (FAO & WHO, *Principles of a Healthy Diet*, 2024, pp. 2–6).
L'educazione alimentare efficace, però, non si esaurisce nel trasferimento di "cosa mangiare": integra dimensioni psicologiche (motivazione, autoefficacia), sociali (reti e ruoli familiari), economiche (budget, accesso ai servizi), organizzative (ambiente scolastico, comunitario e sanitario) e culturali (abitudini, identità), traducendo le evidenze in competenze pratiche: saper pianificare i pasti, leggere un'etichetta, fare la spesa con criterio, cucinare in sicurezza, gestire le porzioni, riconoscere la fame e la sazietà**.** Nel contesto italiano, le **Linee Guida per una sana alimentazione** del **CREA – Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione** rappresentano il riferimento operativo per la popolazione e per i professionisti: rendono le raccomandazioni praticabili nel quotidiano, valorizzano la tradizione mediterranea e forniscono strumenti per adattare messaggi e attività ai diversi target (bambini, adulti, anziani; persone con condizioni cliniche specifiche;

contesti educativi, sociosanitari e lavorativi). Per l'infermiere, ciò si traduce in progettazione di interventi educativi che combinino chiarezza scientifica, fruibilità e rispetto della persona, con obiettivi misurabili e riesaminati nel tempo (CREA, *Linee Guida per una Sana Alimentazione*, 2018).

4.2 Educazione alimentare e salute mentale

Le persone con disturbi psichiatrici incontrano barriere aggiuntive che possono ostacolare una nutrizione equilibrata: stigma e stereotipi, minore attenzione da parte dei servizi ai bisogni nutrizionali, effetti collaterali di psicofarmaci (per esempio aumento dell'appetito, variazioni ponderali, alterazioni del metabolismo), difficoltà organizzative (ritmi sonno–veglia, gestione della spesa, preparazione dei pasti), vulnerabilità sociali (isolamento, precarietà economica) e, talvolta, pattern alimentari disfunzionali. Per queste ragioni, l'educazione alimentare va integrata nei percorsi di cura e riabilitazione con approcci inclusivi, non giudicanti e personalizzati: laboratori di cucina a bassa soglia, tutoring sulla spesa con budget realistici, piani pasto semplici e ripetibili, materiali visivi a bassa alfabetizzazione sanitaria, coinvolgimento di caregiver e reti sociali, coordinamento tra servizi (CSM, comunità terapeutiche, SPDC/ambulatori, territorio).

La letteratura mostra che interventi dietetici e di stile di vita, quando ben progettati e mantenuti nel tempo, possono migliorare indicatori cardiometabolici nelle persone con **serious mental illness (SMI)**; l'efficacia cresce se si affiancano strategie comportamentali (colloquio motivazionale, obiettivi graduali, feedback regolari), se si lavora sull'ambiente (mense, cucine, disponibilità di alimenti sani), e se la presa in carico è multiprofessionale (infermiere, dietista, psichiatra, MMG, educatori) (Rocks et al., *Dietary Interventions and Lifestyle Modification in Serious Mental Illness: A Systematic Review*, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2022).

4.3 Principi operativi per l'infermiere

Assumere una prospettiva basata sui diritti significa riconoscere che ogni persona ha titolo a ricevere informazioni chiare, accurate e comprensibili, fornite con linguaggio semplice e supporti visivi quando necessario, nel rispetto della dignità, della privacy e delle preferenze culturali. In pratica, l'infermiere esplora obiettivi, valori e barriere del paziente (ad esempio scelte etiche, tradizioni familiari, budget), concorda decisioni condivise e verifica la comprensione con tecniche come il *Teach-Back* ("mi racconti con parole sue come organizzerà i pasti domani?"). Se presenti ostacoli comunicativi (barriere linguistiche, deficit cognitivi, bassa alfabetizzazione sanitaria), si ricorre a mediatori culturali o a materiali adattati, evitando toni prescrittivi o stigmatizzanti. Questo approccio tutela l'autodeterminazione e costruisce fiducia, prerequisito per ogni cambiamento duraturo (OHCHR, *The Right to Adequate Food*, 2010).

L'educazione alimentare di qualità allinea i messaggi alle evidenze OMS/FAO e alle Linee Guida nazionali CREA, ma li traduce in soluzioni pratiche adatte al contesto in cui la persona vive e si cura. In un CSM o in una comunità terapeutica, ad esempio, si potrà co-progettare un menù settimanale che rispetti porzioni e frequenze consigliate, riorganizzare la dispensa in modo "facilitatore", introdurre laboratori di cucina su ricette semplici e ripetibili, rinegoziare con il servizio mensa la disponibilità di alternative più sane, e predisporre cartellonistica educativa vicino a cucine e frigoriferi.

In ambulatorio territoriale, invece, l'accento potrà essere posto su abilità individuali (lista della spesa, lettura delle etichette, gestione delle porzioni), sull'integrazione con altre raccomandazioni di stile di vita (sonno, attività fisica, fumo) e sull'aggancio a risorse locali (gruppi di cammino, mercati sociali, sportelli alimentari). In ogni caso, l'infermiere documenta gli interventi, definisce indicatori di processo e di esito (ad es. aderenza alle proposte, abilità acquisite, variazioni ponderali), e pianifica revisioni periodiche per mantenere gli obiettivi allineati con i cambiamenti clinici e sociali (CREA, *Linee Guida per una Sana Alimentazione*, 2018).

4.4 Personalizzazione e continuità

Con utenti che vivono un disagio psichico, la personalizzazione non è un optional: è la chiave dell'efficacia. L'infermiere utilizza il colloquio motivazionale per far emergere obiettivi *SMART* (specifici, misurabili, raggiungibili, realistici, temporizzati), scompone i cambiamenti in passi piccoli e sostenibili (per esempio: "aggiungere una porzione di legumi due volte a settimana" prima di ristrutturare l'intero menù), e concorda *follow-up* regolari che offrano rinforzo, *troubleshooting* e aggiustamenti. La continuità si realizza con un monitoraggio integrato di indicatori clinici pertinenti (peso, circonferenza vita, pressione arteriosa; quando indicato dal curante, profilo glicemico e lipidico), la riconciliazione farmacologica con il medico in caso di effetti collaterali che influenzano appetito o metabolismo, e il coinvolgimento di dietista e caregiver per sostenere l'aderenza. Strumenti semplici come diari alimentari illustrati, checklist per la spesa, schede ricetta passo-passo e promemoria digitali aiutano a mantenere il cambiamento anche nei momenti di flessione motivazionale o di instabilità clinica. Nei percorsi residenziali o semiresidenziali, si definiscono routine stabili (orari dei pasti, preparazioni condivise, scelte guidate), si prevengono ricadute con piani "se… allora…" (ad es. gestione della fame serale legata a sedazione farmacologica), e si valorizza ogni piccolo successo per alimentare autoefficacia e senso di padronanza (Rocks et al., *Dietary Interventions and Lifestyle Modification in Serious Mental Illness: A Systematic Review*, 2022, pp. 10–12).

CAPITOLO 5

Metodo di ricerca

5.1 Obiettivo della ricerca

L'educazione alimentare comprende ogni attività che miri allo sviluppo di comportamenti alimentari corretti e consapevoli del consumatore, nonché ad uno stile di vita sano, vissuto non come costrizione, ma come valore condiviso. La finalità ultima è quella di condurre ad una autonoma capacità di gestione corretta della propria alimentazione e, dunque, di difesa nei confronti di ogni forma di malnutrizione." **I**stituto Nazionale della Nutrizione https://creafuturo.crea.gov.it

L'alimentazione non rappresenta soltanto un bisogno fisiologico, ma costituisce un aspetto fondamentale per il benessere generale, influenzando la salute fisica, psicologica e relazionale della persona. Un regime alimentare inadeguato può determinare malessere, peggiorare quadri clinici già presenti e compromettere la qualità di vita. Le persone con problematiche psichiatriche incontrano spesso difficoltà nel gestire correttamente la propria alimentazione, soprattutto in presenza di condizioni croniche come il diabete o in caso di sovrappeso. Lo scopo della ricerca è indagare la presenza di interventi educativi infermieristici già esistenti nell'ambito dell'educazione alimentare, con particolare attenzione al sostegno di pazienti psichiatrici diabetici o con eccesso ponderale, e proporre un progetto educativo che poi possa essere condiviso e implementato.

5.2 Metodologia di ricerca

La domanda di ricerca principale si è concentrata sull'analisi degli interventi già attuati dagli infermieri nel campo dell'educazione alimentare rivolti a pazienti con disturbi psichiatrici, ponendo inoltre un focus specifico sulla gestione del diabete e sul trattamento del sovrappeso.

Le principali banche dati consultate sono state: PubMed, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU), MIUR (Ministero dell'istruzione e del merito) portali istituzionali regionali e testi di riferimento inerenti al tema dell'alimentazione.

Il quesito di ricerca è stato formulato attraverso il metodo PIO:

- P (Popolazione): pazienti adulti con patologia psichiatrica;
- I (Interventi): programmi di educazione alimentare condotti dall'infermiere, con focus su diabete e sovrappeso;
- O (Outcome): miglioramento delle conoscenze nutrizionali, dell'autogestione dietetica e della consapevolezza rispetto alle scelte alimentari.

I termini utilizzati per la ricerca (parole MeSH) sono stati associati in forma libera e combinata, nella costruzione delle stringhe di ricerca:

- Nurse
- nutrition education
- mental health
- psychiatric patient
- diabetes
- overweight.

La ricerca Pubmed condotta tra agosto e settembre 2025 ha portato al risultato di 36 articoli tra questi sono stati selezionati 2 anche se non strettamente inerenti all'educazione alimentare in ambito pschiatrico

I criteri per la scelta degli articoli sono stati i seguenti:

- target età: pazienti adulti;
- articoli pubblicati dal 2010 al 2025.

Mentre i criteri di esclusione sono stati:

- articoli di pubblicazione antecedente all'anno 2010;
- articoli aventi come campione di studio pazienti adolescenti;
- articoli provenienti da Paesi al di fuori dell'Unione europea**;**
- nessuna distinzione di genere

5.3 Risultati

Analizzando i pochi articoli emersi dalla ricerca, ho riscontrato una totale assenza di progetti educativi rivolti a pazienti in ambito psichiatrico; alcuni studi erano incentrati sugli operatori sanitari che lavorano in tale contesto e pertanto non risultavano pertinenti per la tipologia di indagine qui condotta. Inoltre, dei due articoli presi in considerazione, il primo è stato condotto in Inghilterra, dove l'obesità rappresenta un grave problema di salute pubblica e coinvolge circa il 26,7% degli adulti (https://www.gov.uk/government/statistics/update-to-the-obesity-profile-on-fingertips/obesity-profile-short-statistical-commentary-may-2024). Il secondo studio è stato condotto in Canada, dove la situazione risulta ancora più critica: nel 2022 quasi il 30% della popolazione risultava obesa, a conferma di una condizione che interessa una quota significativa della cittadinanza e che ha importanti ricadute sul sistema sanitario (https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/5742-overview-weight-and-height-measurements-world-obesity-day). Al confronto, in Italia la prevalenza di obesità si attesta intorno all'11% della popolazione, un dato decisamente inferiore rispetto a quello di Inghilterra e Canada (https://www.epicentro.iss.it/ben/2023/1/sovrappeso-obesita-italia).

Questa differenza evidenzia come, nei Paesi in cui sono stati condotti gli studi, l'obesità costituisca un'emergenza sanitaria diffusa e prioritaria, mentre in Italia, pur rappresentando una problematica rilevante, interessa una percentuale più contenuta della popolazione.

Dalla ricerca tramite PubMed, solo alcuni articoli si sono rivelati in parte inerenti al tema; tuttavia, non veniva mai descritta l'effettiva pratica dell'educazione alla corretta alimentazione nel paziente con disagio psichico. Inoltre, mancava un chiaro collegamento tra il ruolo infermieristico e l'educazione alimentare. Per tutte queste difficoltà, dopo la prima interrogazione su PubMed ho ampliato il raggio dell'indagine prendendo in considerazione anche altre fonti che trattassero l'educazione alimentare rivolta ad altri target. Ho quindi fatto una ricerca considerando l'educazione alla alimentazione come parte di un processo di promozione alla

salute. Ho quindi rimodulato la ricerca considerando l'educazione alimentare come parte di un processo di promozione della salute.

Nell'articolo "*An assessment of nurses' participation in Health Promotion: a knowledge, perception, and practice perspective di* Herbert Melariri, Tolu Andrea Osoba, Margaret (maggie) Williams, Paula Melariri," si mette in luce con chiarezza quanto la promozione della salute sia un elemento centrale nella pratica infermieristica, anche in contesti di comunità. Gli autori riportano che *"Nurses' knowledge influences their perception of health promotion, which in turn shapes their practice"*. In altre parole, la conoscenza dell'infermiere condiziona direttamente le sue percezioni, le quali a loro volta determinano le modalità con cui viene realizzata la promozione della salute. Si delinea quindi una catena conoscenza → percezione → pratica, che influenza in modo significativo l'efficacia degli interventi, anche nelle realtà più piccole come quelle comunitarie.

Dal punto di vista istituzionale , l'articolo ribadisce che la promozione della salute non deve essere considerata un'attività accessoria, ma una vera e propria disciplina della sanità pubblica, affermando che *"Health promotion is an important public health discipline, and it is essential for the achievement of universal health coverage"*

Infine, dal punto di vista della pratica clinica in comunità, lo studio mostra come la promozione della salute si traduca concretamente in azioni semplici ma di grande valore per la vita quotidiana delle persone: *"Nurses who reported higher knowledge were significantly more likely to provide patient education on disease and medication, give counselling on diet and physical activity, and encourage screening and check-ups"*). Questi interventi, pur nella loro apparente semplicità, assumono un significato profondo in contesti comunitari, dove l'infermiere diventa un punto di riferimento costante per incoraggiare stili di vita salutari e favorire un miglioramento diffuso della qualità della vita.

Quindi la mia ricerca si è spostata su altri tipi di fonti, come OMS, Ministero della Salute, Istituto superiore di Sanità, programmi alimentari della Ulss7 in ambito scolastico e testi di educazione alimentare.

Facendo riferimento a tali fonti si ricava che l'educazione alimentare è cruciale perché guida scelte quotidiane che incidono su crescita, sviluppo, salute mentale e benessere lungo tutto l'arco di vita.

L'OMS evidenzia che una dieta equilibrata protegge da tutte le forme di malnutrizione e riduce il rischio di malattie croniche (cardiovascolari, diabete, alcuni tumori.)

Non è solo "cosa mangiare", ma anche saper leggere etichette, limitare zuccheri/sale/grassi trans, variare gli alimenti e adattare le porzioni alle diverse età.

Secondo l'OMS Europa, intervenire precocemente (infanzia/adolescenza) migliora apprendimenti e crea abitudini durevoli, specie se la scuola diventa un ambiente favorevole alla salute.(OMS) Per l'ISS, alimentazione adeguata e salute sono diritti strettamente connessi: una dieta corretta è strumento di prevenzione e anche di gestione di molte patologie.

Il Ministero della Salute promuove programmi educativi e materiali pratici, indicando la scuola e le comunità come luoghi chiave per l'alfabetizzazione nutrizionale e scelte consapevoli. (Ministero delle Salute)

Un ambito che merita attenzione particolare è l'integrazione dell'educazione alimentare nelle comunità psichiatriche o in setting di salute mentale. Nelle comunità psichiatriche, dove le persone possono avere sfide aggiuntive (farmaci che alterano il peso, difficoltà cognitive, isolamento sociale, scarsa autonomia nel fare spesa o cucinare), l'educazione alimentare contribuisce a migliorare l'aderenza ai pasti, la qualità nutrizionale, la salute metabolica e il benessere psicologico. In sintesi, fare educazione alimentare significa prevenire malattie, promuovere equità, rafforzare competenze critiche, e creare ambienti che rendano "facili" le scelte sane, dalla scuola ai servizi sanitari, fino alla famiglia e alle comunità psichiatriche.

Le linee guida MIUR 2015 per l'educazione alimentare (https://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l%27Educazione_Alimentare_2015.pdf) sono state elaborate per il contesto scolastico e hanno lo scopo di rendere l'educazione alimentare un tema trasversale e prioritario nell'insegnamento. Sebbene non siano state pensate

specificamente per la psichiatria, i principi in esse contenuti possono offrire spunti preziosi anche per la progettazione di interventi educativi in comunità psichiatriche.

Il documento evidenzia che l'alimentazione non deve essere ridotta a semplici nozioni nutrizionali, ma va considerata nella sua complessità biologica, psicologica, sociale e culturale. Questo approccio sistemico si rivela particolarmente utile nelle comunità, dove il cibo assume anche un valore relazionale, rituale e identitario.

Gli obiettivi proposti come il promuovere il benessere, favorire stili di vita equilibrati, sviluppare consapevolezza critica sul rapporto cibo-salute e diffondere la conoscenza del sistema alimentare, possono essere adattati in chiave comunitaria. In questi contesti, ad esempio, l'educazione alimentare può concretizzarsi in attività di gruppo come laboratori di cucina o momenti di degustazione guidata, che oltre a fornire competenze pratiche stimolano socializzazione, autostima e senso di appartenenza.

Un ulteriore punto di forza delle *Linee Guida* è la corresponsabilità educativa: nella scuola essa si traduce in un'alleanza tra istituzioni e famiglie, mentre in comunità psichiatriche diventa collaborazione tra infermieri, educatori OSS e psicologi/psicoterapeuti. Come ricorda il documento, *"la collaborazione attiva e partecipe delle famiglie costituisce un elemento trainante per il successo dell'educazione alimentare"* (MIUR, 2015, p. 32). Lavorare insieme permette di creare percorsi realmente condivisi e adattati ai bisogni dei pazienti.

In definitiva, pur nascendo per il contesto scolastico, i principi delle *Linee Guida MIUR 2015* confermano l'importanza dell'educazione alimentare come strumento di crescita personale e sociale, e anche in una realtà come le comunità psichiatriche possono contribuire a promuovere maggiore autonomia, consapevolezza e partecipazione attiva alla vita quotidiana.

CAPITOLO 6

Proposta progettuale – Educazione all'alimentazione in comunità

Durante la mia ricerca ho analizzato diversi progetti di educazione alimentare e sensibilizzazione, sviluppati in contesti prettamente scolastici, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi mirati a promuovere abitudini alimentari sane. Tenendo conto di queste esperienze, ho elaborato una proposta adattata alle necessità di persone con disagio psichico, con l'obiettivo di garantire un approccio educativo mirato ed efficace.

Il primo principio da considerare è che i contenuti trasmessi devono essere modulati in base a molti fattori: età anagrafica, capacità cognitive e relazionali del paziente. Quando si lavora con persone che hanno una malattia psichiatrica non è mai tutto lineare: l'età sulla carta d'identità non sempre rispecchia le capacità di capire e rielaborare le informazioni. Per questo è importante spiegare le cose adattandole al livello di comprensione della persona, tenendo conto anche di come la sua malattia possa influenzare il modo in cui recepisce e rielabora ciò che gli viene comunicato.

Nella comunità psichiatrica, l'attività educativa assume particolare valore poiché l'ambiente residenziale, vissuto come accogliente e familiare, crea condizioni favorevoli per l'apprendimento e la partecipazione. In questo spazio protetto, i pazienti possono affrontare con maggiore tranquillità argomenti complessi legati alla salute mentale e alla gestione della quotidianità. L'infermiere, in qualità di figura di riferimento, ha l'opportunità di guidare e promuovere percorsi educativi che stimolino autonomia, consapevolezza e responsabilità personale. La collaborazione con altre professionalità, quali l'educatore e lo psicoterapeuta, permette di unire alla componente pratica anche l'elaborazione emotiva e relazionale, rendendo l'intervento più completo. Così l'educazione diventa un'esperienza condivisa, che non trasmette soltanto informazioni, ma contribuisce al rafforzamento delle capacità individuali e al miglioramento del benessere complessivo.

