

# SIS.DCA – ANSISA

## Progetto PIA.DA&O

SISDCA-ANSISA 2012-2014

Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

“Elaborazione di Percorsi Italiani Assistenziali Standard di Qualità Eccellente per lo Studio, Prevenzione e Cura dei Disturbi-Alimentari-Obesità”

Manuale Operativo (MO) OPZIONI.100 per il Progetto PIA.DA&O

A cura dell'Editorial Board SISDCA-ANSISA

Bosello O, Carruba M, Cuzzolaro M, Donini L, Manara F  
Melchionda N, Nizzoli U, Rovera G, Sori R

=====

## I. Il Razionale: Un Manuale Operativo

- A. Le Premesse: Occorre un Manuale Propedeutico
- B. L'Azione: Occorre un Manuale Operativo
- C. L'Obiettivo
- D. La Situazione
- E. La Posizione della SISDCA e della ANSISA
- F. Un Panel di Redattori

## II. I Compiti Specifici dei Redattori e Comitanti

- A. Agenda
- B. Editorial Board
- C. Responsabili di Sezione
- D. Panel di Redazione
- E. Socio Esperto
- F. Web Master Editoriale
- G. Il Processo logico di costruzione delle risposte tematiche

## III. Piano Editoriale: Syllabus

=====

## I. Il Razionale: Un Manuale Operativo per un Manuale Didattico-Funzionale

### A. Le Premesse: Occorre un Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

- a. Data la relativa povertà di evidenze scientifiche forti, accanto alle segnalazioni dello stato attuale delle prove, documentate dalla letteratura scientifica e classificate secondo le gerarchie canoniche di Linee Guida<sup>1</sup>), dovrebbe essere **dato spazio ad esperienze, ipotesi, considerazioni critiche e formulazioni serendipitose** che appaiono al Panel di Redazione sufficientemente interessanti, in assenza ancora di dimostrazioni empiriche di efficacia.
- b. La scelta di questa strategia, che si affianca a quella classica della EBM, è attualmente necessaria **per evitare il caos e l'anarchia** dei comportamenti professionali nella libertà di azione e soprattutto per amplificare la formazione di coloro che non possono essere esperti in un campo della medicina in continuo divenire come quello dei DAO. Purtroppo si deve segnalare, specie in questi ultimi anni, la incongrua crescita di interventi a carico di soggetti con DAO in assenza di adeguata formazione degli operatori.
- c. Alla luce delle Raccomandazioni prodotte dalla Consensus Conference DCA del 25 Ottobre 2012 (CC.DCA.ISS), le evidenze e le prove di efficacia relative ai DAO sono talmente scarse da rendere oggi impossibile promuovere vere e proprie Linee Guida. Comunque saranno tenute in considerazione le raccomandazioni più esaustive del Guideline Internstional Network (G-I-N).

### B. L'Azione: Occorre un Manuale Operativo

- a. Occorre un Manuale Operativo MO **come strumento di lavoro** ad uso dei Redattori per l'Elaborazione del Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale nella forma di un testo breve, non più di 250 pagine, che dimostri la vitalità scientifica della SISDCA e della ANSISA e offra agli operatori nel campo dello **Studio, della Prevenzione e della Cura dei** DAO, un panorama aggiornato e sintetico di suggerimenti clinici, non solo sulla base di prove, ma anche di principi teorici, di deduzioni razionali e di traslazioni sperimentali.
- b. I Consigli Direttivi SISDCA e ANSISA hanno deciso di sostenere la proposta avanzata a suo tempo nel Libro Bianco della SISDCA<sup>2</sup>) di produrre un volume che espliciti la **Evidence Based Practice** (EBP) messa in atto dai propri principali Esponenti nel campo dei DAO in affiancamento alla EBM.

---

<sup>1</sup> Manuale metodologico: Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Istituto Superiore di Sanità nel 2002 (revisione 2004). Il manuale si può scaricare al seguente link: [http://www.snlg-iss.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.snlg-iss.it/manuale_metodologico_SNLG). A pag 88 è citato lo schema storico della US Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, già AHCPR) che è stato maggiormente utilizzato dalle principali agenzie internazionali di linee guida sino a oggi. Il AHRQ, tuttavia, è uno schema rigido che si basa principalmente sul disegno degli studi più che sulla qualità metodologica degli stessi o sulla rilevanza dei risultati o sulla importanza dei benefici attesi.

