

Laboratorio per la promozione della



salute e del benessere psicofisico

**GLI INCONTRI DEL MERCOLEDÌ**

**I DISTURBI ALIMENTARI:  
Anoressia, bulimia e obesità.  
Quando, come e perchè**

A cura di

**Dott. Marco Tineri, psicologo, psicoterapeuta CTA  
Dott. Settimio Tempera, Medico Chirurgo, specialista in  
Scienza dell'Alimentazione**

Roma, 10 ottobre 2012

# Obesità, Anoressia e Bulimia



**tre condizioni patologiche in cui  
c'e' una alterazione dello  
stato di nutrizione**

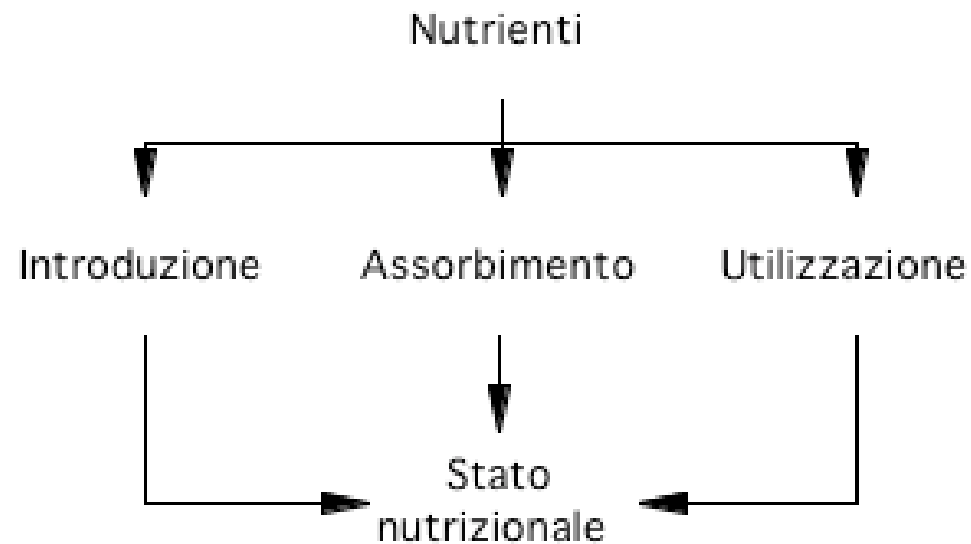
**Quindi due parole su..**

**...COS'E' LO STATO DI  
NUTRIZIONE?**

**...COME SI VALUTA LO STATO DI  
NUTRIZIONE?**

# COS'E' LO STATO DI NUTRIZIONE

Lo **stato di nutrizione** viene tradizionalmente definito come la condizione risultante dall'introduzione, assorbimento e utilizzazione dei nutrienti



# COS'E' LO STATO DI NUTRIZIONE



**Stato di nutrizione:** la risultante di tre entità tra loro strettamente correlate: la composizione, l'energia e la funzionalità corporea.

# COME SI VALUTA LO STATO DI NUTRIZIONE

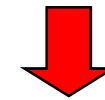
## MISURE ANTROPOMETRICHE

### PESO

Un peso elevato o ridotto, rispetto ad un valore desiderabile, può indicare squilibri alimentari come:



**Eccessiva assunzione  
di energia  
(sovrappeso/obesità)**



**Difettosa assunzione  
di energia  
(sottopeso)**



**Peso: 100 Kg**

**Altezza: 170 cm**

**BMI: 34,6 Kg/m<sup>2</sup>**



**E' OBESO?**



**Peso: 100 Kg**

**Altezza: 170 cm**

**BMI: 34,6 Kg/m<sup>2</sup>**



**E' OBESO?**



## COME SI VALUTA LO STATO DI NUTRIZIONE

E' importante valutare la  
**COMPOSIZIONE CORPOREA**  
che, insieme alla funzionalità degli  
organi e al bilancio di energia e  
nutrienti determina lo **STATO DI**  
**NUTRIZIONE** e, quindi lo  
**STATO DI SALUTE**