Come sottolineato nelle Linee guida per l'Educazione Alimentare del MIUR (2015), gli interventi devono essere inseriti in una cornice condivisa con l'équipe, garantendo continuità e coerenza progettuale.

La comunità accoglie utenti eterogenei per età, genere e background; ciò fa emergere bisogni a volte simili e a volte diametralmente opposti; uno di questi è il cibo che viene visto quasi sempre come un riempitivo, un bisogno primario e non come una parte fondamentale dello stato di salute e benessere. L'esperienza di realtà italiane come il CEIS in Emilia Romagna mostra chiaramente che il momento del pasto e il lavoro educativo condiviso in gruppo rappresentano occasioni preziose di apprendimento e di crescita collettiva. (Ascari, 2016).

Tali progetti educati svolti in gruppo portano a risultati migliori Studi internazionali confermano che le attività educative di gruppo in ambito nutrizionale migliorano significativamente conoscenze e comportamenti alimentari, mostrando una maggiore efficacia rispetto agli interventi individuali (Teggart et al., 2022).

Dal punto di vista organizzativo, è fondamentale che la progettazione degli incontri avvenga attraverso una condivisione in équipe multidisciplinare. Gli aspetti pratici dalla realizzazione che meritano attenzione sono:

1. Un percorso che prevede 7 incontri complessivi, con argomenti scelti sia in base a bisogni osservati sia a richieste esplicite dei partecipanti (ad esempio: come leggere le etichette, come gestire il budget alimentare, come pianificare i pasti).
2. l'uso della stessa sala ad ogni incontro per favorisce familiarità e senso di sicurezza;
3. Individuazione di un giorno della settimana che sia sempre lo stesso
4. Individuazione di un orario che sia sempre lo stesso
5. Durata dell'incontro prestabilita e sempre uguale di circa 70 minuti

Il fatto che l'incontro sia strutturato in una modalità precisa trasmette al paziente un senso di stabilità, permettendogli di prepararsi mentalmente all'appuntamento successivo. La durata definita, inoltre, aiuta a riconoscere con chiarezza l'inizio e la conclusione della seduta, stabilendo un confine temporale ben delimitato. Questo contribuisce a generare sicurezza, a ridurre l'ansia e a incentivare la partecipazione regolare e serena a tutti gli incontri.

La comunità accoglie un'utenza eterogenea, composta da uomini e donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con storie personali molto diverse tra loro. Le patologie presenti spaziano dalla schizofrenia ai disturbi di personalità, fino a includere pazienti con ritardo mentale o forme di decadimento cognitivo. Mettere insieme tutte queste dimensioni non è un compito semplice, poiché le esigenze sono molteplici e non sempre facilmente conciliabili; tuttavia, alcune necessità risultano trasversali e comuni a più ospiti. La realizzazione di un progetto educativo o riabilitativo prende avvio dalla condivisione e dall'esplicitazione delle intenzioni all'interno del gruppo di lavoro, così che tutti i professionisti siano consapevoli della tipologia di intervento che verrà messo in atto. Successivamente, si procede a valutare come ogni figura professionale possa apportare il proprio contributo nello svolgimento del progetto. Per questo motivo, gli interventi devono essere chiaramente descritti e formalizzati attraverso l'elaborazione di un progetto strutturato e condiviso.

Durante il primo incontro, ci sarà uno spazio introduttivo in cui vengono illustrati obiettivi e modalità di svolgimento, così da favorire trasparenza e adesione consapevole.

Ogni incontro ha una durata complessiva di circa 70 minuti e segue una scansione temporale ben definita, così da garantire un equilibrio tra trasmissione di contenuti teorici, applicazione pratica e verifica dell'apprendimento. In apertura, viene somministrato un breve questionario, della durata di circa 10 minuti, costruito con domande semplici e mirate, con l'obiettivo di rilevare il livello di conoscenza iniziale dei partecipanti rispetto al tema che verrà trattato. Segue una fase teorica di circa 20 minuti, nella quale l'infermiere espone i contenuti principali in forma chiara e accessibile, adattando il linguaggio e gli esempi alla tipologia di pazienti presenti. A questa fase si collega l'attività laboratoriale, della durata di circa 20 minuti, che permette ai partecipanti di sperimentare concretamente quanto appreso e di tradurre le nozioni teoriche in competenze operative e gestuali. Al termine, viene proposto un test di verifica semplice e immediato, utile a valutare il grado di apprendimento e a consolidare i concetti chiave della durata di circa 10 minuti. L'incontro si chiude con uno spazio di domande, riflessioni e rimandi,

finalizzato a esplorare il livello di interesse suscitato e a raccogliere eventuali suggerimenti per gli incontri successivi.

Per stimolare la riflessione e il coinvolgimento, vengono utilizzate domande guida secondo la metodologia “Ask-Tell-Ask”: l’infermiere chiede al paziente di esprimere le proprie conoscenze pregresse, fornisce informazioni mirate e, infine, verifica la comprensione chiedendo di riformulare con parole proprie quanto appreso. Tale approccio si integra con tecniche di rinforzo e verifica, come il metodo del teach-back, che consiste nel sollecitare il paziente a ripetere o spiegare ciò che ha compreso, al fine di consolidare l’apprendimento ed evidenziare eventuali aree di fragilità. Infine, il feedback immediato, fornito dall’operatore durante l’attività laboratoriale o in risposta a un comportamento corretto, rappresenta un rinforzo positivo essenziale per motivare il paziente, aumentare la fiducia nelle proprie capacità e favorire la continuità del cambiamento.

Infine viene realizzata una dispensa da lasciare ai partecipanti con le informazioni principali affrontate negli incontri, raccolta di opuscoli e materiali provenienti da fonti scientifiche.

6.1 Sviluppo del progetto educativo

Nel contesto riabilitativo-psichiatrico non è sufficiente limitarsi a insegnare le buone norme di comportamento a tavola: è altrettanto importante sviluppare, nei partecipanti, una maggiore consapevolezza riguardo agli alimenti, ai nutrienti e alle corrette frequenze di consumo. Questo approccio integrato permette non solo di migliorare la qualità nutrizionale dei pasti, ma anche di promuovere scelte alimentari più autonome ed equilibrate. Inoltre, comprendere le motivazioni che stanno “dietro al cibo” facilita un’adesione più convinta e motivata alle regole, perché non vengono vissute come imposizioni ma come strumenti utili al proprio benessere.

Nella conduzione della lezione è importante utilizzare un linguaggio semplice e concreto, evitando frasi troppo lunghe o concetti complessi. È utile fornire una sola informazione per volta, così che i partecipanti abbiano il tempo di comprenderla e assimilarla.

Il ricorso a supporti visivi, come fotografie, pittogrammi o schede illustrative, ma anche esperienze olfattive e gustative, facilita molto l'apprendimento, soprattutto se accompagnato da ripetizioni e rinforzi positivi che aiutano a fissare i concetti.
Anche la struttura della lezione ha un ruolo fondamentale: seguire una traccia chiara, con tempi definiti e routine prevedibili, riduce l'ansia e rende più facile mantenere l'attenzione e l'adesione dei partecipanti.
Infine, il comportamento degli operatori stessi rappresenta un modello da seguire. Mostrare con l'esempio e coinvolgere attivamente i partecipanti nella costruzione del percorso formativo favorisce un apprendimento condiviso e più significativo.

6.2 Schema operativo di sviluppo del progetto

Tutti gli incontri del progetto seguono un medesimo schema operativo articolato in12/13 punti, adattato in base all'argomento trattato.
Questa struttura rappresenta il modello di riferimento per garantire **coerenza, continuità e uniformità metodologica** a ogni intervento educativo.
Nel contesto psichiatrico, tale sistematicità assume un valore particolarmente rilevante: aiuta il gruppo nel processo di apprendimento**,** riduce ansia e disorientamento, e favorisce **una partecipazione più attiva e consapevole** da parte
dei pazienti.
Il mantenimento di uno schema stabile e riconoscibile contribuisce inoltre a creare un ambiente prevedibile e rassicurante, condizione essenziale per l'efficacia degli interventi educativi e riabilitativi.
Di seguito ecco i vari punti in cui il progetto si sviluppa:

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Definire con chiarezza gli obiettivi formativi cognitivi, pratici e relazionali del percorso educativo.
b. Fornire all'infermiere una guida strutturata che orienti l'intervento, assicurando coerenza tra contenuti, metodi e obiettivi.
c. Promuovere un approccio educativo attivo e partecipativo, basato sull'ascolto, la motivazione e l'adattamento del linguaggio al livello dei partecipanti.

d. Integrare educazione sanitaria e relazione di cura, valorizzando il ruolo infermieristico nella promozione della salute e nell'empowerment del paziente.

In sintesi: Offrire all'infermiere un quadro chiaro di obiettivi e strategie per guidare l'apprendimento, stimolare la partecipazione e favorire cambiamenti duraturi negli stili di vita.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Promuovere l'acquisizione di conoscenze corrette su alimentazione, idratazione e comportamenti salutari.
b. Sviluppare abilità pratiche, come la lettura delle etichette, la pianificazione dei pasti e la scelta consapevole di alimenti e bevande.
c. Stimolare autonomia decisionale e senso di responsabilità nella gestione delle proprie abitudini quotidiane.
d. Rinforzare motivazione, consapevolezza e autostima, favorendo il mantenimento dei comportamenti appresi.
e. Rafforzare la coesione e la collaborazione all'interno del gruppo.

In sintesi: I partecipanti acquisiscono conoscenze, competenze pratiche e atteggiamenti positivi, sviluppando uno stile di vita più sano e consapevole.

3. Finalità dell'Accoglienza e del Setting

a. Creare un clima sereno e accogliente che riduca ansia e favorisca fiducia, motivazione e partecipazione.
b. Stabilire regole e obiettivi chiari, promuovendo un ambiente prevedibile e rassicurante.
c. Curare lo spazio in modo coerente con il tema educativo, valorizzando ordine, luminosità e accessibilità.
d. Favorire la coesione del gruppo e la partecipazione attiva fin dalle prime fasi dell'incontro.

In sintesi: Creare le condizioni emotive e ambientali ideali per un apprendimento sereno, motivante e partecipato.

4. Finalità del Questionario Iniziale

a. Rilevare conoscenze, abitudini e motivazioni dei partecipanti, adattando linguaggio e contenuti al livello reale del gruppo.
b. Individuare eventuali idee errate o stereotipi e comprendere i bisogni formativi.
c. Stimolare curiosità e coinvolgimento fin dall'inizio, rendendo i partecipanti protagonisti del percorso educativo.
d. Orientare la progettazione didattica e personalizzare le strategie d'intervento.

In sintesi: Strumento di diagnosi educativa utile per conoscere il gruppo, stimolare la partecipazione e costruire un percorso su misura.

5. Finalità della Lezione Teorica

a. Trasmettere conoscenze scientifiche corrette e comprensibili su alimentazione, idratazione e stili di vita salutari.
b. Spiegare il "perché" dei comportamenti sani, collegando teoria e vita quotidiana.
c. Creare un linguaggio comune e favorire la riflessione critica sui propri comportamenti.
d. Fornire le basi concettuali per le successive attività pratiche.

In sintesi: Fornire conoscenze solide e consapevolezza critica, ponendo le basi per un cambiamento duraturo e motivato.

6. Finalità delle Attività di Gruppo / Laboratorio Pratico

a. Applicare concretamente la teoria nella pratica quotidiana, consolidando le conoscenze acquisite.
b. Sviluppare autonomia, capacità di scelta e responsabilità personale.
c. Promuovere collaborazione, confronto e sostegno reciproco tra i partecipanti.
d. Rinforzare l'apprendimento attraverso esperienze concrete, ludiche e motivanti.

In sintesi: Trasformare il sapere in saper fare, favorendo partecipazione, autonomia e apprendimento esperienziale.

7. Finalità del Questionario Finale

a. Verificare conoscenze, abilità e atteggiamenti acquisiti, confrontandoli con i dati del questionario iniziale.
b. Valutare l'efficacia dell'intervento educativo e la qualità della metodologia utilizzata.
c. Stimolare la riflessione personale e la consapevolezza dei cambiamenti avvenuti.
d. Raccogliere feedback per migliorare le future attività educative.

In sintesi: Momento conclusivo di verifica e riflessione che consolida l'apprendimento e valuta l'impatto educativo complessivo.

8. Metodi da utilizzare

a. Adottare metodologie attive e partecipative (discussioni, giochi, laboratori, questionari) per favorire l'apprendimento esperienziale.
b. Alternare momenti teorici e pratici, collegando conoscenze e comportamenti.
c. Sfruttare il lavoro di gruppo e il confronto tra pari per rinforzare motivazione e autostima.
d. Utilizzare tecniche di comunicazione educativa (Ask–Tell–Ask, Teach–Back, Show–Me) per facilitare comprensione e autonomia.

In sintesi: Promuovere un apprendimento attivo, collaborativo e centrato sul partecipante, facilitando la traduzione delle conoscenze in comportamenti concreti.

9. Materiali e Setting

a. Allestire un ambiente accogliente, ordinato e funzionale, coerente con gli obiettivi formativi.
b. Fornire materiali didattici chiari e visivi: poster, schede, planner, questionari, immagini e strumenti pratici.
c. Utilizzare lo spazio e i materiali come strumenti di comunicazione del messaggio di salute e benessere.
d. Favorire la partecipazione attraverso supporti semplici, comprensibili e stimolanti.

In sintesi: Creare un contesto educativo armonico e coerente che sostenga la relazione, faciliti la comprensione e renda l'apprendimento piacevole e accessibile.

10. Finalità della Scheda Osservativa Infermieristica

a. Valutare partecipazione, attenzione, collaborazione e raggiungimento degli obiettivi formativi.
b. Osservare eventuali cambiamenti nei comportamenti, negli atteggiamenti e nella motivazione dei partecipanti.
c. Fornire dati condivisibili con l'équipe per personalizzare e migliorare gli interventi educativi.
d. Documentare i progressi, garantendo tracciabilità e continuità educativa nel tempo.

In sintesi: Strumento di monitoraggio infermieristico per valutare partecipazione, efficacia formativa e crescita del gruppo nel percorso educativo.

11. Riunioni di Follow-Up

a. Monitorare nel tempo l'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti dei partecipanti.
b. Rinforzare la motivazione al cambiamento e sostenere eventuali difficoltà o ricadute.
c. Valutare la continuità dei risultati e adattare gli interventi alle nuove necessità.
d. Mantenere un legame educativo e relazionale tra infermiere e gruppo, assicurando continuità assistenziale.

Sintesi: Garantire la prosecuzione del percorso educativo, consolidando nel tempo gli apprendimenti e i comportamenti salutari acquisiti.

12. Confronto Multidisciplinare

a. Condividere osservazioni e risultati tra infermiere, educatori, psicologo, dietista e operatori.
b. Integrare i dati raccolti (schede, questionari, osservazioni) per una valutazione globale del percorso.
c. Definire strategie comuni e personalizzate per sostenere i progressi dei partecipanti.
d. Rafforzare la collaborazione interprofessionale, migliorando coerenza e qualità del progetto educativo.

In sintesi: Promuovere il lavoro d'équipe come strumento di integrazione e continuità educativa, a sostegno del benessere complessivo dei partecipanti.

6.3 Lezione 1
La piramide alimentare e i gruppi alimentari

La prima lezione affronta un tema di importanza fondamentale per la promozione della salute: l'alimentazione equilibrata.
Mangiare in modo corretto non significa soltanto assumere cibo a sufficienza, ma garantire all'organismo tutti i nutrienti necessari per mantenere l'equilibrio delle sue funzioni vitali, favorendo energia, concentrazione, difese immunitarie e benessere psico-fisico complessivo. Per facilitare la comprensione e la costruzione di buone abitudini alimentari, viene introdotto il concetto di piramide alimentare**,** uno strumento visivo e immediato che rappresenta la varietà e la frequenza con cui i diversi gruppi di alimenti dovrebbero essere consumati. Alla base della piramide si trovano gli alimenti da assumere ogni giorno in quantità abbondanti, verdura, ortaggi e frutta fresca, ricchi di vitamine, fibre e acqua — mentre man mano che si sale compaiono i gruppi da consumare in porzioni moderate o occasionali: cereali e derivati, tuberi**,** principali fonti di energia; latte, derivati e alimenti proteici come carne, pesce, uova e legumi, fondamentali per la crescita e il mantenimento dei tessuti; infine, grassi da condimento, che pur essendo utili in piccole quantità, vanno usati con misura.
Le Linee guida per una sana alimentazione del CREA (2018) e i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ribadiscono che nessun alimento, preso singolarmente, può garantire tutti i nutrienti di cui il corpo ha bisogno. È quindi la varietà**,** l'alternanza consapevole dei diversi gruppi alimentari — a costituire la chiave di un'alimentazione sana ed equilibrata. Al contrario, diete monotone o sbilanciate, eccessivamente ricche di grassi, zuccheri o alimenti industriali, possono favorire l'insorgenza di disturbi metabolici, cardiovascolari e digestivi. Conoscere la piramide alimentare significa acquisire una mappa semplice per orientarsi nelle scelte quotidiane.
Saper riconoscere a quale gruppo appartiene ciascun alimento, comprenderne la funzione e la frequenza di consumo, aiuta a costruire pasti più equilibrati, migliorare

il proprio benessere e sviluppare un atteggiamento più consapevole e responsabile verso il cibo. Nel contesto della comunità psichiatrica, questa consapevolezza assume anche un **valore educativo e relazionale**: condividere momenti dedicati alla scoperta dei cibi e dei loro significati promuove autonomia, collaborazione e rispetto delle regole comuni, favorendo un clima positivo attorno al momento del pasto.

In questa prospettiva, la conoscenza della piramide alimentare e dei 5 principali gruppi alimentari non rappresenta solo un apprendimento teorico, ma una **vera e propria pratica educativa**, capace di generare comportamenti alimentari più sani, coerenti e sostenibili nel tempo.

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Far comprendere la logica della Piramide alimentare, evidenziando la relazione tra frequenza di consumo e importanza nutrizionale dei diversi alimenti.

b. Aiutare a riconoscere le 5 principali categorie alimentari:

- Cereali e derivati, tuberi
- Verdura e ortaggi
- Frutta
- Latte, derivati e alimenti proteici (carne, pesce, uova, legumi)
- Grassi e condimenti

b. Collegare alimenti e nutrienti: comprendere quali cibi forniscono energia, proteine, vitamine, minerali, fibre e grassi.

c. Promuovere la capacità di confronto e scelta consapevole tra alimenti appartenenti a categorie diverse o simili.

d. Favorire la partecipazione e la collaborazione di gruppo, rafforzando la motivazione e la responsabilità personale nelle scelte alimentari quotidiane.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Riconoscono e collocano correttamente almeno 10 alimenti nelle rispettive categorie.Sanno spiegare, con parole proprie, la funzione principale di ciascun gruppo alimentare.
b. Partecipano attivamente alla costruzione di una piramide alimentare collettiva.
   Dimostrano di comprendere il concetto di frequenza di consumo ("spesso / ogni giorno/con moderazione")
c. Collaborano nel gruppo, incoraggiando scelte alimentari corrette anche nei momenti di vita comunitaria.

Struttura della lezione (70') Indicazioni didattiche per l'infermiere

3. Accoglienza e setting (5')

a. Preparazione del materiale: poster della piramide, immagini di alimenti reali o fotografici, lavagna a fogli mobili, adesivi colorati, schede "Categorie alimentari" per ciascun partecipante.
b. Creare un ambiente accogliente e ordinato, con tavoli disposti a ferro di cavallo Breve introduzione motivazionale: "Oggi scopriremo insieme come si costruisce una giornata alimentare equilibrata e quali cibi fanno bene se consumati con la giusta frequenza".