<sup>2</sup> Libro Bianco 4.2.1. SISDCA: vedi link <<http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/libro-bianco.html>>

c. Il Manuale Operativo (MO) è stato confezionato dall'Editorial Board per la fine di Novembre e presentato al Panel dei Redattori il 1° Dicembre 2012 nella riunione del SENATO della SISDCA a Bologna.

#### C. L'Obiettivo

- a. L'intenzione è quella di offrire, a tutte le figure professionali che si occupano del "management" dei DAO<sup>3</sup>, un testo pratico che sostenga la Evidence Based Practice. Il Manuale MDF, oltre che Funzionale dovrà anche essere **Didattico come strumento di formazione**, anche online, potrà servire ai Ricercatori per le scelte della ricerca finalizzata dei Commissioner nell'auspicio che si formi una classe dirigente competente ed autorevole, e possa costituire un punto di riferimento per gli Utenti in cerca di cura e per le loro Associazioni<sup>4</sup>.
- b. Il Manuale MDF sarà pubblicato in formato elettronico a nome di tutti i Componenti del Panel e inviato ai Soci Ordinari delle Due Società.
- c. Sarà inoltre organizzata una **Presentazione del Manuale MDF del PIA.DA&O e delle motivazioni** che ne hanno promosso la sua elaborazione alla Comunità Scientifica e Sanitaria e alle Istituzioni alla fine del 2013 in un evento SISDCA-ANSISA.
- d. Si tenga presente che tutti i componenti del Panel di Redazione (Capofila 1, 2 ed Esperti) saranno citati nel Manuale MDF in ordine alfabetico a prescindere da gerarchie precostituite dei Capofila 1 e 2. Quello che conta è l'impegno nello sviluppare il compito assegnato.

#### D. La Situazione

- a. Si ritiene che il Manuale MDF possa essere un documento indispensabile e antesignano alla luce delle seguenti considerazioni:
  - i. **Esigua documentazione EBM** nel campo dei DAO
  - ii. **Raccomandazione al ICED** di Vancouver del 2004 di poter "fare quello che si vuole" almeno all'insegna della "Best-Guess", ossia della migliore soluzione proposta da esperti, ma con l'obbligo di "dire quello che si fa" e di segnalarne i risultati alla comunità<sup>5,6</sup>. Con questa affermazione si possono gettare le basi per la creazione di un "Registro Nazionale dei DAO".
  - iii. Esistenza di Raccomandazioni promulgate dalla **Consensus Conference DCA dell'Istituto Superiore di Sanità**.
  - iv. E' totalmente assente la "**Clinical Governance**" del Servizio Sanitario Nazionale.
- b. Quindi **libertà di pensiero e di azione** ma nell'ambito di una rigorosa onestà culturale.

#### E. La Posizione della SISDCA e della ANSISA

- a. Le due Società in questo modo non solo contribuiscono a sostenere il percorso di miglioramento dell'attività clinica dei professionisti che si occupano di pazienti con DAO, ma anche si candidano chiaramente ad assumere la **Leadership** del processo di miglioramento terapeutico e riabilitativo. Il testo vuole essere di base, propedeutico, strumento didattico fondamentale e guida pratica per tutti in assenza di Linee Guida esaustive.
- b. Due assunti di base hanno ispirato la fondazione e il lavoro della SISDCA per oltre venti anni. Essi caratterizzano, fin dal titolo, la rivista scientifica **Eating and Weight Disorders**, patrocinata dalla stessa Società, e sono stati in tante occasioni condivisi dall'ANSISA:
  - i. Lo studio, la Prevenzione e la Cura dei DAO devono essere inter-disciplinari e, nella pratica clinica, multi-professionali e multi-dimensionali integrati.
  - ii. Grande attenzione va dedicata alle diverse forme di Obesità, per le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi.
- c. Non si deve quindi considerare l'Obesità come una unica "malattia" ma le Obesità, come un complesso sindromico categoriale e dimensionale con differenti criteri di classificazione, anche se impreciso allo stato attuale della conoscenza. **Il BMI non è più sufficiente poiché, per definizione,**

---

<sup>3</sup> Le figure professionali sono: il medico di medicina generale, il pediatra, lo psichiatra, lo psicologo, lo psicoterapeuta, il nutrizionista clinico, l'internista e/o l'endocrinologo, il dietista.