# COME SI VALUTA LO STATO DI NUTRIZIONE

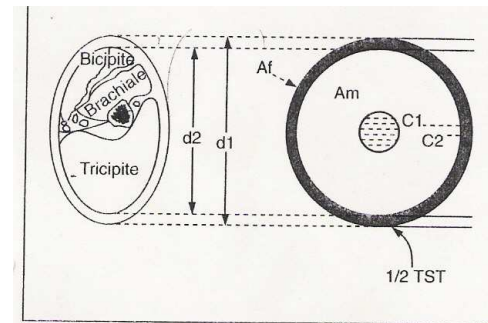
## PLICOMETRIA



**Serve per valutare la  
percentuale di  
massa grassa**

**FM: v.n. 15-17 % M 25-27% D**

**Si effettua con un calibro a molla,  
le cui estremità esercitano una  
pressione costante**



$$\text{CMB} = \text{CB} - (\text{TSF} * \pi)$$

# PLICOMETRIA



# COME SI VALUTA LO STATO DI NUTRIZIONE

## BIOIMPEDENZIOMETRIA



## DEXA



# OBESITA'



## DEFINIZIONE



L'obesità è una malattia cronico-degenerativa, caratterizzata da un **eccesso di massa grassa** nell'organismo.

WHO, 1994

Obesità donna: **FM > 35%**      Obesità uomo: **FM > 25%**

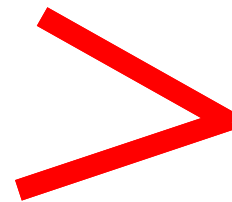
# OBESITA'

## ...UN PO' DI NUMERI...

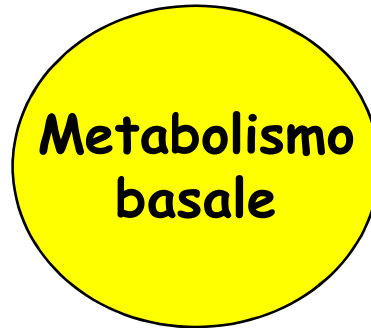
- Circa **500 milioni** di persone, nel mondo, sono obese (OMS, 2008);
- circa **43 milioni** di bambini sotto i 5 anni di età, nel mondo, sono in sovrappeso (OMS, 2010);
- in Italia nel periodo 2001-2009, è aumentata sia la percentuale di coloro che sono in **sovrappeso** (dal 33,9% nel 2001 al **36,1%** nel 2009) sia quella degli **obesi** (dall'8,5% nel 2001 al **10,3%** nel 2009).
- in Italia il **22,9%** dei bambini nel 2010 è risultato in sovrappeso e l'**11,1%** in condizioni di obesità.