4. Questionario iniziale (10')

Questionario 1 Domande iniziali

5. Lezione teorica (20') Contenuti principali:

a. Cos'è la Piramide alimentare e come si legge.
b. Quali sono le 5 categorie di alimenti e a cosa servono.
c. L'importanza dell'equilibrio e della varietà nel piatto.

6. Attività di gruppo / laboratorio pratico (20')

Gioco "Costruisci la tua piramide"

a. Dividere i partecipanti in piccoli gruppi.

b. Consegnare un set di carte con immagini di alimenti e una scheda vuota a forma di piramide.
c. Ogni gruppo costruisce la propria piramide collocando i cibi nelle sezioni corrette ("Alla base gli alimenti da mangiare ogni giorno, in alto quelli da limitare").
d. Al termine, i gruppi espongono brevemente la propria piramide e spiegano le scelte fatte.
e. Attività sensoriale (facoltativa, se possibile) Assaggio e confronto di piccoli campioni di alimenti semplici (es. pane integrale vs pane bianco, frutta fresca vs snack confezionato) per stimolare la percezione gustativa e il collegamento con la qualità nutrizionale.

7. Debriefing / Teach-Back, riepilogo e verifica comprensioni (10')

a. Questionario 2 Domande finali
b. Riepilogare insieme i messaggi chiave:

8. Metodi da utilizzare

a. Ask–Tell–Ask e Teach-Back per stimolare il dialogo e verificare la comprensione.
b. Apprendimento attivo attraverso gioco, osservazione e manipolazione di immagini.
c. Rinforzo positivo e feedback immediato.
d. Modellamento comportamentale (l'infermiere partecipa attivamente all'attività).
e. Uso di strumenti visivi e sensoriali per favorire la memorizzazione.

9. Materiali e setting

a. Poster grande della piramide alimentare.
b. Carte fotografiche di alimenti divise per categorie.
c. Schede individuali "Categorie alimentari" e "La mia piramide personale".
d. Lavagna a fogli mobili e adesivi colorati.

e. Pittogrammi e immagini motivazionali (piatto bilanciato, arcobaleno del cibo).
f. Spazio per piccoli gruppi, tavoli ben illuminati.
g. Piccolo tavolo “sensoriale” con alimenti veri per osservazione e confronto.

10. Scheda osservativa (tabella 6.I)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5’/10’):

a. Condivisione delle esperienze concrete
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti.
c. Rinforzare le buone abitudini.

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori: adattare le strategie educative e supportare la comunità nella costruzione di abitudini alimentari più equilibrate, favorendo il consumo regolare di frutta, verdura, cereali integrali e legumi, e riducendo l’assunzione di alimenti ricchi di zuccheri, grassi saturi e sale, in linea con i principi della piramide alimentare.

13. Diario alimentare di comunità (tabella 6.II)

Questionario 1

Domande iniziali - Inizio incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Qual è il tuo pasto preferito? Lo consideri "sano" o "meno sano"? Perché**?**
2. Quanto spesso mangi frutta e verdura (ogni giorno? qualche volta a settimana)?
3. Quante volte mangi dolci o snack in una settimana?
4. Bevi acqua? Quanti bicchieri al giorno?
5. Conosci le categorie (cereali, proteine, grassi, frutta/verdura, latticini)? Fai un esempio per ciascuna.
6. Quando pensi al cibo, quali alimenti ti vengono in mente per primi?
7. In quale gruppo metteresti pane e pasta? E la frutta?
8. **I** legumi (fagioli, ceci, lenticchie) sono verdure o proteine?
9. Qual è il tuo cibo preferito? In quale categoria lo metteresti

Questionario 2

Domande finali - fine incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Dimmi con parole tue, che cosa rappresenta la piramide alimentare?
2. Quali alimenti metteresti alla base? E in cima?
3. Perché è importante dare più spazio a frutta, verdura e cereali integrali?
4. Che cosa può accadere se mangiamo troppi dolci o snack?
5. Se un compagno sceglie spesso un alimento "di punta della piramide", quali alternative proporresti?
6. Dove collocheresti i legumi? Perché?
7. Qual è la funzione principale dei cereali?
8. Perché i grassi vanno usati in piccole quantità anche se sono importanti?

Tabella 6. I Criteri di osservazione

Lezione: "La piramide alimentare e i 5 gruppi alimentari principali"

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell'infermiere**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini alimentari. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione della piramide alimentare. ☐ Interviene con esempi personali (es. cosa mangia più spesso, cosa non gli piace, cosa considera "sano"). ☐ Collabora attivamente nelle attività pratiche di gruppo (costruzione piramide, classificazione alimenti).	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa descrivere cos'è la piramide alimentare e cosa rappresenta. ☐ Riconosce i 5 gruppi alimentari principali (cereali e tuberi; verdura e ortaggi; frutta; latte, derivati e proteine; grassi da condimento). ☐ Sa spiegare la funzione di base di ciascun gruppo (energia, crescita, protezione, regolazione). ☐ Comprende il concetto di frequenza di consumo (ogni giorno / con moderazione / occasionalmente).	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
	☐ Sa distinguere un alimento sano da uno da limitare o consumare raramente.	
Abilità pratiche	☐ Colloca correttamente alimenti o immagini nelle rispettive categorie durante le attività. ☐ Contribuisce alla costruzione della piramide alimentare di gruppo spiegando le proprie scelte. ☐ Sa confrontare due alimenti e dire se appartengono allo stesso gruppo o a gruppi diversi. ☐ Dimostra di ricordare le principali regole per una dieta equilibrata (varietà, moderazione, stagionalità).	
Atteggiamenti	☐ Collabora con i compagni in modo costruttivo e rispettoso. ☐ Mostra curiosità verso alimenti nuovi o poco conosciuti. ☐ Accetta con disponibilità di correggere eventuali errori di classificazione. ☐ Partecipa al riepilogo finale (Teach-Back) spiegando con parole proprie cosa ha imparato sulla piramide e sui gruppi alimentari.	

Modulo di valutazione

Tabella 6.II

Diario Alimentare di Comunità giornaliero

Nome: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Sezione	**Indicatori / Domande guida**
Obiettivo della giornata	Oggi voglio mangiare in modo equilibrato, rispettando la piramide alimentare. Mi impegno a: ☐ Includere frutta e verdura in almeno due pasti principali. ☐ Scegliere cereali o pane integrale come fonte di energia. ☐ Consumare alimenti proteici nella giusta quantità. ☐ Usare olio extravergine d'oliva con moderazione. ☐ Evitare dolci, fritti e cibi industriali.
Colazione	1. Ho fatto colazione. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 2. Ho scelto alimenti semplici e nutrienti. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 3. Ho evitato dolci confezionati o bevande zuccherate. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato
Pranzo	4. Ho inserito un piatto di verdura. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 5. Ho scelto cereali o pane integrale. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 6. Ho bilanciato carboidrati, proteine e verdure. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato

Sezione	Indicatori / Domande guida
Merenda / Pomeriggio	7. Ho fatto uno spuntino equilibrato. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 8. Ho mangiato frutta o yogurt invece di snack dolci o salati. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato
Cena	10. Ho scelto un pasto leggero ma completo. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 11. Ho evitato porzioni eccessive o cibi troppo grassi. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato 12. Ho incluso verdure anche a cena. ☐Si ☐No ☐Mi sono dimenticato
Benessere percepito	13. Mi sono sentito energico e leggero dopo i pasti. ☐Si ☐No 14. Ho digerito bene. ☐Si ☐No 15. Ho notato miglioramenti nel mio umore o nella concentrazione. ☐Si ☐No
Riflessione finale / Motivazione	15. Ho imparato qualcosa di nuovo oggi. ☐Si ☐No 16. Voglio ricordare un obiettivo per domani (es. “Mangiare più lentamente”, “Provare una verdura nuova”).

Diario alimentare

Tabella 6. III

Poster educativo

Promemoria I 5 gruppi alimentari

Gruppo alimentare	Esempi	Frequenza consigliata
Cereali e tuberi	Pane, pasta, riso, patate, cereali integrali	Ogni giorno
Verdura e ortaggi	Insalate, verdure cotte o crude, minestre	Ogni giorno
Frutta	Frutta fresca di stagione, spremute naturali	Ogni giorno
Latte, derivati e proteine	Yogurt, formaggi, carne, pesce, uova, legumi	3 porzioni alla settima
Grassi da condimento	Olio extravergine d'oliva, semi oleosi, frutta secca	Con moderazione

6.4 Lezione 2

Composizione del piatto equilibrato

Questa lezione approfondisce un concetto fondamentale della promozione della salute: la composizione equilibrata del pasto quotidiano

Il modello del “Piatto del Mangiar Sano” (Healthy Eating Plate), elaborato dalla Harvard T.H. Chan School of Public Health, rappresenta una guida semplice e visiva per costruire pasti bilanciati, che forniscono all’organismo i nutrienti essenziali nelle giuste proporzioni.

Mentre la Piramide Alimentare illustra la frequenza di consumo dei vari gruppi alimentari nel tempo, il Piatto del Mangiar Sano mostra come combinare gli alimenti in un singolo pasto, favorendo equilibrio, varietà e moderazione. Secondo le *Linee guida per una sana alimentazione* (CREA, 2018) e i documenti dell’*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS, 2020), il corretto bilanciamento dei pasti è uno strumento concreto per prevenire sovrappeso, diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e disturbi digestivi.

Il piatto ideale si compone di quattro settori principali:

a. ½ del piatto di verdura e frutta, privilegiando la varietà e la stagionalità;
b. ¼ di cereali integrali, come pasta o pane integrali, riso integrale, farro, orzo;
c. ¼ di proteine sane, provenienti da pesce, legumi, pollame, uova e in misura minore da latticini e carni rosse;
d. condimento con oli vegetali sani, come olio extravergine d’oliva, evitando burro e grassi idrogenati;
e. acqua come bevanda principale, limitando bibite zuccherate e alcol;
f. attività fisica quotidiana, parte integrante dello stile di vita sano.

Il modello del piatto bilanciato aiuta a visualizzare la giusta proporzione tra i gruppi alimentari e a riconoscere come anche piccole scelte quotidiane — come sostituire cereali raffinati con integrali o bere più acqua — possano migliorare significativamente il benessere generale.

Attraverso la conoscenza e l’applicazione del piatto equilibrato, i partecipanti possono acquisire una maggiore autonomia alimentare, migliorare la qualità dei pasti e sviluppare una consapevolezza più profonda del legame tra alimentazione, energia e benessere psico-fisico.

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Far comprendere la logica del "Piatto del Mangiar Sano", evidenziando la proporzione ideale tra i diversi gruppi alimentari all'interno del pasto.
b. Aiutare a riconoscere le componenti principali del piatto equilibrato:
   - Verdura e ortaggi (½ piatto)
   - Frutta (in abbinamento agli ortaggi, variando i colori)
   - Cereali integrali (¼ piatto)
   - Proteine sane (¼ piatto)
   - Grassi buoni e idratazione (olio d'oliva e acqua)
c. Collegare cibi e nutrienti: comprendere quali alimenti forniscono carboidrati complessi, fibre, proteine, vitamine e grassi sani.
d. Promuovere scelte consapevoli nella composizione del piatto quotidiano, riconoscendo alternative più salutari.
e. Favorire la partecipazione e collaborazione di gruppo, stimolando riflessione, confronto e senso di responsabilità verso il proprio benessere.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Riconoscono e sanno comporre un piatto equilibrato, collocando correttamente le diverse categorie alimentari.
b. Sanno spiegare la funzione principale di ciascun gruppo presente nel piatto.
c. Partecipano attivamente all'attività pratica di costruzione del piatto.
d. Dimostrano di comprendere il concetto di equilibrio e proporzione nel pasto quotidiano.
e. Collaborano nel gruppo, incoraggiando scelte alimentari corrette anche nei momenti comunitari.

Struttura della lezione (70')

3. Accoglienza e setting (5')

a. Preparazione del materiale: poster del "Piatto del Mangiar Sano", immagini di alimenti suddivisi per categorie, lavagna a fogli mobili, piatti di cartone, schede "Componi il tuo piatto".
b. Creare un ambiente sereno e luminoso, con i tavoli disposti a semicerchio.

c. Introduzione motivazionale: “Oggi impareremo come costruire un pasto equilibrato e sano, scoprendo insieme quanto è importante la giusta combinazione tra cibi diversi.”

4. Questionario iniziale (10’).

Questionario 1 Domande iniziali

5. Lezione teorica (20’) Contenuti principali:

a. Spiegare in modo chiaro e visivo:
b. Utilizzare poster, immagini e oggetti reali (piatti, bicchieri, porzioni simulate).
   - Le proporzioni del piatto (½ verdura e frutta, ¼ cereali integrali, ¼ proteine sane).
   - Il ruolo dell’acqua e dell’attività fisica.
   - L’importanza di variare colori e tipologie di alimenti.
c. Porre delle domande di stimolo come ad esempio:
d. “Se il piatto fosse solo di pasta, cosa mancherebbe?”, “Come puoi rendere più equilibrato un piatto di pizza o panino?”

6. Attività di gruppo / laboratorio pratico (20’)

Gioco: “Costruisci il tuo piatto ideale”

a. Dividere i partecipanti in piccoli gruppi.
b. Fornire immagini di alimenti (cereali, verdure, proteine, frutta, grassi).
c. Ogni gruppo compone un piatto su un cartoncino circolare, rispettando le proporzioni.
d. Presentazione finale e confronto tra i gruppi: “Quali scelte avete fatto e perché?”
e. Attività sensoriale (facoltativa). Confrontare piccoli assaggi: pane bianco vs pane integrale, acqua vs bibita zuccherata, olio vs burro, per stimolare il riconoscimento delle differenze qualitative.

7. Debriefing / Teach-Back, riepilogo e verifica comprensioni (10’)

c. Questionario 2 Domande finali (verifica formativa)
d. Riepilogare insieme i messaggi chiave

8. Metodi da utilizzare

Ask–Tell–Ask e Teach-Back per stimolare la riflessione. Apprendimento attivo con manipolazione di immagini e costruzione del piatto. Rinforzo positivo e feedback immediato. Uso di strumenti visivi e sensoriali per favorire la memorizzazione.

9. Materiali e setting

a. Poster grande del “Piatto del Mangiar Sano”.
b. Carte fotografiche di alimenti suddivise per categorie.
c. Schede individuali “Componi il tuo piatto”.
d. Lavagna a fogli mobili e adesivi colorati.
e. Pittogrammi e immagini motivazionali (acqua, movimento, equilibrio)
f. Piatti di cartone per simulazioni pratiche.
g. Tavolo sensoriale per piccoli assaggi comparativi.
h. Questionari
i. Poster educativo “la composizione del piatto equilibrato” (tabelle 6.V)

10. Scheda osservativa (tabella 6.VI)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5–10 minuti):

a. Condivisione delle esperienze concrete
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti.
c. Rinforzare le buone abitudini.

12. confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori: adattare le strategie educative e supportare la comunità nell’adozione di abitudini alimentari più equilibrate, favorendo la corretta composizione del piatto secondo i principi di varietà e proporzione tra i gruppi alimentari, incrementando il consumo di frutta, verdura e cereali integrali, e riducendo l’eccesso di zuccheri, grassi e cibi ultraprocessati.

13.Diario alimentare di comunità

Viene utilizzato lo stesso della lezione 1 (tabella 6.I)

Questionario 1

Domande iniziali Inizio incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Come appare di solito il tuo piatto a pranzo o cena?
2. Quanta verdura e frutta mangi ogni giorno?
3. Sai cosa significa “cereali integrali”? Li usi?
4. Quante volte mangi carne, pesce o legumi?
5. Qual è la tua bevanda principale ai pasti?
6. Usi spesso condimenti come burro o olio?
7. Pensi che il tuo modo di mangiare sia equilibrato? Perché?
8. Conosci il “Piatto del Mangiar Sano”?

Questionario 2

Domande Fine incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Cosa rappresenta il “Piatto del Mangiar Sano”?
2. Quali alimenti occupano metà del piatto?
3. Quali sono le proteine sane?
4. Perché è importante scegliere cereali integrali?
5. Qual è la bevanda più consigliata?
6. Come puoi rendere più equilibrato il tuo pasto quotidiano?
7. Perché il movimento è parte del piatto sano?
8. Cosa hai imparato oggi che puoi mettere in pratica?

Tabella 6.IV

Criteri di osservazione

Lezione: "La giusta e corretta composizione del piatto equilibrato"

Data: _____

Formatore: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell'educatore**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini alimentari e sulla composizione dei pasti. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione del piatto equilibrato (metodo "piatto sano"). ☐ Interviene con esempi personali (es. come compone solitamente il proprio pasto, cosa manca o eccede nel suo piatto abituale). ☐ Collaora attivamente nelle attività pratiche di gruppo (composizione del piatto con immagini o alimenti, discussione collettiva sulle scelte).	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa descrivere cos'è il piatto equilibrato e cosa rappresenta (modello visivo di un pasto bilanciato). ☐ Riconosce le tre componenti principali del piatto (verdura e ortaggi; carboidrati integrali; proteine di qualità). ☐ Sa spiegare l'importanza delle corrette	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'educatore
	proporzioni tra i diversi gruppi alimentari (½ verdure, ¼ cereali integrali, ¼ proteine). ☐ Comprende il ruolo di condimenti e bevande nel mantenere l'equilibrio del pasto. ☐ Sa distinguere una composizione corretta da una sbilanciata o poco salutare.	
Abilità pratiche	☐ Compone correttamente un piatto equilibrato scegliendo alimenti rappresentativi dei tre gruppi. ☐ Contribuisce alla realizzazione del piatto di gruppo, motivando le proprie scelte. ☐ Sa confrontare due piatti e riconoscere quale rispetta meglio i principi dell'equilibrio nutrizionale. ☐ Dimostra di ricordare le principali regole per un pasto equilibrato (varietà, proporzione, moderazione, idratazione).	
Atteggiamenti	☐ Collabora con i compagni in modo costruttivo e rispettoso. ☐ Mostra curiosità e apertura nel provare o considerare alimenti nuovi o più salutari. ☐ Accetta con disponibilità di correggere eventuali errori di composizione o abbinamento. ☐ Partecipa attivamente al riepilogo finale (Teach-Back) spiegando con parole proprie	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'educatore
	come si costruisce un piatto equilibrato e perché è importante per la salute.	

Tabella 6.V

Poster educativo

1. Verdura e ortaggi	½ piatto
2. Frutta (in abbinamento agli ortaggi, variando i colori)	
3. Cereali integrali	(¼ piatto)
4. Proteine sane	(¼ piatto)
5. Grassi buoni e idratazione (olio d'oliva e acqua)	

6.5. Lezione 3

L'importanza di una corretta idratazione

La terza lezione affronta un tema di rilevanza centrale per la salute: l'idratazione. Bere in maniera adeguata non significa semplicemente soddisfare la sensazione di sete, ma garantire al corpo l'apporto necessario per mantenere l'equilibrio delle sue funzioni vitali. L'acqua, infatti, è coinvolta in numerosi processi fisiologici, tra cui la digestione, la regolazione della temperatura corporea, la capacità di concentrazione e, più in generale, il benessere psico-fisico.

Non tutte le bevande, tuttavia, possiedono lo stesso valore nutrizionale. Le Linee guida per una sana alimentazione del CREA (2018) e i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ribadiscono che l'acqua rappresenta la scelta prioritaria e quotidiana. Al contrario, bevande zuccherate e gassate, così come succhi industriali, andrebbero consumati solo occasionalmente, poiché ricchi di zuccheri semplici associati a un aumentato rischio di sovrappeso e complicanze metaboliche. Il consumo di tè e caffè è accettabile, purché moderato, mentre l'assunzione di alcolici ed energy drink è controindicata e, in ambito comunitario psichiatrico, del tutto vietata: tali bevande, infatti, oltre a danneggiare la salute, interferiscono con la qualità del sonno e con le terapie farmacologiche in corso.