<sup>4</sup> Dalla CC.DCA.ISS: Raccomandazione: "Promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per gli operatori sanitari onde facilitare l'individuazione precoce dei DCA e garantire l'appropriatezza della presa in carico"

<sup>5</sup> Vitousek DK (1998), Clinical Psychology Review. 18: 391-420.  
Wilson GT et al. Psychological treatment of eating disorders. Am Psychol. 2007 Apr;62(3):199-216. .... Cognitive behavioral therapy is currently the treatment of choice for bulimia nervosa and binge-eating disorder, and existing evidence supports the use of a specific form of family therapy for adolescents with anorexia nervosa. Important challenges remain. Even the most effective interventions for bulimia nervosa and binge-eating disorder fail to help a substantial number of patients. A priority must be the extension and adaptation of these treatments to a broader range of eating disorders (eating disorder not otherwise specified), to adolescents, who have been largely overlooked in clinical research, and to chronic, treatment-resistant cases of anorexia nervosa..... The problems of increasing the dissemination of evidence-based treatments that are unavailable in most clinical service settings are discussed.

<sup>6</sup> Vitousek DK (2002). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, Fairburn CG, Brownell (KD), New York (NY), Guilford Press.

rappresenta solo un sintomo dimensionale utilizzato per una classificazione categoriale. Questo concetto va esteso a tutti i disturbi alimentari propriamente detti, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder<sup>7</sup>). Inoltre va considerato che il DSM-IV e il DSM-5<sup>8</sup> (licenziato nel Maggio 2013), rappresenta un sistema classificativo necessario specialmente per la standardizzazione delle categorie nosografiche nella ricerca e non è completamente operativo nella clinica.

#### F. Un Panel di Redattori

- a. E' stato individuato dall'Editorial Board (SISDCA-ANSISA) un **Panel di Redattori (Capofila 1 e 2)** che hanno accettato di scrivere in collaborazione l'Argomento scelto nell'ambito delle 12 Sezioni proposte nel luglio 2012 dal Consiglio Direttivo della SISDCA, in accordo col Consiglio Direttivo della ANSISA (Tab. 1, 2 e 3).
- b. Sono stati individuati, sempre dall'Editorial Board, una serie di **Esperti tra i Soci Ordinari** delle due Società con l'incarico di collaborare alla stesura di un argomento scelto nell'ambito delle 12 Sezioni (Tab. 1).
- c. La necessità di coinvolgere Esperti con connotazioni multi-disciplinari e multi-professionali integrate nel Panel di Redazione, responsabile della stesura del Manuale MDF, è stata confermata da una serie di studi empirici<sup>9</sup>. Sul piano teorico la multi-disciplinarietà è stata necessaria per garantire:
  - i. la valutazione dei benefici e degli effetti avversi degli interventi di professionalità e punti di osservazione e valutazione diversi.
  - ii. l'integrazione della dimensione organizzativa, gestionale, etica ed economica accanto a quella dell'efficacia clinica.
- d. Per quanto riguarda l'**integrazione dei punti di vista degli Utenti** l'Editorial Board ha ritenuto di soprassedere in questa fase non essendo ancora in grado di produrre Linee Guida. Tuttavia si farà riferimento ai Criteri di Eccellenza laddove si prevedano soggetti singoli esperti e in grado di intervenire nella valutazione della qualità assistenziale.
- e. Studi empirici hanno documentato che gruppi multi-professionali integrati tendono a dare valutazioni più conservative sulla indicazione all'uso di tecnologie o interventi sanitari, rispetto a gruppi mono-specialistici o mono-disciplinari.
- f. Il Manuale MDF si prefigge di non "ingrignire" la pratica clinica: curerà perciò come rinnovarla ed innovarla in modo continuo. Per questa ragione una sezione viene dedicata al processo di lavoro dei Team clinici ed alla loro gestione e leadership. **Se la multi-professionalità della composizione dei Panel è in generale accettata in termini di principio, assai più critica è la realizzazione di una reale multi-disciplinarietà operativa.**