# OBESITA' CAUSE

**Introito  
energetico**



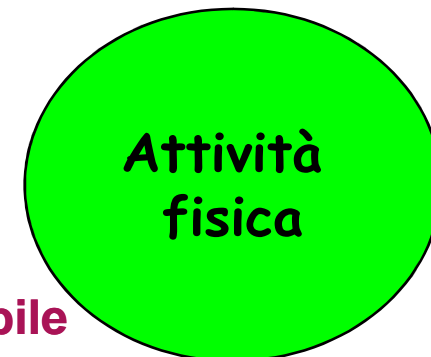
**Dispendio  
energetico**



65-75%



7-15%



Variabile

# OBESITA'

## QUINDI....

**Perché introito  
energetico  
aumentato?**

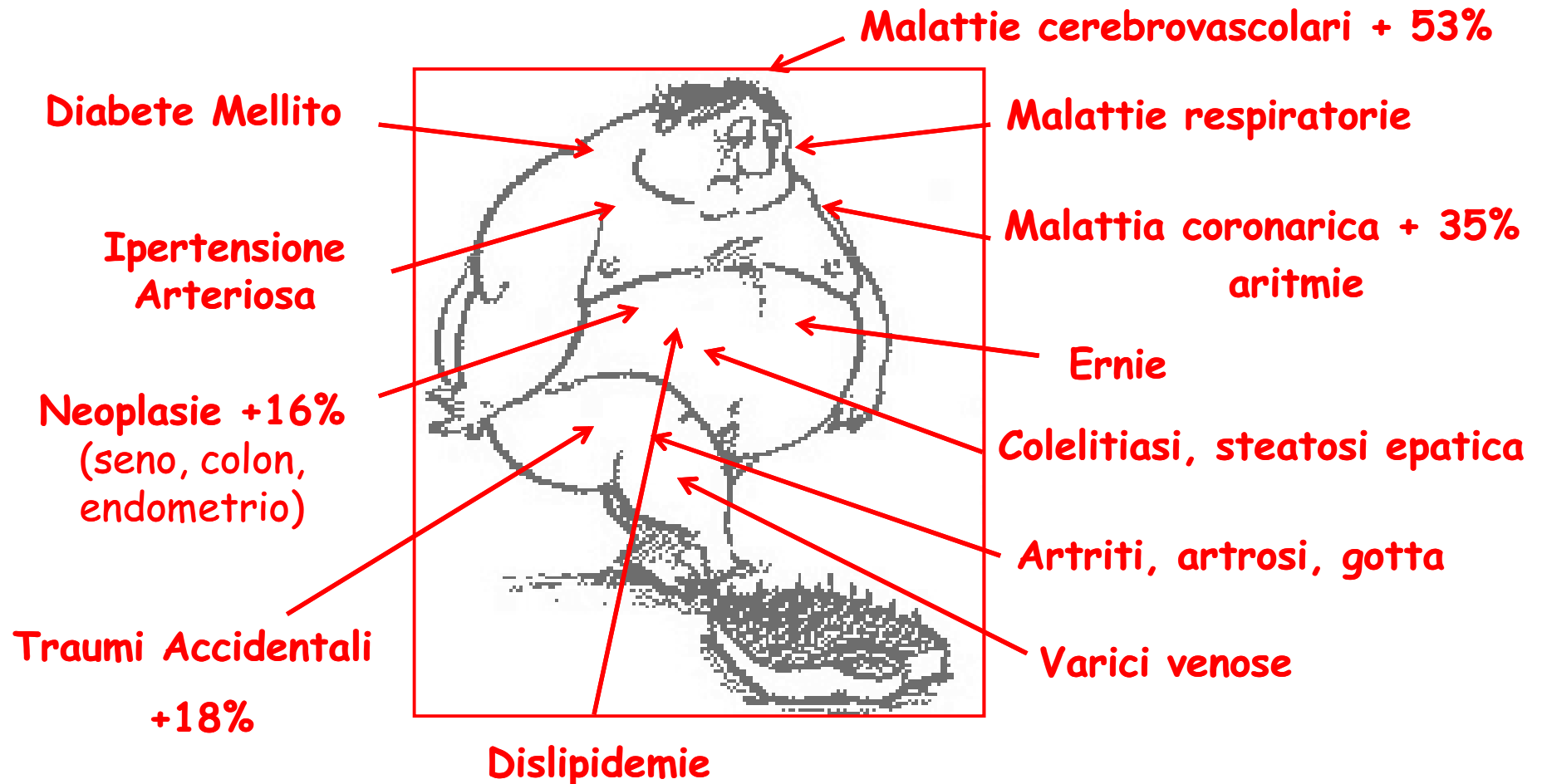
**Noia  
Ansia  
Stress  
Depressione  
Gioia**

**Perché Dispendio  
energetico ridotto?**





## L'Obesità è direttamente correlata con alcune malattie croniche e situazioni di disabilità



# OBESITA' TRATTAMENTO



# OBESITA' TRATTAMENTO



**Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document.**

**Donini LM, et al. Eating and Weight Disor. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31.**

# OBESITA'

## TRATTAMENTO

### Approccio Multidisciplinare al trattamento dell'Obesità

Dipartimento di Fisiopatologia Medica - Università di Roma La Sapienza

\* Istituto Clinico Riabilitativo "Villa delle Querce" – Nemi (RM)

Tenuto conto di tutto ciò, l'approccio al soggetto obeso dovrebbe avvenire secondo le procedure ed i tempi della medicina riabilitativa (13). Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali (14-22):

- *team approach*: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti, psichiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti e infermieri
- *setting multipli*: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione e attività fisica).