Acquisire consapevolezza rispetto a ciò che si beve significa quindi sviluppare un atteggiamento critico e responsabile, che contribuisce non solo alla tutela della salute individuale ma anche al rispetto delle regole condivise nella vita comunitaria. In questa prospettiva, l'idratazione non va intesa come un semplice atto fisiologico, bensì come una pratica educativa in grado di promuovere autonomia, consapevolezza e benessere collettivo.

1. Obiettivi educativi e guida didattica dell'infermiere

a. Evidenziare perché l'idratazione è essenziale. Fondamentale per motivare il cambiamento: comprendere *il perché* aiuta ad aderire alle buone abitudini.
b. Pianificare la giornata dei liquidi**.** Favorisce l'autonomia e la strutturazione di una routine quotidiana stabile, riducendo dimenticanze o disinteresse.

c. Saper scegliere bevande alternative più adatte. Promuove la capacità decisionale e la sostituzione consapevole di bevande scorrette con alternative salutari.
d. Rispettare le regole comunitarie su alcol e bevande eccitanti serali. Rinforza la responsabilità, la sicurezza e la coerenza con il contesto terapeutico-comunitario.
e. Far assumere responsabilità personale e collaborare nel gruppo. Favorisce l'apprendimento reciproco e il mantenimento del comportamento corretto nel tempo.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Bevono regolarmente acqua ai tre momenti-chiave (mattino, pranzo, pomeriggio) ≥4 giorni su 5.
b. Sostituiscono bibite zuccherate con acqua o infusi nella maggior parte delle occasioni.
c. Mantengono il consumo di caffeina entro limiti prudenti non più di 3 tazze di caffè/die; no alla sera).
d. Evitano completamente bevande alcoliche (regolamento di comunità).
e. Conoscono e riferiscono almeno 3 segnali di disidratazione e 3 strategie preventive.

Struttura della lezione (70')

3. Accoglienza e setting (5')

a. Preparazione del materiale: Caraffe di acqua e infusi non zuccherati disposte sui tavoli.
b. Bicchieri graduati, borracce personali,

4. Questionario iniziale (10').

Questionario 1 Domande iniziali

5. Lezione teorica (20') Contenuti principali:

a. L' importanza di idratarsi, cosa bere e cosa limitare, quanto bere.

b. Mostrare le varie bevande (bottiglie reali o immagini) e invitare i partecipanti a classificarle nel semaforo delle bevande (verde/giallo/rosso)
c. spiegare in modo semplice i rischi delle bevande zuccherate e della caffeina
d. spiegare la pericolosità dell'alcol associata alla terapia, utilizzare esempi concreti
e. spiegare perché the e caffè la sera possono disturbare il sonno

6. Attività di gruppo / laboratorio pratico (20')

"Planner dei liquidi"

a. Ogni partecipante riceve una scheda con la giornata suddivisa in fasce orarie (mattina, pranzo, pomeriggio, sera).
b. Compila la propria routine ideale indicando quando e quanto bere.
c. Il formatore guida con esempi ("Un bicchiere al risveglio, uno a metà mattina…").
d. "Sostituzioni intelligenti"
e. Presentare 5 esempi di bevande (bibita zuccherata, energy drink, succo, caffè serale, acqua aromatizzata).
f. Chiedere di scegliere l'alternativa migliore e spiegare la motivazione.

7. Debriefing / Teach-Back, riepilogo e verifica comprensioni (10')

a. Questionario 2 Domande finali (verifica formativa)
b. Riepilogare insieme i messaggi chiave

8. Metodi da utilizzare

a. Ask–Tell–Ask e Teach-Back per rinforzare la comprensione.
b. Modellamento comportamentale (il formatore beve insieme al gruppo).
c. Rinforzo positivo e feedback immediato.
d. Uso di poster, caraffe reali, borracce, e schede "Planner dei liquidi".
e. Debriefing finale con richiamo dei messaggi chiave e simboli visivi (semaforo verde/giallo/rosso).

9. Materiali e setting

a. Bevande reali o immagini: acqua naturale e frizzante, infusi/tisane, succhi, bibite zuccherate, energy drink, caffè e tè. Possibilmente in doppia versione (es. infuso non zuccherato vs tè freddo industriale) per favorire il confronto.
b. Poster "Bevande: semaforo" con tre colonne colorate: (tabella 3)
c. Verde: acqua, infusi, tisane, acqua aromatizzata.
d. Giallo: caffè, tè, succhi 100% frutta (in piccole quantità).
e. Rosso: bibite zuccherate, energy drink, alcolici.
f. Ogni partecipante assegna la bevanda al colore corretto.
g. Caraffe e bicchieri graduati sui tavoli + borracce personali con tacche, per dimostrare la quantità di un bicchiere
h. Poster "Le 3 regole d'oro dell'idratazione" e "Bevande: semaforo dei colori".
i. Pittogrammi e immagini motivazionali (bottiglia, gocce, orologio, caraffa)
j. Lavagna a fogli mobili / cartellone .
k. Esperienza sensoriale: confronto tra diverse bevande (es. acqua naturale, acqua frizzante, infuso non zuccherato, bibita dolce) per riconoscere differenze di gusto e sensazione di sete, collegando la percezione sensoriale alla scelta consapevole di cosa bere ogni giorno.

10. Scheda osservativa (tabella 6. VI)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5–10 minuti):

a. Condivisione delle esperienze concrete
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti.
c. Rinforzare le buone abitudini.

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori: adattare le strategie educative e supportare la comunità nell'adozione di abitudini di idratazione più corrette**,** favorendo il consumo regolare di acqua e infusi e riducendo l'assunzione di bevande zuccherate, energy drink e caffeina serale**.**

13. Diario di idratazione di comunità settimanale (tabella 6.VII)

Questionario 1

Domande Inizio incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Quanta acqua bevi in un giorno? In quali momenti?
2. Che bevande prendi di solito ai pasti? E fuori pasto?
3. Usi bibite zuccherate, succhi, tè freddi in bottiglia o energy drink? Quanto spesso?
4. Bevi caffè o tè? Quante tazze al giorno? Entro che ora del pomeriggio?
5. Conosci i rischi dell'alcol sulla salute e sull'umore/sonno?
6. Se senti poca sete, come ti ricordi di bere?

Questionario 2

Domande fine incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Quali sono 3 benefici del bere acqua regolarmente?
2. Indica 3 bevande da preferire ogni giorno e 2 da limitare e perchè
3. Perché le bibite zuccherate vanno limitate secondo le linee guida OMS/CREA?
4. Perché in comunità l'alcol è vietato anche "in piccole quantità"?
5. Quanta caffeina al massimo è considerata sicura nell'adulto sano e perché la sera è meglio evitarla?
6. Se non senti sete, quali strategie puoi usare per ricordarti di bere?

Tabella 6.VI

Criteri di osservazione

Lezione: L'importanza di una corretta idratazione

Data: _____

Formatore: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell'infermiere**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini di idratazione. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione. ☐ Interviene con domande o esempi personali (es. quando beve, cosa preferisce bere).	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa spiegare perché è importante bere regolarmente durante la giornata. ☐ Riconosce quali bevande privilegiare, quali limitare e quali sono vietate in comunità. ☐ Sa riferire almeno 3 segnali di disidratazione e 3 strategie per prevenirla.	
Abilità pratiche	☐ Compila correttamente il "Planner dei liquidi" (giornata tipo). ☐ Sa scegliere l'alternativa più salutare tra due bevande.	

	☐ Dimostra di ricordare le 3 regole d'oro dell'idratazione.	
Atteggiamenti	☐ Collabora con i compagni durante le attività pratiche e i momenti di gruppo. ☐ Mostra autonomia nel monitorare la propria assunzione di acqua o nel proporre strategie per bere di più. ☐ Rispetta le regole comunitarie (no alcol, limitazione della caffeina serale). ☐ Partecipa al riepilogo finale (Teach-Back) spiegando con parole proprie ciò che ha imparato.	

Tabella 6.VII

Diario di Idratazione di Comunità

Nome: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Sezione	Indicatori / Domande guida	Osservazioni o risposte del partecipante
Obiettivo della giornata	Oggi voglio bere almeno _____ bicchieri d'acqua. **Mi impegno a:** • Bere ai pasti principali (colazione, pranzo, cena). • Bere anche tra un pasto e l'altro. • Scegliere acqua o infusi non zuccherati. • Evitare bibite zuccherate, energy drink e caffè la sera.	
Mattina	Ho bevuto? Quando? Che tipo di bevanda ho scelto? Ho ricordato di bere appena sveglio o durante la colazione?	
Mezzogiorno / Pranzo	Ho ricordato di bere a tavola? Quanta acqua ho preso? Ho scelto acqua o altre bevande?	
Pomeriggio	Ho bevuto durante le attività o mentre ero in sala comune? Ho portato con me una bottiglia d'acqua?	
Sera	Ho bevuto acqua o tisana dopo cena? Ho evitato caffeina o bibite zuccherate la sera?	
Benessere percepito	Ho avuto sete, stanchezza, mal di testa o bocca secca?	

Sezione	Indicatori / Domande guida	Osservazioni o risposte del partecipante
	Mi sono ricordato di bere con facilità? Mi sono sentito meglio rispetto ai giorni precedenti?	
Riflessione finale / Motivazione	Cosa ho imparato o voglio ricordare per domani? (Esempi: “Voglio bere un bicchiere d’acqua in più al pomeriggio”, “Preparerò una tisana serale”).	

Tabella 6.VIII

Poster educativo

Il semaforo delle bevande

VERDE — Da bere liberamente	**GIALLO — Con moderazione**	**ROSSO — Da evitare assolutamente**
Fanno bene e idratano in modo naturale.	Puoi berle ogni tanto, ma senza esagerare.	Possono danneggiare la salute e sono vietate in comunità.
Acqua La bevanda migliore: depura, idrata, favorisce concentrazione e benessere.	Caffè 1–2 tazzine al giorno; evita la sera per non disturbare il sonno.	Bibite zuccherate Contengono molto zucchero, favoriscono sovrappeso e carie.
Infusi e tisane calde o fredde, senza zucchero; aiutano il relax e l'idratazione.	Tè, meglio se verde o deteinato; contiene caffeina, quindi da limitare.	Energy drink sono vietati: eccesso di zuccheri e caffeina, possono provocare agitazione, tachicardia e ansia.
Acqua aromatizzata, con menta, limone, frutta o cetriolo: gusto naturale e senza zucchero.	Succhi 100% frutta Solo piccoli bicchieri (max 1 al giorno), meglio se diluiti con acqua.	Alcolici Vietati, disidratano, alterano umore, sonno e interagiscono con i farmaci.
Obiettivo quotidiano: bere almeno 6–8 bicchieri di bevande del gruppo verde.	Ricorda: anche se sembrano "naturali", tè, caffè e succhi contengono zuccheri o sostanze stimolanti.	Energy drink e alcolici *sono* assolutamente vietati *nella vita comunitaria.*

6.6. Lezione 4

Leggere le etichette

La quarta lezione è dedicata a un aspetto molto pratico e utile: imparare a leggere e capire davvero le etichette degli alimenti. Ogni giorno facciamo scelte alimentari

davanti agli scaffali del supermercato, spesso guidati da confezioni colorate e slogan accattivanti che, però, non sempre corrispondono alla realtà. Per questo saper leggere bene un'etichetta diventa uno strumento concreto di autonomia e di tutela della nostra salute.L'etichetta non è solo un obbligo di legge: è una fonte preziosa di informazioni. Ci permette di sapere quali ingredienti contiene un prodotto, di riconoscere zuccheri, grassi e sale in eccesso e di distinguere ciò che è davvero importante dalle frasi pubblicitarie stampate sulla confezione. Imparare a decifrarla significa sviluppare uno sguardo più critico e consapevole, andando oltre l'apparenza per fare scelte più equilibrate, in linea con le raccomandazioni ufficiali di enti come il CREA, il Ministero della Salute e l'OMS.In una comunità psichiatrica, questa abilità assume un valore particolare: non solo aiuta a seguire uno stile di vita più sano, ma rafforza l'autonomia nelle decisioni quotidiane e favorisce la partecipazione attiva alle regole alimentari condivise. In questo modo, leggere un'etichetta non resta un gesto tecnico, ma diventa un passo concreto verso maggiore responsabilità personale e benessere collettivo.

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Evidenziare che l'etichetta alimentare è obbligatoria (Reg. UE 1169/2011).
b. Illustrare i campi principali: lista ingredienti, allergeni, tabella nutrizionale, claim.
c. Spiegare i nutrienti critici (zuccheri, grassi saturi, sale).
d. Stimolare lo sviluppo di uno sguardo critico sulle confezioni e sui messaggi pubblicitari.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Sapere che l'etichetta è obbligatoria e regola cosa deve essere scritto.
b. Riconoscono gli ingredienti,: allergeni e nutrienti critici.
c. Confrontano due prodotti simili e scegliere quello più equilibrato.
d. Non si lasciano ingannare da scritte come "light" o "naturale".
e. Hanno curiosità e spirito critico quando si fa la spesa.
f. Sostengono le regole alimentari comuni della comunità.

Struttura della lezione (70')

3. Accoglienza e setting (5')

a. Predisporre l'aula o lo spazio educativo in modo ordinato e luminoso, con tavoli per l'attività pratica di confronto tra prodotti.
b. Esporre il poster "Leggere e comprendere le etichette alimentari" con immagini, pittogrammi e colori del semaforo nutrizionale.
c. Allestire un piccolo "angolo spesa educativa" con confezioni reali o simulate di alimenti da analizzare

4. Questionario iniziale (10').

Questionario 1 Domande iniziali

5. Lezione teorica (20') Contenuti principali

a. Spiegazione interattiva delle tre parti principali dell'etichetta
b. lista ingredienti
c. tabella nutrizionale
d. claim pubblicitari

6. Attività di gruppo/gioco (20')

a. Confronto pratico tra due prodotti simili (es. biscotti integrali vs raffinati; yogurt zuccherato vs naturale).
b. Applicazione del "semaforo nutrizionale"**:** i partecipanti assegnano verde/giallo/rosso a zuccheri, grassi e sale.
c. Discussione collettiva su claim e slogan trovati sulle confezioni.

7. Debriefing/Teach-Back – riepilogo e verifica comprensioni (10')

Questionario 2 Domande finali (verifica formativa)

8. Metodi da utilizzati

a. Ask–Tell–Ask, Teach-Back, lavoro pratico con confezioni reali, rinforzo positivo.
b. Teach-Back per verificare la comprensione.
c. Uso di poster, etichette ingrandite e schede semaforo.
d. Confronto guidato tra prodotti simili.

e. Debriefing con richiamo dei messaggi chiave.

9. Materiali e setting

a. Confezioni reali di prodotti di uso quotidiano (biscotti, cereali, yogurt, bevande, snack), possibilmente in doppia versione (es. zuccherato vs senza zuccheri, integrale vs raffinato).
b. Poster/Cartellone (Tabella 6.X)
c. Etichette ingrandite stampate su fogli A3 o proiettate (per mostrare lista ingredienti, tabella nutrizionale e claim).
d. Schede con semaforo nutrizionale (verde/giallo/rosso)
e. Carte/immagini di claim pubblicitari ("senza zuccheri aggiunti", "light", "naturale", "integrale")
f. Lavagna a fogli mobili o foglio grande per raccogliere le osservazioni dei gruppi

10. Scheda osservativa (tabella 6.IX)

11. riunioni di follow-up

Ogni settimana (5-10 minuti):

a. Condivisione delle esperienze concrete: raccontare se e quando si è provato a leggere le etichette durante la spesa o i pasti.
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti: controllare se i partecipanti prestano attenzione alle informazioni nutrizionali e agli ingredienti.
c. Rinforzare le buoni abitudini: valorizzare chi sceglie prodotti con meno zuccheri, grassi o saturi di sale.
d. Proporre piccole sfide: "questa settimana proviamo a leggere sempre l'etichetta prima di acquistare un prodotto nuovo".

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori: adattare le strategie educative e supportare la comunità nell'acquisizione di competenze pratiche sulla lettura e l'interpretazione delle etichette alimentari. L'obiettivo comune è favorire scelte più consapevoli e salutari, aiutando gli utenti a

riconoscere gli ingredienti, le informazioni nutrizionali e i principali elementi da limitare (zuccheri, grassi saturi, sale). Parallelamente, si intende ridurre comportamenti disfunzionali come l'acquisto impulsivo, la scelta di prodotti solo in base al gusto o alla confezione, e la scarsa attenzione alle informazioni riportate, promuovendo autonomia, responsabilità e spirito critico nelle decisioni alimentari quotidiane.

Questionario 1

Domande iniziali

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1 Ti è mai capitato di leggere l'etichetta di un alimento al supermercato? Se sì, cosa guardi per prima cosa?
2 Sai cosa significa "ingredienti" e in che ordine sono scritti?
3 Hai mai notato la tabella nutrizionale (calorie, grassi, zuccheri, sale)? Sai interpretarla?
4 Secondo te, se un prodotto è "light" o "senza zuccheri aggiunti", significa che è automaticamente salutare?
5 Quali bevande o snack scegli di solito? Guardi l'etichetta prima di prenderli?
6 Ti capita di scegliere un prodotto solo per la pubblicità o per l'immagine sulla confezione?

Questionario 2

Domande finali

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Perché è importante leggere le etichette alimentari ?
2. Cosa significa quando un ingrediente compare per primo nella lista?
3. Quali sono i tre nutrienti critici da tenere sotto controllo per la salute?
4. Come si utilizza il "semaforo nutrizionale" per scegliere in modo più sano?
5. Cosa può nascondersi dietro parole come "light", "senza zuccheri aggiunti" o "naturale"?
6. Se dovessi confrontare due merendine o due yogurt, quali elementi controlleresti per scegliere quello più equilibrato?

Tabella 6.IX

Criteri di osservazione

Lezione: leggere e comprendere le etichette alimentari

Data: _____

Formatore: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini alimentari e la lettura delle etichette. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione teorica. ☐ Interviene con domande o esempi personali (es. prodotti che acquista, cosa guarda per primo sull'etichetta). ☐ Partecipa attivamente alle attività pratiche di gruppo (es. confronto tra prodotti, gioco del "semaforo nutrizionale").	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa spiegare a cosa serve leggere l'etichetta e quali informazioni principali contiene. ☐ Riconosce le tre parti fondamentali: lista ingredienti, tabella nutrizionale, claim pubblicitari. ☐ Sa individuare i nutrienti critici (zuccheri, grassi, sale) e spiegarne il significato in termini di salute. ☐ Sa distinguere tra informazioni obbligatorie e facoltative sull'etichetta.	
Abilità pratiche	☐ Confronta correttamente due prodotti simili e motiva la scelta più sana. ☐ Utilizza correttamente il "semaforo nutrizionale" per classificare zuccheri, grassi e sale.	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
	☐ Sa interpretare un claim o una dicitura ingannevole ("light", "senza zuccheri aggiunti", "naturale"). ☐ Dimostra capacità di applicare i criteri appresi in contesti reali o simulati di acquisto.	
Atteggiamenti	☐ Mostra curiosità e spirito critico verso i prodotti alimentari. ☐ Dimostra volontà di migliorare le proprie scelte alimentari. ☐ Collabora positivamente nelle attività di gruppo e nel confronto con i compagni. ☐ Mostra coerenza tra quanto appreso e le scelte riferite nella vita quotidiana. ☐ Partecipa al riepilogo finale (Teach-Back) esprimendo con parole proprie ciò che ha imparato o deciso di modificare nelle proprie abitudini di acquisto.	