## II. I Compiti Specifici dei Redattori e Comitati

A. **Agenda:** Lo sviluppo dei compiti si svolgerà secondo la seguente agenda:

- a. Il 1° tempo, **entro il 30 Novembre 2012**, è dedicato alla **progettazione e all'assegnazione** dei 36 argomenti del Syllabus del Manuale (MDF) da parte dell'Editorial Board. L'intero progetto verrà presentato il 1° Dicembre 2012 alla riunione del Senato della SISDCA ove è stato messo nel ODG e inviato a tutti i Soci SISDCA e ANSISA.
- b. Il 2° tempo, **entro il 1° Aprile 2013**, è dedicato alla **produzione dei testi** da parte del Panel dei Redattori. Nel mese di Febbraio-Marzo 2013 dovrà essere attivo il **lavoro di allerta** dei Responsabili di Sezione per garantire il rispetto della dead line (**vedi Sez. II.C**).
- c. Il 3° tempo, **entro il 1° di Maggio 2013**, sarà dedicato alla **revisione-discussione dei testi**, inviati dai Capofila 1 ai Referenti del Comitato di Revisione-Discussione (**vedi Sez. II.L**).
- d. Il 4° tempo, **entro il 1° Novembre 2013**, sarà dedicato alla **stesura dell'intero Manuale MDF** da parte dell'Editorial Board allargato a un gruppo di Redattori utilizzando tutto il materiale ricevuto completato dalla revisione-discussione nel tempo 3°.
- e. Le modalità, i relatori e l'agenda della **presentazione** nel Dicembre 2013 del Manuale MDF, con i Percorsi Eccellenti diagnostico-terapeutici sostenuti da premesse, razionali e motivazioni, sarà compito del **Comitato di Supervisione** che si riunirà nel mese di Ottobre 2013 (**vedi sez II.M**).

<sup>7</sup> Beumont PJ, Garner DM, Touyz SW (1994): Diagnoses of eating or dieting disorders: what may we learn from past mistakes? Int J Eat Disord. 16: 349-62.

<sup>8</sup> <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

<sup>9</sup> Vedi a pag. 82 del "Manuale metodologico: Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica".  
[http://www.snlg-iss.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.snlg-iss.it/manuale_metodologico_SNLG)