# OBESITA' TRATTAMENTO

## Approccio Multidisciplinare: perché?

### Medico Nutrizionista

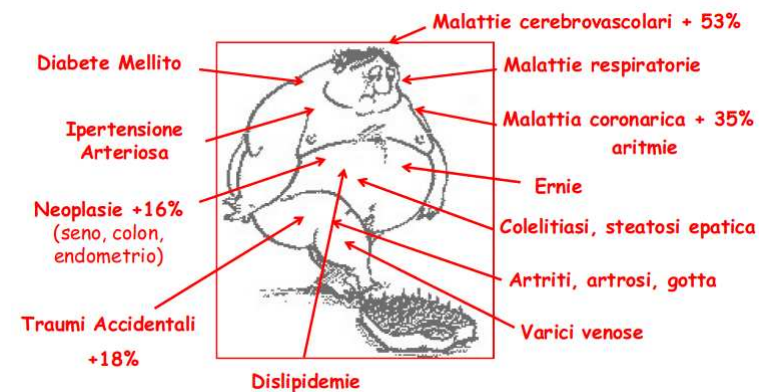
**DIETA BEN EQUILIBRATA:**

#### 1. MACRONUTRIENTI

- Carboidrati
- Proteine
- Lipidi

#### 1. MICRONUTRIENTI

- Sali minerali
- Vitamine



# **OBESITA' TRATTAMENTO**

## **Approccio Multidisciplinare: perché?**

### **Psicologo**

**Perché introito  
energetico  
aumentato?**

**Noia  
Ansia  
Stress  
Depressione  
Gioia**

**Gestione delle proprie  
emozioni**

**Motivazione al  
cambiamento del proprio  
stile di vita**

# OBESITA' TRATTAMENTO

## Approccio Multidisciplinare: **perché?**

### Fisioterapista

**Perché Dispendio  
energetico ridotto?**



# ....in pratica

**Dot. Sestimo Tempera**  
Medico-Chirurgo  
Specialista in Scienza dell'Alimentazione  
cell. 338.22.86.920  
e-mail: sestimotempera@gmail.com

**Dot. Marco Tmeri**  
Psicologo-Psicoterapeuta  
Cell. 347.03.09.784  
e-mail: marcotmeri@gmail.com

Valutazione dello stato di Nutrizione  
e  
Valutazione dello stato motivazionale  
al cambiamento dello stile di vita

Della: Sig.ra [redacted] nata il 17.03.1962.

Roma, 11.03.2012

## VALUTAZIONE DELLO STATO DI NUTRIZIONE E DELLO STATO MOTIVAZIONALE AL CAMBIAMENTO DELLO STILE DI VITA

La signora [redacted], nata il 17.03.1962, è stata sottoposta in data odierna a:

- 1. Valutazione del bilancio energetico:**
  - Food Frequency Questionnaire (FFQ)
  - Anamnesi Alimentare
  - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)
  - Livello attività fisica (LAF) secondo LARN (1996)
- 2. Valutazione della composizione corporea, mediante:**
  - Antropometria
- 3. Valutazione della funzionalità corporea, mediante:**
  - Anamnesi
  - Esame obiettivo
  - Esami ematochimici
- 4. Valutazione dello stato motivazionale al cambiamento dello stile di vita, mediante:**
  - Colloquio psicologico
  - Somministrazione intervista semistrutturata (M-IO)

Dalle valutazioni eseguite si evidenzia:

- 1. Valutazione del bilancio energetico:**
  - 1a. Intake di energia e nutrienti :**
    - un intake calorico giornaliero (FFQ) attuale pari a 2.400 Kcal/die circa con una ripartizione nei macro e micronutrienti che evidenzia una eccessiva assunzione di carboidrati (prevalentemente complessi) e lipidi.
    - Valutazione delle abitudini alimentari effettuata attraverso un questionario di frequenza di consumo alimentare ha messo in evidenza:
      - Basso consumo di prodotti della pesca (frequenza consigliata: almeno 2-3 volte alla settimana);
      - Elevato consumo di carboidrati complessi (pane, pasta) rispetto al fabbisogno energetico giornaliero;
      - Elevato consumo di alimenti di origine animale: formaggi, carne rossa e affettati (frequenza consigliata: massimo 1-2 volte alla settimana);
      - Basso consumo del gruppo della frutta e verdura/ortaggi (frequenza consigliata: 5 porzioni al giorno);
      - Elevato consumo di alimenti e bevande ricche di zuccheri semplici ed ad elevata densità energetica (dolci, cioccolato, merendine, ecc.);
  - 1b. Dispendio energetico :**
    - un livello di attività fisica basso secondo l'IPAQ, pari a 1.5 secondo L.A.R.N. (revisione 1996);
    - un metabolismo basale pari a 1550 Kcal/die circa stimato secondo L.A.R.N. (revisione 1996);
    - Fabbisogno Energetico Giornaliero pari a 2.400 kcal/die stimato secondo L.A.R.N. (revisione 1996);



## ....in pratica

### **2. Composizione corporea :**

- Parametri ponderali: Peso 131.8 Kg, Statura 156 cm, Indice di Massa Corporea (BMI) 54.1 Kg/m<sup>2</sup> (valori riferimento BMI: sottopeso: < 18.5; normopeso: 18.5-24.9; sovrappeso: 25-29.9; obesità di 1° grado: 30-34.9; obesità di 2° grado: 35-39.9; obesità di 3° grado: > 40);
- una massa grassa, misurata con l'antropometria, pari al 52.4% del peso corporeo, aumentata rispetto ad un valore di riferimento per la donna del 25-27% (valori riferimento Massa Grassa uomo: 15-17%; obesità: > 25%; donna: 25-27%; obesità: > 35%);
- Distribuzione della massa grassa: circonferenza vita di 132 cm (valori riferimento Uomo < 94 cm, Donna < 80 cm; rischio aumentato uomo 94-102 cm, rischio aumentato donna 80-87 cm; rischio fortemente aumentato uomo => 102 cm, rischio fortemente aumentato donna => 88 cm);