Tabella 6.X

Poster educativo

1. PERCHÉ LEGGERE L'ETICHETTA?

1. Ti aiuta a **capire cosa stai mangiando**.	2. Permette di **scegliere prodotti più sani** e adatti alle tue esigenze.
3. Ti protegge da **informazioni**	4. È un gesto di **cura verso te stesso e la tua salute**.

pubblicitarie ingannevoli.	

2. LE 3 PARTI FONDAMENTALI

Sezione	Cosa contiene	Cosa osservare
Lista ingredienti	Tutti gli elementi del prodotto (in ordine decrescente di quantità).	I primi ingredienti sono quelli più presenti. Attenzione a zuccheri, grassi, sale, additivi.
Tabella nutrizionale	Valori di energia, grassi, carboidrati, zuccheri, fibre, proteine, sale.	Confronta 100 g di prodotto, non la porzione. Preferisci valori più bassi di zuccheri, sale e grassi saturi.
Claim pubblicitari	Frasi come “light”, “senza zuccheri aggiunti”, “naturale”.	Non sempre significano “sano”! Leggi sempre l’etichetta per verificarlo.

3. IL SEMAFORO NUTRIZIONALE

Colore	Significato	Azione
Verde	Quantità bassa di zuccheri, grassi o sale	Consumo libero e regolare
Giallo	Quantità media	Consumo moderato
Rosso	Quantità alta	Da limitare o evitare

6.7 Lezione 5

Comportamenti a tavola, igiene e regole di convivenza in comunità psichiatrica

La quinta lezione affronta Il momento del pasto che non rappresenta solo un’occasione per nutrirsi, ma un vero e proprio spazio educativo, relazionale e riabilitativo.

Mangiare insieme diventa un’esperienza di cura reciproca, in cui si apprendono comportamenti sociali, regole di rispetto e routine di igiene quotidiana fondamentali per la salute e la convivenza.

Tra queste, assumono particolare importanza **il** lavaggio accurato delle mani prima dei pasti **e la** pulizia dei denti dopo aver mangiato**:** gesti semplici che, nel contesto comunitario, assumono anche un valore educativo e simbolico, come segno di rispetto verso sé stessi e verso gli altri.
Promuovere tali comportamenti significa favorire la consapevolezza che l'igiene personale è parte integrante della salute e del benessere mentale**.**
Durante i pasti è fondamentale mantenere un ambiente sereno, ordinato e silenzioso**,** evitando l'uso di cellulari e la presenza di televisione accesa**,** per favorire la concentrazione sul momento conviviale e il dialogo con gli altri.
Allo stesso modo, è importante mantenere ordine e pulizia del proprio posto a tavola dopo aver mangiato, come gesto di responsabilità e rispetto collettivo.
Le regole comportamentali a tavola contribuiscono a creare un clima prevedibile e rassicurante, elementi essenziali per ridurre ansia, disorientamento e tensioni relazionali.
Ogni gesto, lavarsi le mani, attendere il proprio turno, masticare con calma, riordinare il posto, diventa una pratica quotidiana di educazione alla cura di sé e alla convivenza**.**

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Promuovere comportamenti corretti, rispettosi e igienici durante e dopo i pasti.
b. Favorire la comprensione del valore del lavaggio delle mani prima dei pasti e della cura dei denti dopo come parte della routine di salute quotidiana.
c. Sviluppare autocontrollo, calma e rispetto nei momenti di socialità a tavola.
d. Rinforzare la responsabilità personale e la collaborazione nel mantenere ordine, pulizia.
e. Stimolare la regolarità delle abitudini, una routine quotidiana, come strumento di autonomia e autostima.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Riconoscono e rispettano le principali regole comportamentali e igieniche a tavola.

b. Si lavano le mani prima dei pasti e ricordano di lavarsi i denti dopo aver mangiato.
c. Mantengono un comportamento ordinato, calmo e rispettoso durante il pasto.
d. Collaborano attivamente con i compagni e aiutano chi ha più difficoltà motorie o cognitive.
e. Contribuiscono a mantenere un clima sereno, pulito e accogliente nella sala da pranzo.

Struttura della lezione (70')

3. Accoglienza e setting (5')

a. Predisporre la sala da pranzo in modo ordinato e accogliente.
b. Esporre il poster **"**Le buone regole a tavola" con immagini o pittogrammi illustrativi.
c. Inserire un piccolo "punto igiene mani" come routine di ingresso.
d. Introduzione motivazionale**:** "Mangiare insieme è un momento importante: non solo per nutrirsi, ma per stare bene con sé stessi e con gli altri. Le regole a tavola servono per rendere il pasto piacevole, ordinato e rispettoso."

3. Questionario iniziale (10')

Questionario 1 Domande iniziali

5 Lezione teorica (20') Contenuti principali:

a. L'importanza del comportamento corretto e dell'igiene personale nella vita comunitaria.
b. Lavarsi le mani prima dei pasti: quando, come e perché.
c. Il significato delle regole come strumento di rispetto e sicurezza.
d. L'importanza di non usare il cellulare durante i pasti e tenere la TV spenta
e. L'importanza di mantenere il proprio posto pulito
f. L'importanza di mangiare lentamente e tutti insieme
g. Differenza tra comportamenti adeguati e inadeguati a tavola.

6. Attività di gruppo / laboratorio pratico (20') Gioco "La tavola perfetta e pulita"

a. Dividere i partecipanti in piccoli gruppi.
b. Ogni gruppo riceve carte con comportamenti corretti o scorretti ("si lava le mani", "usa il cellulare", "aiuta un compagno", "parla a voce alta", "lava i denti dopo").
c. Compito: costruire un tabellone "Cosa fare / Cosa evitare" e spiegare perché.
d. Rinforzo positivo ai gruppi che includono spontaneamente l'igiene prima e dopo i pasti.
e. **Attività sensoriale (facoltativa):**
   Simulazione di una "tavola reale" dove i partecipanti si esercitano a rispettare le regole: mani pulite, tono di voce, ordine e sparecchio finale.

7. Debriefing/Teach-Back – riepilogo e verifica comprensioni (10')

Questionario 2 Domande finali

8. Metodi utilizzati

a. Ask–Tell–Ask per favorire la riflessione personale.
b. Teach-Back per verificare la comprensione.
c. Apprendimento esperienziale**:** gioco, simulazione e dimostrazione.
d. Rinforzo positivo**:** valorizzare chi ricorda le routine igieniche.
e. Osservazione diretta nei pasti successivi.

9. Materiali e setting

a. Poster "Le buone regole e l'igiene a tavola". (Tabella 6. XII)
b. Pittogrammi "mani pulite prima – denti puliti dopo".
c. Carte gioco "Cosa fare / Cosa evitare".
d. Lavagna per riepilogo.
e. Punto igiene simbolico (sapone, spazzolino illustrativo, tovagliolo).
f. Questionari
g. Poster educativo (tabella 6.XIII)

10. Scheda osservativa (Tabella 6. XI)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5–10 minuti):

a. Condivisione delle esperienze concrete
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti.
c. Rinforzare le buone abitudini.
d. Proporre piccole sfide ("questa settimana ricordiamoci sempre i denti dopo cena").

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori: adattare le strategie educative e supportare la comunità nell'adozione di abitudini comportamentali più corrette durante i pasti**,** promuovendo un clima sereno e rispettoso.

L'obiettivo comune è favorire il mangiare con calma e consapevolezza**,** l'uso appropriato degli strumenti (posate, tovagliolo), **il** rispetto dei tempi collettivi,e la collaborazione nel riordino**.** Parallelamente, si intende ridurre i comportamenti disfunzionali come distrazioni da TV o cellulare, fretta nel mangiare, tono di voce elevato o scarsa attenzione all'ordine, rafforzando routine quotidiane di cura di sé, rispetto e convivenza positiva**.**

Questionario 1

Domande iniziali

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Ti ricordi sempre di lavarti le mani prima di mangiare?
2. Sai perché è importante farlo?
3. Ti capita di lavarti i denti dopo aver mangiato?
4. Come ti senti quando mangi in gruppo?

5. Cosa ti dà fastidio a tavola?
6. Ti capita di avere fretta di finire?
7. Ti piace aiutare gli altri durante i pasti?
8. Perché è importante mantenere la tavola pulita?
9. Cosa succede se parliamo o urliamo tutti insieme?
10. Qual è una buona regola che secondo te aiuta a stare meglio a tavola?

Questionario 2

Domande finali

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Qual è la prima cosa da fare prima di sedersi a tavola?
2. Perché è importante lavarsi le mani?
3. Quando bisogna lavarsi i denti?
4. Come possiamo rendere i pasti più calmi e piacevoli?
5. Cosa succede se mangiamo di fretta?
6. Cosa puoi fare per aiutare a tenere pulita la tavola?
7. Perché è importante rispettare gli altri mentre si mangia?
8. Cosa hai imparato oggi che puoi mettere in pratica?
9. Ti sei sentito più sereno parlando di queste regole?

Tabella 6.XI

Criteri di osservazione

Lezione: “Comportamenti corretti a tavola”

Data: _____

Formatore: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell’infermiere**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini e i comportamenti a tavola. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione delle regole. ☐ Interviene con esempi personali o osservazioni sui propri comportamenti durante i pasti. ☐ Partecipa attivamente alle attività di gruppo e ai giochi educativi (“La tavola ideale”).	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa spiegare perché è importante seguire regole comuni durante i pasti. ☐ Riconosce i principali comportamenti corretti e scorretti (es. parlare a voce bassa, non usare il cellulare, sparecchiare). ☐ Comprende il significato delle regole in termini di rispetto, salute e convivenza. ☐ Sa indicare almeno tre buone pratiche da applicare quotidianamente (es. iniziare	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
	e finire insieme, aiutare chi ha difficoltà, mantenere il posto pulito).	
Abilità pratiche	☐ Dimostra di saper applicare le regole comportamentali durante la simulazione o i pasti reali. ☐ Mantiene un comportamento adeguato: tono di voce moderato, postura corretta, calma durante il pasto. ☐ Utilizza correttamente gli strumenti a tavola (posate, tovagliolo). ☐ Collabora nel riordino del proprio posto dopo il pasto. ☐ Mostra capacità di autocontrollo in situazioni di possibile conflitto o disordine.	
Atteggiamenti	☐ Dimostra disponibilità ad aiutare i compagni con difficoltà (es. servire l'acqua, passare il pane). ☐ Rispetta i tempi collettivi: attende che tutti siano serviti e termina insieme al gruppo. ☐ Accoglie con atteggiamento positivo il confronto e le regole comuni. ☐ Mostra attenzione all'igiene personale (mani pulite prima, bocca pulita dopo) come parte della routine. ☐ Contribuisce a creare un clima sereno e collaborativo durante i pasti.	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
	☐ Partecipa al riepilogo finale (Teach-Back) esprimendo con parole proprie ciò che ha imparato o scelto di migliorare.	

Tabella 6. XII

Poster educativo "Le buone regole e l'igiene a tavola"

Regola	Cosa fare o evitare	Motivazione (in comunità)
Lavarsi le mani prima dei pasti	Lavarsi sempre le mani con acqua e sapone prima di entrare in sala.	Favorisce igiene e salute, riduce infezioni e insegna la cura di sé.
Lavarsi i denti dopo aver mangiato	Dopo ogni pasto principale, lavarsi i denti o sciacquare la bocca.	Previene carie, migliora l'alito e rinforza la routine di igiene personale.
Spegnere TV e cellulari	Durante i pasti non si usano cellulari o TV; si può lasciare musica soft.	Riduce distrazioni, aiuta la concentrazione e favorisce il dialogo.
Iniziare e finire insieme a mangiare	Si comincia quando tutti sono serviti e si finisce insieme.	Favorisce senso di gruppo e rispetto.
Mangiare lentamente	Evitare fretta o bocconi troppo grandi.	Migliora digestione e calma.
Parlare con tono tranquillo	Parlare uno alla volta, senza litigare.	Crea serenità e rispetto.
Aiutare chi ha difficoltà	Passare acqua o pane a chi non riesce.	Rafforza solidarietà e collaborazione.
Sparecchiare e pulire dopo i pasti	Ognuno riordina il proprio posto dopo il pasto.	Promuove ordine e responsabilità.

6.8 Lezione 6

Alimentazione consapevole nel paziente con diabete

Il diabete mellito di tipo 2 è una delle patologie croniche più diffuse a livello mondiale e rappresenta una delle principali cause di morbilità e mortalità correlate agli stili di vita. È caratterizzato da un'alterazione del metabolismo del glucosio che comporta iperglicemia cronica, con conseguente rischio di complicanze cardiovascolari, renali, neurologiche e oculari. Nel contesto psichiatrico, la prevalenza del diabete è significativamente più elevata rispetto alla popolazione generale. Tale condizione è favorita da fattori multipli: ridotta attività fisica, alimentazione disordinata, difficoltà nel mantenere routine quotidiane e, non di rado, l'effetto collaterale di terapie psicofarmacologiche che incidono sul metabolismo glucidico. Promuovere un'alimentazione equilibrata e consapevole significa aiutare la persona a controllare la glicemia, migliorare il metabolismo, prevenire complicanze e favorire una migliore qualità di vita. L'obiettivo educativo non è "fare la dieta", ma sviluppare una relazione più sana con il cibo, comprendendone il valore, le funzioni e la corretta distribuzione durante la giornata. Le Linee guida SID-AMD (2022) e il CREA (2018) sottolineano l'importanza di un approccio educativo centrato sulla persona, che integri conoscenze scientifiche, abilità pratiche e sostegno motivazionale. Non si tratta solo di sapere "cosa mangiare", ma di capire come e perché farlo, sviluppando autonomia e responsabilità anche all'interno della comunità. Nel contesto della comunità psichiatrica, questa lezione assume un valore duplice:

1. Terapeutico, perché favorisce il controllo metabolico e la prevenzione delle complicanze diabetiche;
2. Riabilitativo e relazionale, perché promuove collaborazione, partecipazione e fiducia in sé attraverso scelte alimentari consapevoli condivise nel gruppo.

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Far comprendere i principi base dell'alimentazione equilibrata per la gestione del diabete.
b. Spiegare il ruolo dei principali nutrienti (carboidrati, proteine, grassi, fibre) nel controllo glicemico.

c. Insegnare a riconoscere gli alimenti con indice glicemico (IG) e carico glicemico (CG) diversi e il loro impatto sui livelli di zucchero nel sangue.
d. Promuovere comportamenti corretti nella distribuzione dei pasti (colazione, pranzo, cena, spuntini).
e. Educare all'importanza dell'idratazione e del movimento quotidiano come parte integrante del controllo metabolico.
f. Favorire la motivazione personale e la partecipazione attiva nel gruppo, rinforzando i piccoli cambiamenti positivi.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Riconoscono quali alimenti influenzano maggiormente la glicemia (pane bianco, dolci, bevande zuccherate, pasta raffinata).
b. Sanno distinguere tra carboidrati complessi e semplici e comprendono perché è importante limitare zuccheri e grassi saturi.
c. Partecipano attivamente alla costruzione di un menù equilibrato "a misura di comunità".
d. Dimostrano di conoscere almeno tre strategie pratiche per ridurre il carico glicemico dei pasti (aumentare fibre, preferire cereali integrali, abbinare verdure).
e. Collaborano nel gruppo, incoraggiando scelte alimentari corrette anche nei momenti di vita comunitaria.

Struttura della lezione (70')

Accoglienza e setting (5')

a. Preparazione del materiale: poster educativo *"Alimentazione e diabete"*, immagini di alimenti consigliati e da limitare, schede "Scelte alimentari consapevoli", piatti dimostrativi o cartellini con i gruppi alimentari, lavagna a fogli mobili e pennarelli colorati.
b. **Creare un ambiente sereno e ordinato**, con tavoli disposti a ferro di cavallo per favorire il dialogo e la partecipazione.

c. Breve introduzione motivazionale: “Oggi parleremo di come l’alimentazione può aiutarci a tenere sotto controllo la glicemia e a stare meglio ogni giorno. Impareremo insieme a riconoscere i cibi amici del benessere e quelli da limitare, per costruire abitudini equilibrate e sostenibili nel tempo.”

4. Questionario iniziale Diagnosi educativa (10’).

Questionario 1 Domande iniziali

5. Lezione teorica (20’) Contenuti principali:

a. Che cos’è il diabete mellito di tipo 2 e come l’alimentazione ne influenza l’andamento.
b. Differenza tra carboidrati complessi e semplici.
c. Concetto di indice glicemico (IG) e come scegliere alimenti a IG basso.
d. Ruolo delle fibre, dell’idratazione e della regolarità dei pasti.

Esempi pratici:

- Pane integrale vs pane bianco;
- Frutta fresca vs succhi industriali;
- Cottura al vapore vs frittura.

6. Attività di gruppo / Laboratorio pratico (20’)

Gioco “Costruisci il menù intelligente”

a. Dividere i partecipanti in piccoli gruppi.
b. Ogni gruppo riceve carte con alimenti misti (pane, pasta, verdura, dolci, carne, frutta, bevande).
c. Compito: creare un menù giornaliero equilibrato per “una giornata tipo” in comunità, limitando zuccheri e grassi semplici.
d. Ogni gruppo espone le proprie scelte, spiegando le motivazioni.
e. Attività sensoriale (facoltativa):

Confronto tra dolcificanti naturali (es. stevia, miele, frutta fresca) e zuccheri raffinati, per riconoscere la percezione del gusto dolce naturale e consapevole. Assaggio comparativo di: Yogurt bianco vs yogurt zuccherato; Pane integrale vs bianco; Bevanda zuccherata vs acqua aromatizzata con limone e menta.

7. Debriefing / Teach-Back, **riepilogo e verifica comprensioni (10')**

a. Questionario 2 Domande finali
b. Riepilogare insieme i messaggi chiave

8. Metodi da utilizzare

a. Ask–Tell–Ask e Teach-Back per favorire dialogo e verifica della comprensione.
b. Apprendimento esperienziale attraverso osservazione e manipolazione di materiali.
c. Feedback positivo e rinforzo immediato dei comportamenti corretti.
d. Lavoro cooperativo per stimolare il sostegno reciproco nel gruppo.
e. Educazione motivazionale centrata sulla responsabilizzazione e l'autonomia.

9. Materiali e setting

a. Poster "Indice glicemico e scelte alimentari sane".
b. Carte fotografiche di alimenti con IG basso/medio/alto.
c. Schede "Il mio menù equilibrato" e "Scelte consapevoli".
d. Lavagna a fogli mobili e adesivi colorati.
e. Campioni reali (pane integrale, frutta, snack).
f. Spazio ordinato e luminoso per lavoro in piccoli gruppi.
g. Poster educativo (tabella 6.XV)

10. Scheda osservativa (tabella 6.XIII)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5–10 minuti)

a. Verificare l'applicazione dei concetti appresi.
b. Discutere i cambiamenti osservati nei comportamenti alimentari.
c. Rinforzare le buoni abitudini

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori per adattare le strategie educative e supportare la comunità nella costruzione di abitudini alimentari adeguate alla gestione del diabete**.** Favorire il controllo dell'apporto di zuccheri semplici**, la** scelta di carboidrati complessi a basso indice glicemico (come pane e pasta integrali, legumi, verdure), e la regolarità dei pasti durante la giornata .

Promuovere la consapevolezza sull'importanza dell'attività fisica**,** del monitoraggio della glicemia e del mantenimento di un peso corporeo stabile**,** in linea con le indicazioni educative condivise dal team multidisciplinare.

13. Diario alimentare specifico per il diabete (settimanale) tabella 2

Questionario 1

Domande iniziali

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Hai mai sentito parlare di diabete? Sai cosa significa?
2. Secondo te, cosa succede quando nel sangue c'è troppo zucchero?
3. Pensi che il modo in cui mangiamo possa influenzare la glicemia?
4. Sai che cosa vuol dire "glicemia alta" o "zucchero nel sangue"?
5. Quali cibi pensi possano far aumentare di più la glicemia?
6. Fai colazione ogni giorno? Cosa mangi di solito?
7. Ti capita di bere bibite o succhi di frutta confezionati?
8. Quando hai fame tra un pasto e l'altro, cosa scegli di solito da mangiare o bere?
9. Ti piacerebbe imparare a riconoscere quali cibi sono più adatti per chi ha il diabete?