### **3. Funzionalità corporea :**

- Prescritti esami ematochimici;
- Dall'anamnesi risulta che la paziente è stata sottoposta ad asportazione ghiandola tiroidea (2003) per patologia nodulare (attualmente in terapia sostitutiva). Risulta essere affetta da fibromatosi uterina, colite nervosa, insufficienza venosa arti inferiori.
- Terapia farmacologica attuale: eutirox 225 µgr/die, supplementazione con calcio e vitamina D, sideral, folina.
- Esame obiettivo: nulla di patologico ai vari organi ed apparati, no edemi declivi, PA: 140/90 mmHg, FC 94 bpm, SpO<sub>2</sub> 98%.

### **4. Valutazione dello stato motivazionale al cambiamento dello stile di vita**

- Dal colloquio psicologico sono stati raccolti i dati anamnestici familiari e personali e, in particolare, sono stati esaminati la storia del peso, lo stile di vita attuale, le abitudini alimentari (disfunzionali e non) agite nell'ultimo anno e il grado della motivazione al cambiamento del proprio stile di vita. La paziente riferisce la presenza di traumi affettivi passati. Asserisce quanto l'aver dovuto "elaborare" il trauma l'abbia portata ad aumentare significativamente di peso (30kg in circa sette mesi). Durante la valutazione motivazionale, emerge uno stato di "contemplazione" nel modificare il proprio stile di vita. La paziente riconosce i comportamenti disfunzionali, è significativamente intenzionata a modificarli, tuttavia al momento, non si riconosce le adeguate risorse per agire il cambiamento. È consapevole dei comportamenti disfunzionali che agisce e di come questi siano significativamente correlati con le condizioni emotive di noia e ansia. In ultima analisi, sulla base di quanto la Sig.ra Patrizia riferisce, lo stato di obesità risulta essere complicato da Binge Eating Disorder, riferisce, infatti, di quanto il comportamento del mangiare sia determinato da un senso di colpa e/o da un tono dell'umore depresso; inoltre, è consapevole del fatto che tende a mangiare anche in assenza della sensazione di fame, fino a sentirsi piena e in solitudine. La paziente, informata del fatto che dovrà sostenere visite di controllo appare adeguatamente motivata a perseguire il percorso intrapreso ed essere presente negli incontri di follow-up (visita nutrizionale e colloquio psicologico). Si suggerisce la necessità di un supporto dietologico con l'obiettivo di rendere il paziente consapevole degli errori alimentari fin qui mantenuti e delle proprie risorse nel correggerli.

La signora risulta quindi affetta da obesità morbigena (aumento della massa grassa). Si prescrive:

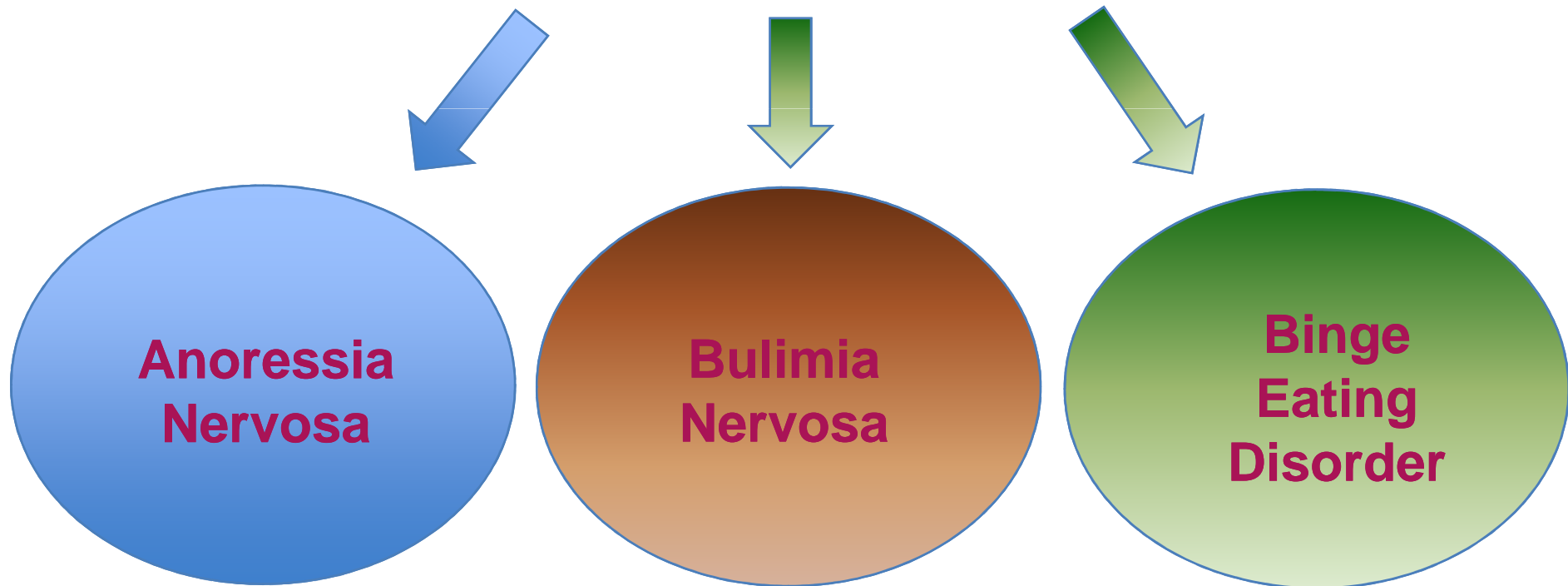
1. un trattamento dietoterapico con apporto di 1600 kcal/die, con un apporto proteico di 80 gr/die (1.2 gr prokg/peso corporeo di riferimento) e con il 60% delle kcal/die non proteiche da carboidrati, prevalentemente complessi.
2. Attività fisica di grado moderato, previo videat cardiologico.
3. Diario profilo pressorio.
4. Esami ematici di controllo.
5. Visita nutrizionale e colloquio psicologico di controllo.