Questionario 2

Domande finali, fine incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Quali cibi fanno aumentare di più la glicemia?
2. Quali invece aiutano a mantenerla più stabile durante la giornata?
3. Perché è importante scegliere alimenti integrali o ricchi di fibre?
4. Cosa succede se mangiamo troppi zuccheri tutti insieme?
5. Perché è importante fare pasti regolari durante la giornata e non saltarli?
6. Cosa puoi fare se ti viene voglia di qualcosa di dolce?
7. Qual è la bevanda migliore per dissetarsi se si ha il diabete?
8. Qual è la regola più importante che ti ricordi di questa lezione?

Tabella 6. XIII

Criteri di osservazione

Lezione: "Alimentazione e diabete"

Data: _____

Formatore: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori**	**Osservazioni dell'infermiere**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini alimentari e sulla conoscenza del diabete. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione sul legame tra alimentazione e glicemia. ☐ Interviene con esempi personali (es. cosa mangia più spesso, quando sente fame, cosa evita). ☐ Collabora attivamente nelle attività pratiche di gruppo (gioco del "menù intelligente", confronto alimenti). ☐ Dimostra disponibilità ad ascoltare e rispettare i turni di parola.	
Comprensione dei contenuti	☐ Sa spiegare, con parole proprie, cosa significa "glicemia" e perché è importante mantenerla stabile. ☐ Riconosce quali cibi fanno aumentare maggiormente lo zucchero nel sangue. ☐ Comprende la differenza tra carboidrati semplici e complessi.	

Ambito di osservazione	Indicatori	Osservazioni dell'infermiere
	☐ Sa indicare almeno un alimento con indice glicemico basso e uno con indice glicemico alto. ☐ Sa spiegare il ruolo dell'alimentazione e del movimento nel controllo del diabete. ☐ Comprende l'importanza di fare pasti regolari e di non saltare i pasti.	
Abilità pratiche	☐ Colloca correttamente alimenti o immagini in base al loro impatto sulla glicemia. ☐ Contribuisce alla costruzione del "menù intelligente" motivando le proprie scelte. ☐ Sa confrontare due alimenti simili e indicare quale è più adatto per chi ha il diabete. ☐ Dimostra di ricordare almeno tre regole pratiche per mantenere stabile la glicemia (es. preferire integrali, mangiare verdure, bere acqua). ☐ Partecipa attivamente alle attività sensoriali (assaggio e confronto di alimenti con/senza zuccheri).	
Atteggiamenti	☐ Collabora con i compagni in modo rispettoso e costruttivo. ☐ Mostra curiosità verso nuove abitudini alimentari più salutari. ☐ Accetta con disponibilità eventuali	

Ambito di osservazione	Indicatori	Osservazioni dell'infermiere
	correzioni o suggerimenti dell'infermiere. ☐ Esprime riflessioni personali durante il riepilogo (Teach-Back) su ciò che ha imparato. ☐ Mostra motivazione e apertura verso piccoli cambiamenti quotidiani.	

Tabella 6.XIV

Diario alimentare settimanale

Nome del paziente**:** _____

Settimana dal: ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

Compilato da: ☐ Paziente ☐ Infermiere ☐ Educatore ☐ Altro _____

Tema: "Mangiare in modo equilibrato per controllare la glicemia"

Nome: _____ Settimana dal: _____ al _____

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
Lunedì	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso integrale ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane integrale ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack dolce ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Martedì	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
	☐ Frutta ☐ Altro: _____			☐ Altro: _____	☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Mercoledì	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Giovedì	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Venerdì	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Sabato	☐ Pane integrale	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane	☐ Frutta ☐ Yogurt	☐ Acqua ☐ Bevanda

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
	☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: _____	☐ Dolce o fritto	☐ Dolce	☐ Snack ☐ Altro: _____	zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____
Domenica	☐ Pane integrale ☐ Biscotti semplici ☐ Frutta ☐ Altro: ___	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda zuccherata ☐ Tè/caffè ☐ Altro: _____

Tabella XV Poster educativo

Cibi da ricordare

Categoria	**Esempi di alimenti**	**Frequenza consigliata**
Scelte consigliate (da preferire ogni giorno)	- Verdura e ortaggi di stagione - Frutta fresca (1–2 porzioni al giorno, preferibilmente intera) - Pane e pasta integrali - Legumi (fagioli, lenticchie, ceci) - Pesce, carne bianca, uova - Acqua naturale, tisane senza zucchero - Olio extravergine d'oliva (a crudo, con moderazione)	Ogni giorno
Scelte da limitare (1–2 volte alla settimana)	- Formaggi grassi e salumi - Dolci semplici (biscotti secchi, torte fatte in casa) - Pane bianco, pasta raffinata - Patatine, prodotti confezionati, fritti	1–2 volte/settimana
Scelte da evitare o molto rare	- Bibite zuccherate, succhi confezionati - Dolci industriali, snack, merendine - Superalcolici o liquori - Piatti pronti o fast food	Occasioni molto rare o mai

6.9 Lezione 7

Alimentazione consapevole nel paziente obeso

L'obesità è una condizione cronica complessa, caratterizzata da un eccesso di massa grassa corporea che può compromettere la salute fisica, psicologica e sociale.

Secondo l'OMS (2023), l'obesità non è solo una questione estetica, ma una malattia multifattoriale influenzata da genetica, ambiente, stili di vita e fattori psicosociali. In ambito psichiatrico, la sua prevalenza è significativamente più alta rispetto alla popolazione generale, spesso a causa dell'uso di farmaci psicotropi che alterano il metabolismo; di una ridotta attività fisica; di abitudini alimentari irregolari o compulsive; di uno scarso controllo degli impulsi o dei ritmi alimentari. Promuovere una cultura dell'alimentazione consapevole significa restituire al paziente il senso di controllo e di equilibrio, riducendo la stigmatizzazione e favorendo il recupero dell'autostima.

L'obiettivo non è "dimagrire a tutti i costi", ma migliorare la salute globale, la qualità di vita e il rapporto con il cibo. Non si tratta solo di sapere "cosa mangiare", ma di capire come e perché

1. Obiettivi educativi e guida didattica per l'infermiere

a. Far comprendere le cause multifattoriali dell'obesità e la differenza tra peso corporeo e benessere globale.
b. Insegnare a riconoscere i comportamenti alimentari disfunzionali (abbuffate, noia, stress).
c. Promuovere abitudini corrette di alimentazione quotidiana basate su porzioni adeguate, varietà e frequenza equilibrata dei pasti.
d. Favorire la conoscenza delle regole per una perdita di peso graduale e sicura.
e. Rafforzare la motivazione personale, valorizzando i piccoli traguardi e l'autoefficacia.
f. Promuovere la collaborazione nel gruppo e la condivisione di esperienze positive.

2. Esiti attesi nei partecipanti

a. Riconoscono almeno 3 cause che contribuiscono all'aumento di peso.
b. Sanno distinguere fame fisica da fame emotiva.
c. Descrivono almeno 3 strategie per ridurre porzioni o calorie senza rinunciare al gusto.
d. Partecipano attivamente alla costruzione di un "piano alimentare realistico" di comunità

Struttura della lezione (70') Indicazioni didattiche per l'infermiere

3. Accoglienza e setting (5')

a. Preparazione del materiale: poster "Comprendere l'obesità" e "Il piatto equilibrato";immagini di porzioni reali, cibi calorici e salutari; schede "Io e il mio cibo", carte emotive (fame, noia, stress, felicità);
b. Creare un ambiente accogliente e ordinato, con tavoli disposti a ferro di cavallo
c. Breve introduzione: "Oggi parleremo del cibo come alleato e non come nemico. L'obiettivo non è la dieta, ma il benessere."

4. Questionario iniziale (10').

Questionario 1 Domande iniziali (diagnosi educativa)

5. Lezione teorica (20') Contenuti principali:

a. Cos'è l'obesità: definizione, cause e conseguenze sulla salute.
b. Differenza tra massa grassa e massa magra.
c. Effetti del cibo ad alta densità calorica e del "mangiare emotivo".
d. Importanza delle porzioni corrette, dell'idratazione e della regolarità dei pasti.

6. Attività di gruppo / laboratorio pratico (20')

Gioco "Riconosci la fame"

a. Distribuire carte illustrate con situazioni (es. "sono arrabbiato", "mi annoio", "ho appena fatto una passeggiata").
b. I partecipanti devono decidere se si tratta di fame fisica o fame emotiva, spiegando perché.

c. Discussione finale: come affrontare la fame emotiva (pause, distrazioni, acqua, respirazione).

Attività integrativa: “Costruisci il tuo piatto sano”

a. Ogni gruppo riceve immagini di alimenti.
b. Compito: creare un piatto equilibrato con porzioni corrette.
c. Commento collettivo e confronto con il modello OMS/CREA.

7. Debriefing / Teach-Back – riepilogo e verifica comprensioni (10’)

a. Questionario 2 Domande finali (verifica formativa)
b. Riepilogare insieme i messaggi chiave.

8. Metodi da utilizzare

a. Ask–Tell–Ask e Teach-Back per favorire dialogo e riflessione personale.
b. Educazione motivazionale basata sull’ascolto empatico e sul rinforzo positivo.
c. Apprendimento esperienziale (giochi, carte, visualizzazione di porzioni).
d. Modellamento comportamentale (l’infermiere partecipa attivamente all’attività).
e. Rinforzo immediato di ogni piccolo progresso dichiarato.

9. Materiali e setting

a. Poster “Il piatto equilibrato” e “Fame fisica vs fame emotiva”.
b. Carte con immagini di alimenti e porzioni.
c. Carte emotive (gioia, tristezza, noia, ansia).
d. Schede individuali “Io e il mio cibo” e “Il mio piccolo passo”.
e. Lavagna a fogli mobili e pennarelli colorati.
f. Ambiente sereno, confortevole e privo di giudizio.
g. Poster educativo (allegato 5)

10. Scheda osservativa (tabella 6.XVI)

11. Riunioni di follow-up

Ogni settimana (5’/10’)

a. Condivisione delle esperienze concrete
b. Verificare se i comportamenti appresi sono mantenuti.
c. Rinforzare le buone abitudini.

12. Confronto multidisciplinare

Condividere osservazioni e risultati con educatori, psicologo e operatori al fine di adattare le strategie educative e supportare la comunità nella promozione di abitudini alimentari e stili di vita orientati al controllo del peso e al benessere generale.

Favorire il consumo regolare di frutta, verdura, legumi e cereali integrali, limitando gli alimenti ad alta densità calorica e ricchi di zuccheri e grassi saturi. Sostenere l'importanza di porzioni equilibrate, di una masticazione lenta, e di un adeguato livello di attività fisica quotidiana, in coerenza con gli obiettivi del piano riabilitativo e con le indicazioni condivise dal team multidisciplinare.

13. Diario alimentare di comunità (tabella 6.XVII)

Questionario 1

Domande iniziali - Inizio incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Hai mai sentito la parola “obesità”? Cosa significa per te?
2. Pensi che il cibo possa influire sul tuo umore o sulle emozioni?
3. Ti capita di mangiare anche quando non hai fame?
4. Quanti pasti fai di solito in una giornata?
5. Ti capita di mangiare velocemente o senza pensarci?
6. Ti capita di mangiare per noia, tristezza o nervosismo?
7. Dopo aver mangiato molto, come ti senti?
8. C’è qualcosa che ti piacerebbe cambiare nel tuo modo di mangiare?

Questionario 2

Domande finali - fine incontro

Data: _____

infermiere: _____

Gruppo/Partecipanti: _____

1. Che differenza c’è tra fame fisica e fame emotiva?
2. Cosa puoi fare per capire se hai veramente fame o se è un’emozione?
3. Perché è importante non saltare i pasti?
4. Cosa puoi fare per ridurre la quantità di cibo senza rinunciare al gusto?
5. Quali cibi ti fanno sentire sazio più a lungo?
6. Cosa puoi fare quando ti viene voglia di mangiare per noia o nervosismo?
7. Cosa hai scoperto di nuovo oggi sul tuo modo di mangiare?
8. Qual è la regola o il consiglio che ti ricordi meglio di questa lezione?

Tabella 6 XVI

Criteri di osservazione

Lezione: Alimentazione consapevole nel paziente obeso

Data: _____ **Formatore: _____**

Gruppo/Partecipanti: _____

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell'infermiere**
Partecipazione e attenzione	☐ Risponde alle domande iniziali del questionario sulle abitudini alimentari e sulla percezione del proprio peso. ☐ Mostra interesse e curiosità durante la spiegazione sul legame tra cibo, emozioni e salute. ☐ Interviene con esempi personali (es. quando sente fame, in quali situazioni tende a mangiare di più). ☐ Collabora attivamente nelle attività pratiche di gruppo (*gioco "Riconosci la fame"*, costruzione del *piatto equilibrato*). ☐ Mantiene l'attenzione per tutta la durata della lezione e rispetta i turni di parola.	
Comprensione dei contenuti	☐ Comprende che l'obesità è una condizione multifattoriale e non solo una questione estetica. ☐ Sa distinguere la fame fisica dalla fame emotiva. ☐ Riconosce l'importanza di un'alimentazione equilibrata e regolare per la salute generale.	

Ambito di osservazione	**Indicatori comportamentali**	**Osservazioni dell'infermiere**
	☐ Sa spiegare, con parole proprie, il significato di *piatto equilibrato*. ☐ Comprende l'importanza delle porzioni adeguate e della varietà dei cibi. ☐ Sa indicare almeno due comportamenti alimentari da modificare per migliorare il proprio benessere.	
Abilità pratiche	☐ Colloca correttamente gli alimenti all'interno del *piatto equilibrato*. ☐ Partecipa alla simulazione del gioco *"Riconosci la fame"*, distinguendo tra fame fisica ed emotiva. ☐ È in grado di individuare almeno un piccolo cambiamento realistico da applicare nella propria alimentazione quotidiana. ☐ Contribuisce al lavoro di gruppo condividendo esempi o riflessioni personali. ☐ Sa confrontare due alimenti o due porzioni e scegliere quella più salutare.	
Atteggiamenti	☐ Collabora con i compagni in modo rispettoso e partecipe. ☐ Mostra apertura al confronto e curiosità verso nuove abitudini alimentari. ☐ Accetta con disponibilità eventuali correzioni o suggerimenti da parte	

Ambito di osservazione	Indicatori comportamentali	Osservazioni dell'infermiere
	dell'infermiere. ☐ Dimostra maggiore consapevolezza del legame tra emozioni e comportamento alimentare. ☐ Esprime motivazione e fiducia nel poter migliorare gradualmente le proprie abitudini. ☐ Partecipa attivamente al riepilogo finale (*Teach-Back*) condividendo ciò che ha imparato o deciso di cambiare.	

Tabella 6 XVII Diario Alimentare Settimanale

Nome del paziente: _____

Settimana dal: ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____

Compilato da: ☐ Paziente ☐ Infermiere ☐ Educatore ☐ Altro _____

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
Lunedì	☐ Yogurt magro ☐ Frutta ☐ Fette biscottate integrali ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine magre (pollo, pesce, legumi) ☐ Pasta/riso integrale ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine leggere ☐ Pane integrale ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack salato ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
Martedì	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Cereali integrali ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____
Mercoledì	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Fette biscottate ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____
Giovedì	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Cereali ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____
Venerdì	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Fette biscottate ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata

Giorno	Colazione	Pranzo	Cena	Spuntini	Bevande
					☐ Altro: _____
Sabato	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Cereali ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____
Domenica	☐ Yogurt ☐ Frutta ☐ Fette biscottate ☐ Altro: _____	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pasta/riso ☐ Dolce o fritto	☐ Verdure ☐ Proteine ☐ Pane ☐ Dolce	☐ Frutta ☐ Yogurt ☐ Snack ☐ Altro: _____	☐ Acqua ☐ Bevanda light ☐ Bevanda zuccherata ☐ Altro: _____

Tabella 6 XVIII - Poster educativo

Categoria	Esempi di alimenti	Frequenza consigliata
Scelte consigliate ***(da preferire ogni giorno)***	- Verdura e ortaggi di stagione - Frutta fresca (1–2 porzioni al giorno, preferibilmente intera) - Cereali integrali (pane, pasta, riso integrali) - Legumi (fagioli, ceci, lenticchie) - Pesce, carne bianca, uova - Acqua naturale o tisane non zuccherate - Olio extravergine d'oliva (a crudo, con moderazione)	Ogni giorno
Scelte da limitare ***(1–2 volte alla settimana)***	- Formaggi stagionati e salumi - Dolci semplici o fatti in casa - Pane e pasta bianchi, riso raffinato - Alimenti fritti o molto conditi	1–2 volte/settimana
Scelte da evitare o molto rare o vietate	- Bibite zuccherate, succhi confezionati - Snack, merendine, dolci industriali - Superalcolici o liquori - Piatti pronti o fast food	Occasioni molto rare o mai

CAPITOLO 8

Discussione e Conclusioni

Un progetto di educazione alimentare in comunità psichiatriche

Il progetto di educazione alimentare nasce da una riflessione maturata **nel corso della mia esperienza lavorativa nel ruolo di OSS e di osservazione diretta, della durata di circa dieci anni**, all'interno delle comunità psichiatriche. Durante la permanenza in tali contesti, ho potuto constatare come l'alimentazione, pur rappresentando un bisogno fondamentale e quotidiano, sia spesso considerata un elemento marginale rispetto al progetto terapeutico e riabilitativo del paziente. Nella maggior parte dei casi, il cibo viene percepito come un aspetto pratico da gestire piuttosto che come una risorsa educativa o terapeutica da integrare nel percorso di cura.

Questa concezione riduttiva porta frequentemente a un'organizzazione dei pasti basata su criteri di rapidità e convenienza più che di qualità e consapevolezza. È prassi comune ricorrere a cibi precotti o surgelati, proposti in modo standardizzato e senza particolare attenzione al valore nutrizionale o educativo del momento del pasto. Tali scelte derivano spesso da una combinazione di fattori: la scarsità di tempo, la ridotta competenza culinaria del personale, la mancanza di una cultura alimentare condivisa e, non da ultimo, l'assenza di percorsi formativi specifici per gli operatori o altro personale se presente in organico (non sanitario adibito solo alla preparazione del cibo). Ne consegue che l'alimentazione, pur essendo uno dei determinanti principali della salute fisica e mentale, viene trattata come un bisogno accessorio piuttosto che come una dimensione educativa e relazionale da valorizzare.

Inoltre, è indispensabile sottolineare che la predisposizione di un menu in una comunità psichiatrica richiede un'attenta valutazione di molteplici aspetti nutrizionali, clinici e psicologici. È fondamentale garantire un'alimentazione equilibrata e adeguata ai bisogni individuali, ma è altrettanto necessario considerare numerosi fattori: le condizioni fisiologiche particolari dell'ospite, come disfagia, allergie o intolleranze, e la presenza di patologie metaboliche quali diabete, obesità

o celiachia. Occorre inoltre tener conto degli effetti collaterali dei farmaci psicotropi, che possono influire sull'appetito, sul metabolismo e sulla percezione del gusto. Dal punto di vista psichiatrico, è importante rispettare eventuali convinzioni patologiche legate al cibo, rituali o rifiuti selettivi, evitando di forzare il paziente. Il menu dovrebbe tenere conto anche dei gusti personali, delle abitudini culturali e religiose e di eventuali scelte etiche, come diete vegetariane o vegane. Alla luce di tutto ciò, si comprende quanto sia complesso coniugare in modo armonico tutti questi aspetti: l'ideale sarebbe poter proporre un menù completamente personalizzato, ma nella pratica ciò risulta impossibile da realizzare per i motivi sopracitati.