Roma, 11.03.12

Dott. Settimio Tempera

Dott. Marco Tinari

# **DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE**



# **ANORESSIA NERVOSA**

## **DEFINIZIONE**

- 1. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per età e statura;**
- 2. Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso;**
- 3. Disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo;**
- 4. Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea con assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.**

# ANORESSIA NERVOSA

## DEFINIZIONE

### Sottotipi:



#### **Sottotipo restrittivo:**

La persona non presenta frequenti episodi di abbuffate o di comportamenti di svuotamento improprio (vomito autoindotto, uso improprio di diuretici, lassativi, clisteri)

#### **Sottotipo bulimico:**

La persona presenta frequenti episodi di abbuffate e di comportamenti di svuotamento improprio (vomito autoindotto, uso improprio di diuretici, lassativi, clisteri)

# BULIMIA NERVOSA

## DEFINIZIONE

- 1. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive, cioè:**
  - **Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto, una quantità di cibo che è indiscutibilmente superiore a quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso periodo di tempo;**
  - **Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire di non poter smettere di mangiare);**
- 2. Comportamenti ricorrenti impropri di compenso indirizzati a prevenire aumenti di peso: vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, clisteri, diuretici, digiuno, esercizio fisico eccessivo;**
- 3. Abbuffate e contromisure improprie capitano, entrambe, in media, almeno due volte a settimana da almeno tre mesi.**

# BULIMIA NERVOSA

## DEFINIZIONE

### Sottotipi:



#### **Sottotipo con condotte di svuotamento:**

La persona si è provocata frequentemente il vomito o ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici o clisteri

#### **Sottotipo senza condotte di svuotamento:**

La persona ha usato altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si è provocata frequentemente il vomito né ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici o clisteri

# **BINGE EATING DISORDER (BED)**

## **DEFINIZIONE**

- 1. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive;**
- 2. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati a tre (o più) dei seguenti caratteri:**
  - mangiare molto più rapidamente del normale;**
  - mangiare fino ad avere la sensazione di “scoppiare”;**
  - mangiare grandi quantità di cibo pur non avendo fame;**
  - mangiare in solitudine per l'imbarazzo legato alla quantità di cibo;**
  - provare disgusto di sé, depressione o colpa dopo l'abbuffata.**

# **BINGE EATING DISORDER (BED)**

## **DEFINIZIONE**

- 3. Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio;**
- 4. Le abbuffate compulsive capitano, in media, almeno due giorni a settimana per almeno sei mesi;**
- 5. Le abbuffate compulsive non sono associate all'uso regolare di comportamenti impropri di compenso (per esempio vomito autoindotto, lassativi, clisteri, diuretici, digiuno, esercizi fisici eccessivi) e non capitano soltanto nel corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.**



# DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

## ...un po' di numeri...

Nei paesi industrializzati, compresa l'Italia, ogni **100 ragazze** in età di rischio (12-25 anni) **8-10** soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare: **1-2** nelle forme più gravi (anoressia e bulimia), le altre nelle forme più lievi, spesso transitorie.

Tra le giovani la prevalenza della **bulimia (1%)** è maggiore di quella dell'**anoressia (0.3-0.5%)**

Anoressia e bulimia colpiscono soprattutto le donne: rapporto femmine:maschi è **10:1 per l'anoressia** e **20:1 per la bulimia**.

L'età di esordio cade, per lo più, fra i 10 e i 30 anni: **l'età media di insorgenza è di 17 anni**.

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **CAUSE**

### **Fattori di rischio fisici:**

- 1. Genere femminile;**
- 2. Età giovane;**
- 3. Sovrappeso;**
- 4. Concentrazione del grasso nella metà inferiore del corpo;**
- 5. Inclinazione familiare, in particolare materna, al sovrappeso.**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **CAUSE**

### **Fattori di rischio ambientali:**

- 1. Classe socio-economica medio-alta;**
- 2. Grande importanza attribuita in famiglia all'aspetto fisico;**
- 3. Idealizzazione di un corpo femminile molto sottile;**
- 4. Esperienze di derisione;**
- 5. Una madre molto preoccupata per l'alimentazione e le diete.**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **CAUSE**

### **Fattori di rischio evolutivi:**

- 1. Pubertà;**
- 2. Prime esperienze sessuali;**
- 3. Preoccupazioni per il rendimento scolastico;**
- 4. Stereotipi culturali di bellezza femminile.**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **CAUSE**

### **Fattori di rischio familiari:**

- 1. Confusione dei ruoli in famiglia, mancanza di confini, evitamento dei conflitti;**
- 2. Protezione e controllo eccessivi, scarso sostegno allo sviluppo dell'autonomia personale;**
- 3. Scarsa capacità di esprimere sentimenti ed emozioni;**
- 4. Aspettative molto ambiziose;**
- 5. Disturbi dell'umore dei genitori (depressione).**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **CAUSE**

### **Fattori di rischio traumatici:**

#### **1. Esperienze di abuso:**

- **Fisico;**
- **Sessuale;**
- **Emotivo.**

#### **2. Fattori iatrogeni:**

- **Prescrizione di diete, più o meno drastiche**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **...QUINDI ATTENZIONE SE:**

- 1. Perdita di peso improvvisa;**
- 2. Cambiamenti del tono dell'umore;**
- 3. Scomparsa del ciclo mestruale;**
- 4. Eliminazione di alcuni alimenti dalla dieta(carboidrati, olio);**
- 5. Attività fisica esagerata;**
- 6. Correre in bagno subito dopo aver mangiato.**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

## **ALTERAZIONI EMATOLOGICHE**

- **LINFOCITOPENIA**
  - infezioni , ritardata guarigione
- **ANEMIA (normocitica, normocromica)**
  - astenia
- **PIASTRINOPENIA**



# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

## **ALTERAZIONI APPARATO GASTROINTESTINALE**

- **Lesioni ulcerative esofago e stomaco**
- **Rottura di stomaco**
- **Riduzione della motilità intestinale - stipsi**
- **Difficoltà digestive**
- **Steatosi epatica**
- **Epatite acuta**
- **Pancreatite acuta**
- **Malassorbimento**
- **Ritardato svuotamento gastrico**
- **Dilatazione gastrica**
- **meteorismo**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

## **ALTERAZIONE CARDIOVASCOLARI**

- **Disidratazione**
- **Ipotermia**
- **Alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico**
- **Alterazioni ECG-grafiche**
- **Disturbi di conduzione, prolungamento del Q-T**
- **Sarcopenia cardiaca → scompenso cardiaco**
- **Alterazioni del ritmo (bradicardia, tachicardia)**
- **Ipotensione**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

## **ALTERAZIONI APPARATO GENITO-URINARIO**

- **Amenorrea**
- **Sterilità**
- **Insufficienza renale acuta e cronica**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

## **ALTERAZIONI ENDOCRINO-METABOLICHE**

- **Riduzione dei livelli di:**
  - **LH, FSH, estradiolo**
  - **Osteopenia-osteoporosi**
- **Riduzione della glicemia**
- **Ritardo/arresto di crescita**
- **Ipoglicemie**
- **Cattivo controllo glicemico in diabetico**
- **Ipercolesterolemia**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **COMPLICANZE**

### **ALTERAZIONI DEL SISTEMA NERVOSO**

- **S.N.P: Parestesie, disturbi della sensibilità agli arti**
- **Riduzione della performance cognitiva:**
  - **Disturbi dell'attenzione;**
  - **Disturbi della memoria;**
  - **Disturbi del sonno.**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE COMPLICANZE**