Da queste osservazioni è emersa la necessità di proporre un intervento strutturato che restituisca al cibo il ruolo che gli compete all'interno del progetto di cura: un mezzo educativo, terapeutico e relazionale. **Il progetto non è da intendersi come un intervento statico o concluso, ma come una vera e propria "start-up educativa", pensata per essere sviluppata, adattata e implementata nel tempo in base ai diversi contesti comunitari in cui viene applicata.** L'educazione alimentare, se integrata in modo sistematico nella quotidianità della comunità, può diventare un potente strumento di promozione della salute, favorendo non solo il benessere fisico ma anche la stabilità emotiva, l'autostima e la coesione del gruppo. Mangiare bene, infatti, non significa soltanto assumere nutrienti, ma prendersi cura di sé, del proprio corpo e, in senso più ampio, della propria salute mentale.

L'analisi dei contesti psichiatrici residenziali mostra come la sistematicità educativa rappresenti una condizione essenziale per l'efficacia degli interventi. Il progetto è stato quindi costruito attorno a una struttura logica di 12/13 punti operativi, comuni a tutte le lezioni, in modo da offrire un percorso prevedibile e rassicurante. Questa organizzazione non solo aiuta i pazienti a orientarsi e a ridurre l'ansia, ma favorisce anche un apprendimento più stabile, poiché la ripetizione e la familiarità stimolano la partecipazione attiva e l'interiorizzazione dei contenuti. In un contesto come quello psichiatrico, in cui la prevedibilità e la chiarezza delle routine sono fondamentali per garantire equilibrio e sicurezza, la costanza metodologica diventa essa stessa uno strumento terapeutico. **Allo stesso tempo, tale sistematicità rappresenta un vantaggio anche per l'infermiere, poiché gli consente di**

analizzare in modo oggettivo l'andamento del percorso, individuando con maggiore chiarezza i punti di forza e le criticità del progetto. In questo modo diventa possibile pianificare futuri interventi di miglioramento e adattamento, rendendo il progetto dinamico, evolutivo e sempre più rispondente ai bisogni reali della comunità.

Un altro elemento cruciale emerso dall'osservazione è la carenza di formazione del personale. Spesso gli operatori non dispongono di conoscenze adeguate in tema di alimentazione e stili di vita salutari. Ciò comporta una gestione pratica dei pasti poco consapevole e la mancanza di un linguaggio comune con i pazienti rispetto al tema del cibo. È quindi necessario che anche il personale, in particolare gli OSS, il personale addetto alla preparazione del cibo e coloro che si occupano del menu, possa accedere a percorsi formativi specifici, mirati a sviluppare competenze di base sulla composizione dei pasti, la lettura delle etichette e la promozione di abitudini sane. Tale formazione, oltre a migliorare le scelte alimentari della comunità, permette di rendere gli operatori modelli educativi coerenti, capaci di veicolare messaggi positivi e realistici.

Il progetto è stato pensato proprio per essere attuabile e sostenibile nel contesto comunitario, senza richiedere figure specialistiche non previste dall'organico. A differenza delle strutture ospedaliere o dei servizi di dietetica, nelle comunità psichiatriche la presenza del nutrizionista non è obbligatoria, né contemplata tra le figure professionali stabilmente presenti. In tal senso, l'educazione alimentare proposta è pienamente alla portata del ruolo infermieristico, che per competenze e prossimità relazionale rappresenta la figura più adatta a guidare percorsi educativi di questo tipo. Solo in casi particolari, come la presenza di patologie metaboliche, allergie gravi o disturbi dell'alimentazione, si prevede la consulenza del dietista o del medico specialista.

L'approccio infermieristico si distingue per la sua visione olistica e relazionale, centrata sulla persona e non solo sul sintomo. In quest'ottica, l'alimentazione non è ridotta a un semplice atto fisiologico, ma diventa occasione di dialogo, osservazione, supporto emotivo e rinforzo delle autonomie. Il momento del pasto, tradizionalmente

poco valorizzato, si trasforma in un setting educativo, un laboratorio quotidiano in cui sperimentare comportamenti sani, abitudini corrette e regole di convivenza.

Le lezioni del progetto sono state pensate per coniugare conoscenze scientifiche e partecipazione attiva, alternando momenti teorici brevi a esercitazioni pratiche, giochi educativi, discussioni e attività di gruppo. Il linguaggio utilizzato è semplice, accessibile e concreto, privo di termini tecnici, e si avvale di supporti visivi — poster, schede, immagini e planner — per facilitare la comprensione anche nei pazienti con difficoltà cognitive o scarsa capacità di concentrazione. L'obiettivo non è tanto trasmettere nozioni, quanto favorire un cambiamento consapevole e duraturo nei comportamenti.

È importante sottolineare che, ad oggi, non esiste una letteratura specifica e consolidata sull'educazione alimentare in ambito psichiatrico comunitario. La maggior parte dei progetti educativi esistenti in Italia sono promossi da enti locali, ASL o comuni, ma **sono prevalentemente rivolti a scuole di grado inferiore, insegnanti e famiglie**, e raramente adattati o trasferiti ai contesti psichiatrici residenziali. Questo rende il presente progetto una proposta originale e pionieristica, capace di colmare un vuoto formativo e operativo nel panorama della salute mentale.

L'educazione alimentare infermieristica, così concepita, offre diversi benefici: promuove una maggiore consapevolezza del proprio corpo e dei propri bisogni, migliora la qualità della vita e rafforza l'autonomia decisionale. L'acquisizione di competenze pratiche, come saper leggere un'etichetta, riconoscere un pasto equilibrato, permette al paziente di sentirsi più capace e partecipe del proprio percorso di salute. Inoltre, la dimensione di gruppo contribuisce a creare un clima di sostegno reciproco, in cui l'apprendimento è favorito dalla condivisione e dall'imitazione dei pari.

Nonostante le difficoltà iniziali e le resistenze che un progetto innovativo di questo tipo può incontrare, i benefici attesi sono molteplici. Un'alimentazione più equilibrata contribuisce al miglioramento delle condizioni fisiche generali, riduce il rischio di comorbilità metaboliche e favorisce il benessere psicologico, incidendo

positivamente anche sull'autostima e sulla percezione di sé. In parallelo, la qualità della vita comunitaria migliora, grazie a una maggiore attenzione all'organizzazione dei pasti, alla collaborazione tra operatori e ospiti e alla valorizzazione dei momenti condivisi.

Dal punto di vista organizzativo, il progetto si distingue per la sua sostenibilità: non richiede risorse aggiuntive di rilievo, ma valorizza strumenti già presenti (materiale educativo, schede, poster) e introduce un metodo di lavoro ripetibile nel tempo. La struttura in dodici punti consente di mantenere una continuità operativa e una coerenza logica tra gli incontri, facilitando la programmazione delle attività e la valutazione dei risultati. Le schede osservative e i questionari permettono di monitorare l'efficacia educativa, mentre le riunioni di follow-up garantiscono la continuità nel tempo e la possibilità di adattare il percorso ai bisogni emergenti.

In questa prospettiva, il ruolo dell'infermiere si conferma centrale. Egli non è soltanto il professionista che vigila sui parametri clinici o somministra terapie, ma un promotore di salute che accompagna sia il paziente che il personale in un percorso evolutivo, favorendo l'acquisizione di competenze e la crescita personale. L'educazione alimentare rientra pienamente nel mandato educativo dell'infermiere e rappresenta una dimensione concreta di empowerment del paziente psichiatrico, chiamato a essere protagonista del proprio benessere.

Il lavoro svolto dimostra che l'educazione alimentare in comunità psichiatriche è non solo possibile, ma auspicabile. Essa risponde a un bisogno reale e spesso inascoltato, integrando il cibo nella quotidianità terapeutica come mezzo di cura, relazione e riabilitazione. È auspicabile che in futuro progetti di questo tipo vengano sistematicamente integrati nei programmi riabilitativi, sostenuti da politiche sanitarie, linee guida e percorsi di formazione specifici per gli operatori.

Solo attraverso una visione globale della persona e un approccio realmente interdisciplinare sarà possibile garantire un'assistenza centrata non solo sulla patologia, ma sul benessere complessivo dell'individuo. L'alimentazione, da semplice necessità, può così divenire un ponte tra salute fisica, equilibrio mentale

e qualità della vita, contribuendo in modo significativo al processo di recupero e reinserimento sociale delle persone con disagio psichico.

Bibliografia

OHCHR. (2010). *The Right to Adequate Food*. Office of the High Commissioner for Human Rights, Geneva.

OMS & FAO. (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. WHO Technical Report Series, No. 916.

CREA. (2020). *Linee guida per una sana alimentazione*. Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Roma.

EFSA. (2023). *Dietary Reference Values for Nutrients: Summary Report*. European Food Safety Authority.

Ministero della Salute. (2020). *Linee di indirizzo sull'educazione alimentare nella scuola e nei servizi sanitari*.

ISS – Istituto Superiore di Sanità. (2022). *Educazione e Promozione della Salute. Dossier tematico.*

WHO. (2022). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. World Health Organization.

Legge 14 febbraio 1904, n. 36. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.*

Legge 18 marzo 1968, n. 431. *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica (Legge Mariotti).*

Legge 13 maggio 1978, n. 180. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori (Legge Basaglia).*

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.*

D.P.R. 10 novembre 1999. *Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998–2000.*

Ministero della Salute. (2013). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM).* Roma.

Ministero della Salute. (2019). *Rapporto sulla Salute Mentale in Italia.*

DGR Veneto n. 1616/2008. *Requisiti e standard per le unità di offerta della salute mentale.*

DGR Veneto n. 1673/2018. *Programmazione dell'offerta residenziale extra-ospedaliera salute mentale.*

DGR Veneto n. 522/2020. *Accreditamento istituzionale strutture residenziali extra-ospedaliere salute mentale.*

DPCM 2017. *Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).*

Regolamento UE 2016/679. *Protezione dei dati personali (GDPR).*

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. *Profilo professionale dell'infermiere.*

De Girolamo, G., & Picardi, A. (2020). *La riabilitazione psichiatrica in Italia: pratiche basate su evidenze. Rivista di Psichiatria*, 55(3), 178–188.

Marini, M., & Cibin, M. (2019). *L'infermiere nelle strutture psichiatriche residenziali: competenze e funzioni. Nursing Oggi*, 27(6), 15–22.

WHO. (2021). *Mental Health Action Plan 2013–2030.*

NICE. (2021). *Mental Health Problems in Adults: Quality Standards and Guidelines.*

Ministero della Salute. (2021). *Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025.*

WHO. (2018). *Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders: WHO Guidelines.*

EMA – European Medicines Agency. (2021). *Antipsychotics: Metabolic Side Effects and Safety Monitoring.*

De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R., Yu, W., & Correll, C. U. (2011). *Metabolic and*

cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. Nature Reviews Endocrinology, 8(2), 114–126.

Kishi, T., & Iwata, N. (2018). *Antipsychotic-induced weight gain and metabolic dysfunction: Current evidence and future directions. World Journal of Psychiatry*, 8(3), 53–67.

[32] Correll, C. U., et al. (2015). *Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases. World Psychiatry*, 14(2), 119–136.
Vancampfort, D., et al. (2015). *Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders: a meta-analysis. World Psychiatry*, 14(3), 339–347.

De Hert, M., & Correll, C. U. (2012). *Guidelines for screening and monitoring metabolic syndrome in patients treated with antipsychotics. European Psychiatry*, 27(1), 17–24.

Holt, R. I. G., & Peveler, R. C. (2010). *Antipsychotics and hyperglycaemia: mechanisms, management and monitoring. British Journal of Psychiatry*, 198(1), 6–11.

Hasnain, M., Fredrickson, S. K., Vieweg, W. V. R., & Pandurangi, A. K. (2010). *Metabolic syndrome associated with psychotropic drugs. Current Psychiatry Reports*, 12(3), 240–246.

Azienda Servizi Sanitari Triestina – Dipartimento di Prevenzione. (s.d.). *Linee di indirizzo per la prevenzione dell'obesità nella scuola primaria.* A cura di G. Barocco, S. Daris, T. Del Pio Luogo, R. Fedele, T. Longo.

Comune di Pesaro. (s.d.). *L'ora della merenda: Il decalogo per crescere sani. Decalogo della Merenda Sana.*

Ministero dell'Istruzione & CREA. (s.d.). *Decalogo della Corretta Alimentazione.*

Ministero dell'Istruzione. (2025). *Che cosa ho oggi nel piatto.*

Foodinsider & Fondazione Barilla. (2022). *Green Food Week: Il cibo amico del pianeta. Kit educativo.*

(2021). *Manuale per l'insegnante: Guida all'educazione alimentare.* Progetto Erasmus+ "TAO – Teaching Adolescent Obesity."
Comune di Milano, Area Food Policy & Milano Ristorazione. (2025). *Tutti a Tavola: Mangiando si impara.* Progetto educativo 2025–26.

Pietro Pedercini. (2025). *Nutrire mente e coscienza: L'educazione alimentare per una scuola più sana e consapevole.Educazione & Progettazione Didattica*.

CREA & Ministero dell'Istruzione. (s.d.). *Dipartimento Alimenti e Nutrizione – Linee guida per la scuola primaria.*

ISS – Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it).

Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it).

Regione del Veneto – Sezione Salute Mentale e Dipendenze (https://www.regione.veneto.it/web/sanita).

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (https://www.who.int).

FAO – Food and Agriculture Organization (https://www.fao.org).

CREA – Alimenti e Nutrizione (https://www.crea.gov.it).

AIFA – Agenzia italiana del farmaco (https://www.aifa.gov.it)

Allegato 1

Modello di PTRP

	PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO	
Nome e Cognome		
Data di nascita		
Residenza		

Data stesura del progetto	

Data di accesso al servizio		**Durata prevista PTRP**	

Tipologia di struttura/Servizio	

Inserire la denominazione completa della struttura (es. CAE + nome; CAB+nome, GAP+nome...)

Operatori di riferimento:

Responsabile Terapeutico	
Educatore	
Infermiere	
Altro (specificare)	

Referenti del Servizio Inviante

Direttore	
Medico Psichiatra di riferimento	
Assistente sociale CSM	
Medico MMG	
Altre figure di riferimento:	

UTENTE	
Diagnosi Psichiatrica di invio	
Caratteristiche del funzionamento Psico-sociale	
Motivazione al trattamento	
Bisogni espressi e risorse personali	

FAMIGLIA	
Bisogni espressi e risorse	
Modalità di coinvolgimento	

SERVIZI E RETE SOCIALE	
Coinvolgimento del Servizio Socio Sanitario	
Supporto della rete sociale territoriale	

DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI BIOPSICOSOCIALI (Descrivere le modalità e gli interventi per area, che si intende mettere in atto per raggiungere gli obiettivi individuati.	
Area Sanitaria (salute generale, compliance farmacologica, compliance sanitaria, ecc.)	
Area Psicologica - Psicoterapeutica (relativa al paziente e/o famiglia)	
Area riabilitativa	Autonomie semplici e complesse
	Attività riabilitative evidence-based
	Attività risocializzanti
	Attività ludico/ricreative
	Attività di integrazione con il territorio
	Attività pre-lavorative/lavorative
	Attività di formazione - stage - tirocini

PROGRAMMAZIONE DELLE VALUTAZIONI E DELLE VERIFICHE		
Tipo di valutazione	Periodicità	Soggetti coinvolti

INTERVENTI ATTIVATI IN CASO DI EVENTUALE ABBANDONO DELLE CURE O DI INTERRUZIONE DEL PROGRAMMA (DROP OUT)

NOTE E OSSERVAZIONI

FIRME	
Utente	
Famiglia	
ADS/Tutore	
Responsabile Terapeutico	
Infermiere	
Medico Psichiatra di riferimento/ Assistente sociale CSM	

Data di approvazione del PTRP: _____

SCHEDA DI SINTESI VERIFICHE PTRP

VALUTAZIONE INIZIALE scale HONOS e GAF

Data _____ Firma _____

VALUTAZIONE PRIMO SEMESTRE
Si utilizzino le indicazioni della DGR 1673 - Allegato C e, ad integrazione, per i pazienti del DSM del territorio, le valutazioni da loro indicate. A seconda delle necessità si adottino eventuali schede specifiche del Governo Clinico della Coop. Un Segno di Pace. Sono da considerarsi ulteriori verifiche, gli Audit clinici periodici, l'UVDM e la relazione annuale sull'andamento del PTRP dell'utente

Data _____ Firma _____

RIFORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI

VALUTAZIONE SECONDO SEMESTRE
Si utilizzino le indicazioni della DGR 1673 - Allegato C e, ad integrazione, per i pazienti del DSM del territorio, le valutazioni da loro indicate. A seconda delle necessità si adottino eventuali schede specifiche del Governo Clinico della Coop. Un Segno di Pace. Sono da considerarsi ulteriori verifiche, gli Audit clinici periodici, l'UVDM e la relazione annuale sull'andamento del PTRP dell'utente

Data _____ Firma _____

RIFORMULAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Data _____ Firma _____

Allegato 2

Progetto di educazione alimentare

Dispensa riassuntiva

Fabio Meneghetti
n. matricola 2083922

16 OTTOBRE 2025

GIORNATA MONDIALE DELL'ALIMENTAZIONE

LA DIETA MEDITERRANEA:
IL SEGRETO PER VIVERE MEGLIO

Ministero della Salute

>>>

www.salute.gov.it

RIDUZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

L'assunzione quotidiana di frutta e verdura riduce il rischio di malattie cardiovascolari e ictus.

OBIETTIVO:
Almeno 5 porzioni al giorno!

Ministero della Salute

>>>

www.salute.gov.it

PESO EQUILIBRATO

Il giusto equilibrio tra i vari nutrienti aiuta a mantenere la forma senza rinunce.

Più vitalità, meno rischio di obesità e malattie correlate.

Ministero della Salute

>>>

www.salute.gov.it

BENESSERE PER LA MENTE

Antiossidanti e omega-3 possono contribuire a ridurre il rischio di declino cognitivo nei confronti di alcuni tumori.

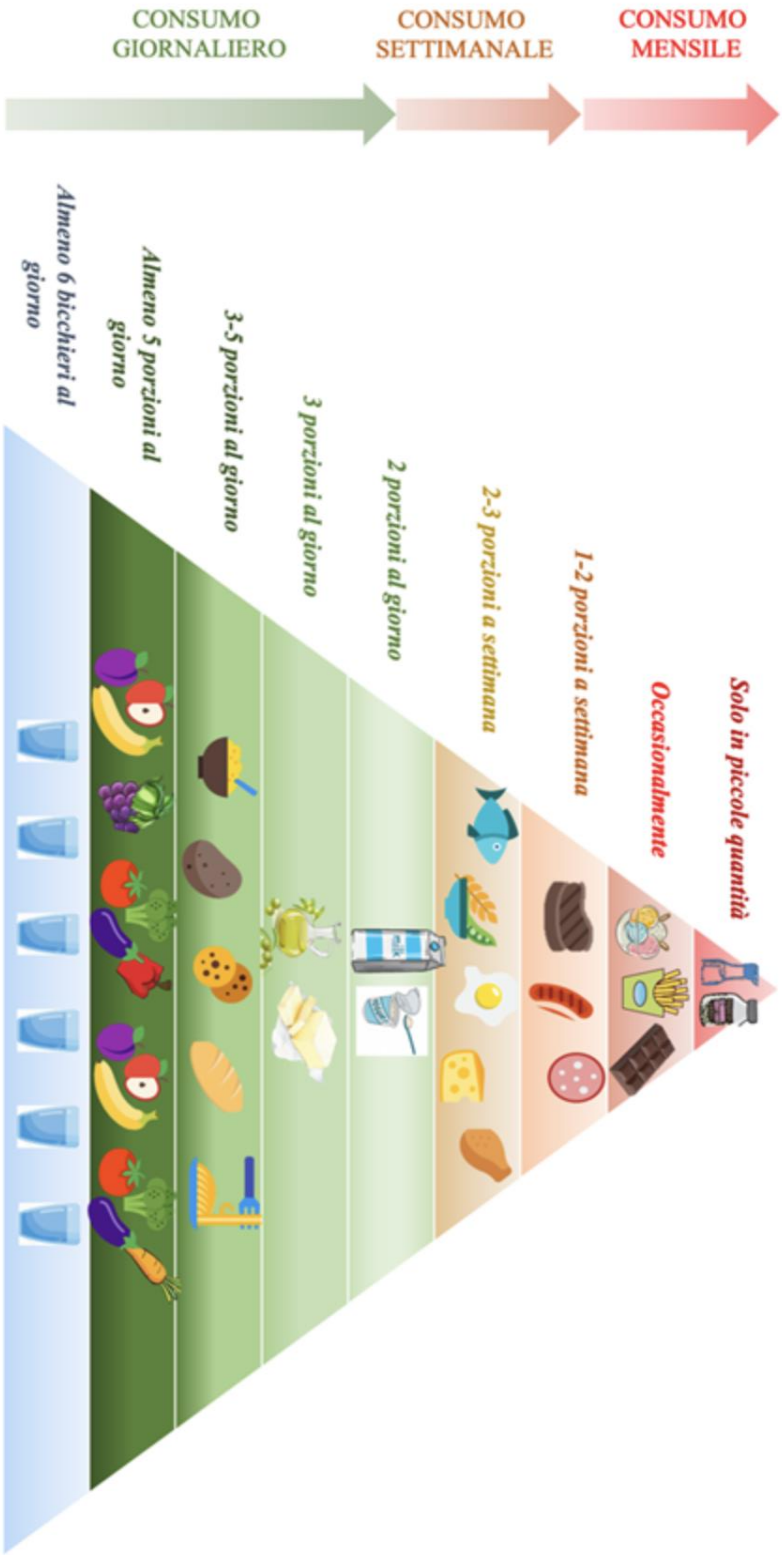
Un sostegno naturale contro Alzheimer e invecchiamento cerebrale.

Ministero della Salute

>>>

www.salute.gov.it

LEZIONE 1 – La piramide alimentare

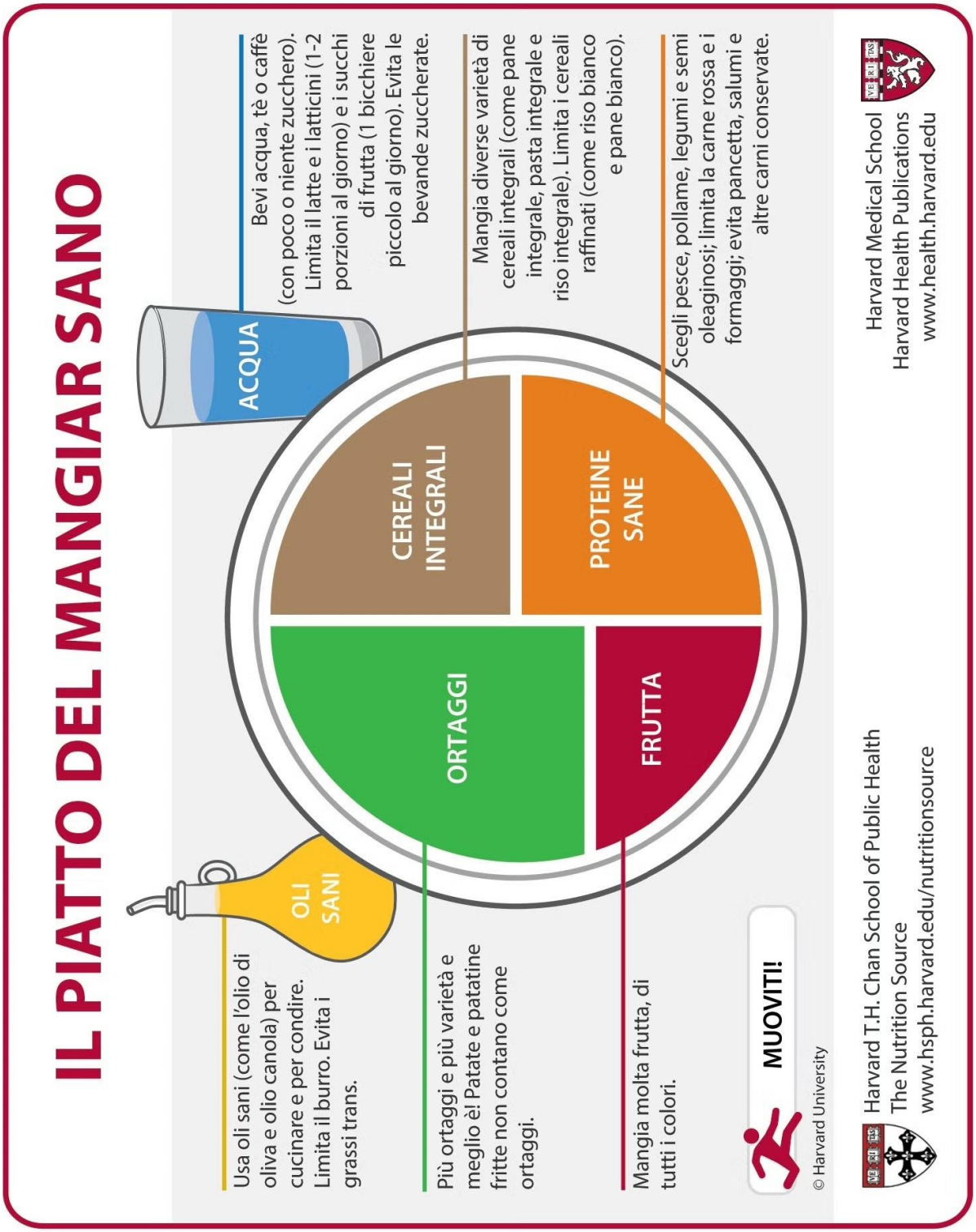


https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare#la-piramide-alimentare-italiana

LEZIONE 1 – I gruppi alimentari

Verdura e ortaggi	Frutta fresca di stagione, spremute naturali	OGNI GIORNO
Frutta	Insalate, verdure cotte o crude, minestre	OGNI GIORNO
Cereali e tuberi	Pane, pasta, riso, patate, cereali	OGNI GIORNO con moderazione
Latte, derivati e proteine	Yogurt, formaggi, carne, pesce, uova, legumi	3 porzioni alla settimana
Grassi da condimento	Olio extravergine d'oliva, semi oleosi, frutta secca	OGNI GIORNO con moderazione

LEZIONE 2 – La composizione del piatto



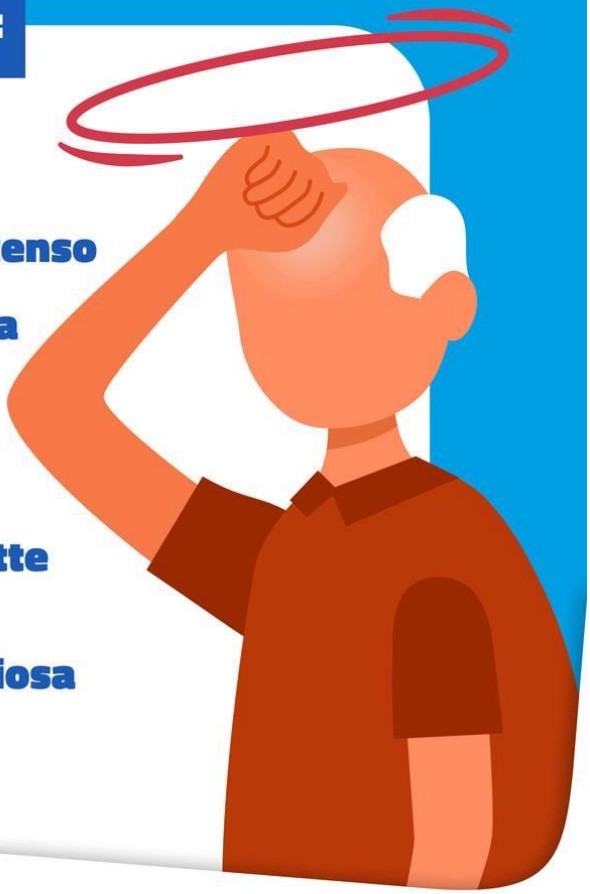
LEZIONE 3 – L'idratazione

VERDE	GIALLO	ROSSO
DA BERE LIBERAMENTE Fanno bene e idratano in modo naturale.	BERE CON MODERAZIONE Puoi berle ogni tanto, ma senza esagerare.	DA EVITARE ASSOLUTAMENTE Possono danneggiare la salute. Sono vietate in comunità.
ACQUA La bevanda migliore	**CAFFÈ** 1–2 tazzine al giorno; evita la sera per non disturbare il sonno.	**BIBITE ZUCCHERATE** Contengono molto zucchero, favoriscono sovrappeso e carie.
INFUSI E TISANE calde o fredde, senza zucchero	**THE** Meglio se verde o deteinato; contiene caffeina, quindi da limitare.	**ENERGY DRINK** sono vietati: eccesso di zuccheri e caffeina, possono provocare agitazione, ansia tachicardia
ACQUA AROMATIZZATA con menta, limone, frutta e senza zucchero.	**SUCCHI 100% FRUTTA** Solo piccoli bicchieri (max 1 al giorno), meglio se diluiti con acqua	**ALCOLICI** Vietati, disidratano, alterano umore, sonno e interagiscono con i farmaci.

DISIDRATAZIONE

I sintomi principali:

- sete
- urine di colore più intenso
- debolezza improvvisa
- palpitazioni
- crampi muscolari
- pelle e mucose asciutte
- abbassamento della pressione arteriosa



Ministero della Salute

www.salute.gov.it/caldo

DISIDRATAZIONE

Si verifica quando:

- la sudorazione è eccessiva a causa delle alte temperature
- si perdono molti liquidi, come in caso di febbre, vomito e diarrea
- non si assume acqua a sufficienza in mancanza di stimolo della sete
- si prendono farmaci che favoriscono l'eliminazione di liquidi (come diuretici e lassativi)

Ministero della Salute

www.salute.gov.it/caldo

LEZIONE 4 – le etichette alimentari

INGREDIENTI	TABELLA NUTRIZIONALE	FRASI SPECIALI (“LIGHT”, “NATURALE” ...)
Sono le cose dentro al prodotto. I primi sono quelli più abbondanti.	Dice quante calori e zuccheri, grassi, proteine e sal e ci sono.	Sono parole che fanno sembrare il cibo “migliore”.
Se i primi sono zucchero olio o sale, meglio non esagerare!	Scegli i cibi con poco zucchero, poco sale e pochi grassi.	Leggi sempre anche gli ingredienti! Non tutto ciò che sembra sano lo è davvero.

COME LEGGERE LE ETICHETTE ALIMENTARI

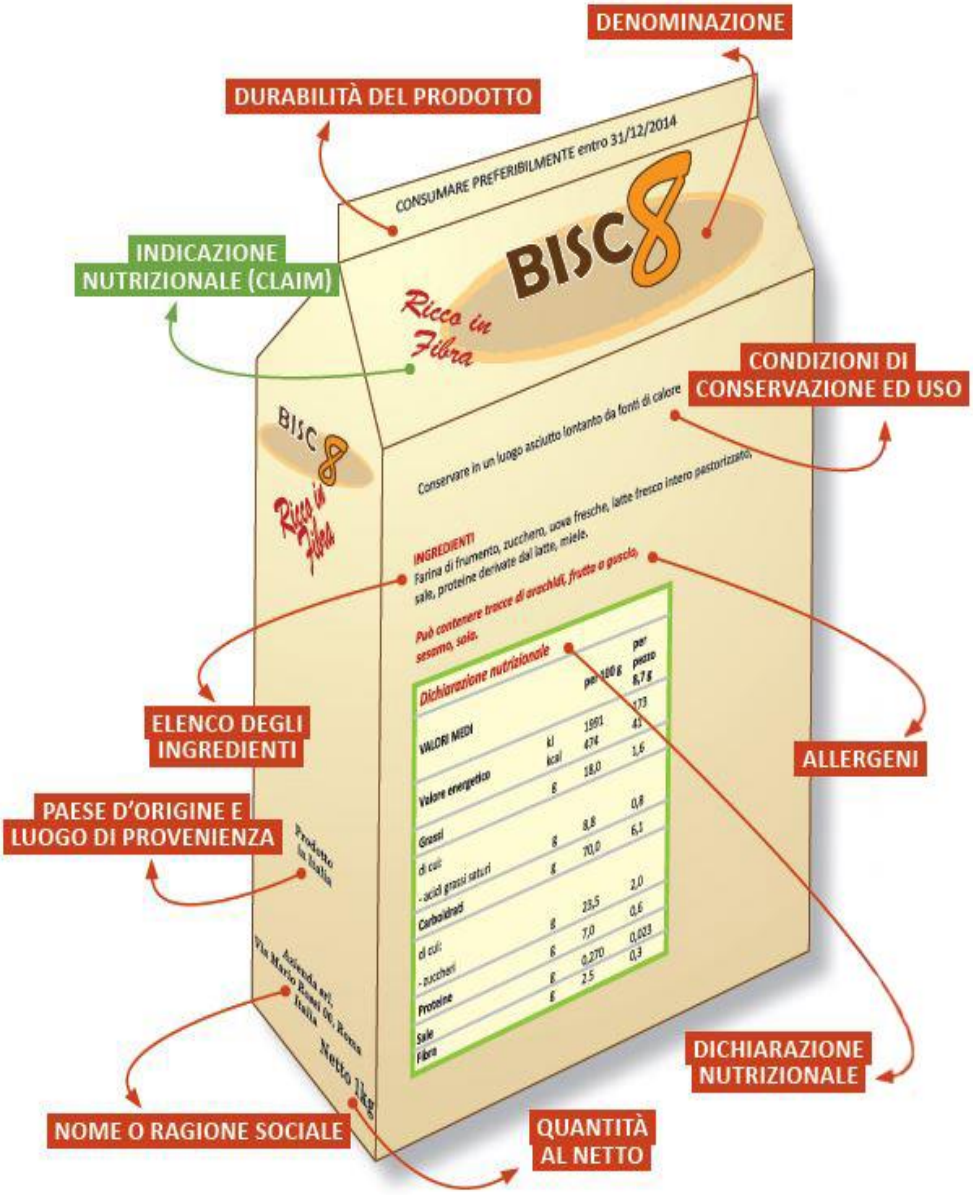


Immagine libera da copiright
Fonte: https://www.slideshare.net/slideshow/etichettatura-degli-alimenti/42650510

LEZIONE 5 – come ci si comporta a tavola

Lavarsi le mani prima dei pasti

Lavarsi i denti dopo aver mangiato

Spegnere TV e cellulari

Iniziare e finire insieme a mangiare

Mangiare lentamente

Parlare con tono tranquillo

Aiutare chi ha difficoltà

Sparecchiare e pulire dopo i pasti

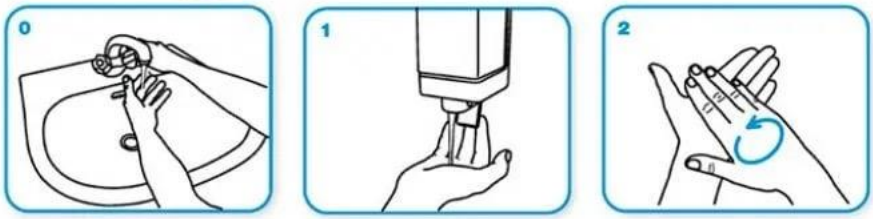
Ministero della Salute

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

CCM Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

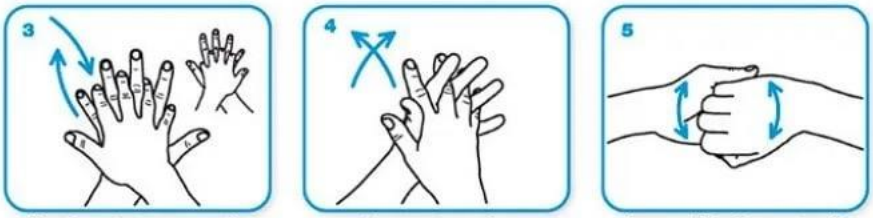
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



Bagna le mani con l'acqua

applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani

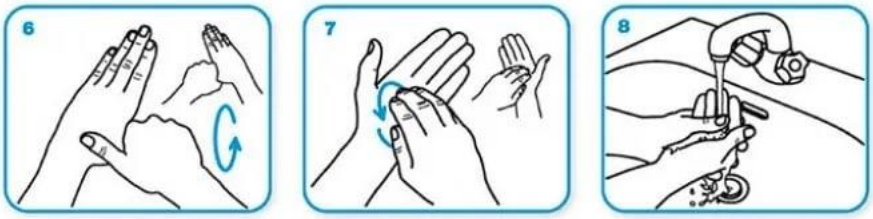
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa

palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro

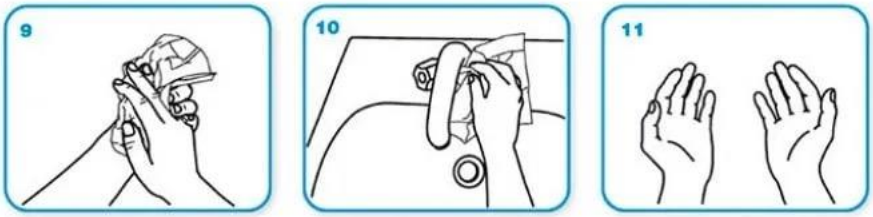
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa

frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa

Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso

usa la salvietta per chiudere il rubinetto

...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE *for* PATIENT SAFETY

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

October 2006, version 1.

World Health Organization

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

LEZIONE 6 - Il diabete, educazione alimentare

Il diabete di tipo 2
si può prevenire
Attività fisica
Alimentazione equilibrata
Evita fumo e alcol
Controlli regolari
Ministero della Salute
www.salute.gov.it

Categoria	Esempi di alimenti	Frequenza consigliata
SCELTE CONSIGLIATE	- Verdura e ortaggi di stagione - Frutta fresca (1–2 porzioni al giorno, preferibilmente intera) - Pane e pasta integrali - Legumi (- Pesce, carne bianca, uova - Acqua naturale, tisane - Olio extravergine d'oliva a crudo	**OGNI GIORNO**
DA LIMITARE	- Formaggi grassi e salumi - Dolci semplici (biscotti secchi, torte fatte in casa) - Pane bianco, pasta raffinata - Patatine, prodotti confezionati, fritti	**1–2 VOLTE/ SETTIMANA**
DA EVITARE	- Bibite zuccherate, succhi confezionati - Dolci industriali, snack, merendine - Superalcolici o liquori - Piatti pronti o fast food	**OCCASIONI RARE O MAI**

LEZIONE 7 – obesità, educazione alimentare

L'importanza della colazione

La colazione è fondamentale per l'attenzione, la concentrazione e la memoria. Saltarla ti farà sentire stanco e demotivato, rendendo più difficile seguire le lezioni.

Ministero della Salute

www.salute.gov.it

Spuntini intelligenti

Gli spuntini possono essere un momento piacevole, ma scegli bene! Scegli frutta fresca, frutta secca o yogurt per uno snack sano e nutriente.

Ministero della Salute

www.salute.gov.it

Non saltare i pasti

Saltare i pasti può causare fame improvvisa e stanchezza. Mangia regolarmente per mantenere l'energia e migliorare la concentrazione durante la giornata.

Ministero della Salute

www.salute.gov.it

Alimentazione equilibrata: i segreti per una vita sana... anche a scuola!

Ministero della Salute

www.salute.gov.it