**1. Ipopotassemia** ← abuso di lassativi o diuretici, vomito autoindotto;

**Si può manifestare con:**

- 1. crampi muscolari**
- 2. Crisi epilettiche**
- 3. Aritmie cardiache**

# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE TRATTAMENTO**



**Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document.**

**Donini LM, et al. Eating and Weight Disor. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31.**

# DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

## TRATTAMENTO: COME

- *team approach*: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti, psichiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti e infermieri

## TRATTAMENTO: DOVE

- primo livello: *ambulatorio specialistico* (dieta e nutrizione clinica con consulenza internistica e psicologico-psichiatrica)
- secondo livello: *day hospital (DH) riabilitativo* o *day service*
- terzo livello: *riabilitazione intensiva residenziale*



# **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

## **TRATTAMENTO AMBULATORIALE**



### **Medico Nutrizionista:**

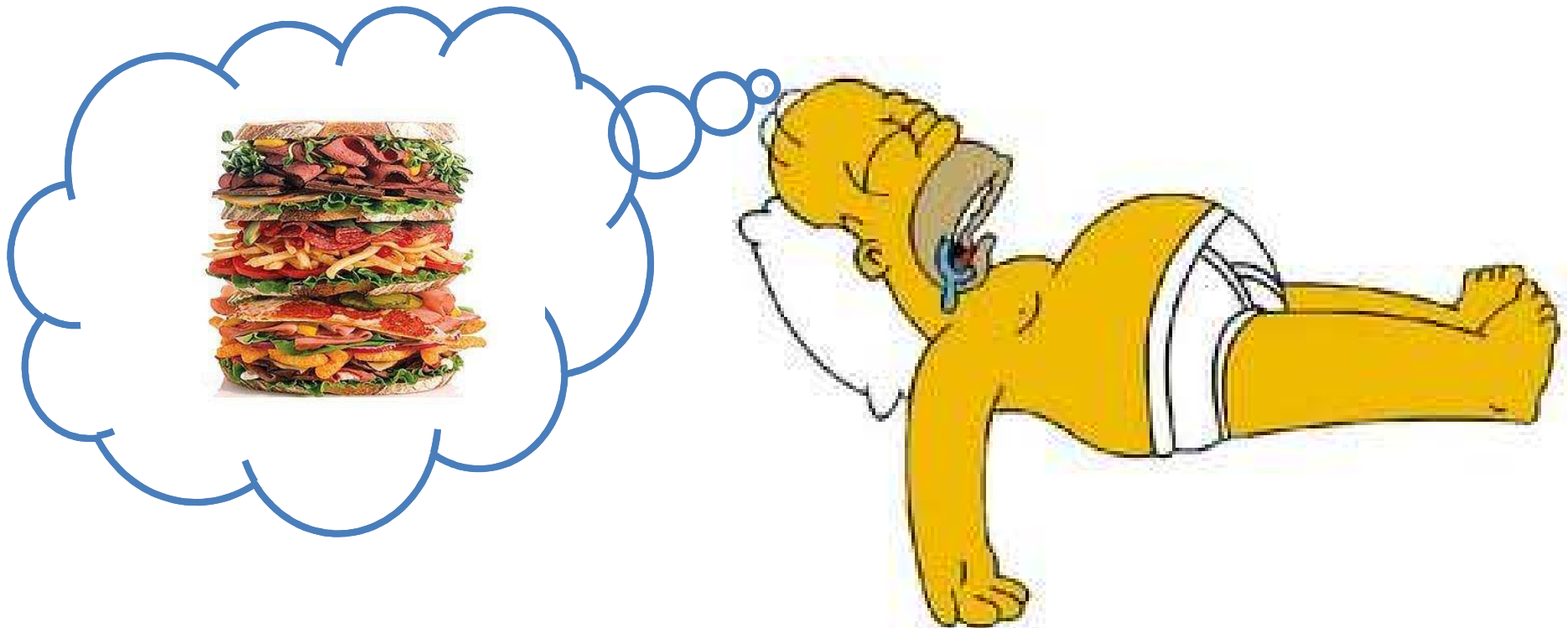
- Anamnesi;
- Esame obiettivo;
- Valutazione stato di nutrizione;
- Anamnesi alimentare;
- Esami ematochimici;
- Diario alimentare;
- Prescrizione dietoterapica;
- Prescrizione farmaci.



### **Psicologo:**



# ORA E' DAVVERO TUTTO!!!!!!! GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari



Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari

Laboratorio per la promozione della



I disturbi alimentari