- f. Il Manuale MDF sarà pubblicato in file pdf e inviato per posta elettronica a coloro che saranno presenti alla presentazione del Dicembre 2013. Se ci saranno le risorse necessarie sarà stampato un numero limitato di copie da un Editore che assegnerà al volume un numero SBN ufficiale, **utile come documento per tutti i Redattori.**
- g. Infine sarà preparato un attestato di certificazione come "ESPERTO" ad ogni Redattore che potrebbe essere utile ai fini professionali.
- h. Non è previsto alcun rimborso né per le spese sostenute per le riunioni del 1° Dicembre 2012, di Novembre e di Dicembre 2013 dai singoli Redattori, data l'assenza di sponsor, né per gli Invitati alla presentazione del Manuale MDF.
- B. Editorial Board (EB): Melchionda, Bosello, Carruba, Cuzzolaro, Donini, Manara, Nizzoli, Rovera, Sori,**
- Selezione dei Redattori Capofila 1, Capofila 2 e Soci Esperti in regola avvalendosi delle opzioni inviate da ciascuno al Presidente SISDCA
  - Attribuzione di argomenti per riempire i vuoti del Syllabus del Manuale MDF (vedi Tab 1) avvalendosi delle rispettive competenze professionali
  - Cooptazione eventuale di Esperti non Soci se necessario per argomenti di interesse cruciale.
  - dell'Argomento 36 (Sezione 12, La Ricerca) in collaborazione con l'Editorial Board entro Settempre-Ottobre 2013.
  - Formulazione delle norme editoriali dei manoscritti preparati dai Capofila 1 a seguito del lavoro di gruppo per ognuno degli argomenti elencati nel Syllabus (vedi Tab. 1). La congruenza relativa alle norme editoriali dei testi sarà compito delle coppie dei Responsabili di Sezione nella prima settimana di Aprile 2013 (vedi Sez. II.C). Considerando che la stesura dell'intero Manuale MDF sarà facilitata col sistema del "copia.incolla" di parti di testo, senza formattazioni speciali, sarà assolutamente indispensabile attenersi alle norme editoriali che dovranno essere scrupolosamente rispettate per ridurre il lavoro di editing, che richiede sempre molto tempo di coloro che dovranno sostenere la stesura del testo finale. Non esistono le risorse per demandare l'editing a personale specializzato che risulta sempre molto costoso.
- C. Panel di Redazione**
- E' formato dai Capofila 1, Capofila 2 e dai Soci Esperti cooptati
  - L'accettazione o rinuncia dell'invito con comunicazione a giro di posta al Presidente entro il 20 Novembre, inderogabilmente non oltre.
  - La scrittura dell'argomento affidato deve essere consegnata entro il 1° Aprile. Un Responsabile di Sezione è incaricato di sollecitare due settimane prima di tale termine il rispetto della deadline.
  - Comunicazione almeno un mese prima della dead-line della eventuale rinuncia motivata (entro il 1° Febbraio)
- D. Socio Esperto**
- Collabora col Capofila 1 e 2 per completare gli aspetti multi-professionali e multi-disciplinari integrati per la scrittura del testo relativo all'Argomento scelto.
  - Discute col Capofila 1 e 2 liberamente soprattutto la trasferibilità dei suggerimenti elaborati nella pratica clinica.
  - Fa una esperienza didattica per la sua crescita professionale, scientifica come formazione attiva
  - Si tenga presente che i componenti del Panel di Redazione saranno citati nel Manuale in ordine alfabetico a prescindere da gerarchie precostituite dei Capofila 1 e 2. Quello che conta è l'impegno nello sviluppare il compito assegnato.
- E. Web Master Editoriale (WME): Zanetti Chiara (347. 54.15.435 – [zanetti.chiara@gmail.com](mailto:zanetti.chiara@gmail.com))**
- Interfaccia telefonica e via e-mail
  - Supporto per fornire full text richiesti
  - Classificazione e stampa dei files inviati
  - Apertura di un forum su PLAYDCA e assegnazione delle password non appena individuato il Panel di Redazione SISDCA-ANSISA completo di tutti gli Esperti invitati.
- F. Il Processo logico di costruzione delle risposte tematiche**
- Una particolare attenzione dovrà essere riservata alla identificazione di percorsi assistenziali "standard" suggeriti anche dal solo buon senso, essendo il campo dei DAO sprovvisto di evidenze forti che non prevedono una acquisizione terapeutico-farmacologica a tempi lunghi.
- Un orientamento deve essere comunque dato, soprattutto nel campo delle Psicoterapie Integrate, in assenza di farmaci validi per ottenere il cambiamento dei comportamenti dannosi per la salute, come si caratterizzano appunto per i DAO, così come per il fumo, l'alcool, l'uso/abuso di sostanze psico-attive, la sedentarietà, ecc.
- L'individuo si inserisce nel grande bacino patogenetico dell'ambiente geografico e climatico, delle culture, delle religioni, delle ideologie, della politica, delle condizioni socio-economiche e dei comportamenti collettivi ed individuali.
- Assegnazione del "grading": Livello di Prova (LDP) e Forza della Affermazione e della Raccomandazione (FDR) <sup>10</sup>**
- Le raccomandazioni vengono qualificate con un certo grado di Livello di prova (LDP) e di Forza della raccomandazione (FDR), espressi rispettivamente

<sup>10</sup> Manuale metodologico: Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Istituto Superiore di Sanità nel 2002 (revisione 2004). Il manuale si può scaricare al seguente link: [http://www.snlg-iss.it/manuale\\_metodologico\\_SNLG](http://www.snlg-iss.it/manuale_metodologico_SNLG) (pag 74)

in numeri romani (da I a VI) e in lettere (da A a E). (Tab. III.D.1). Il livello di prova si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

<b>Livello di Prova: Si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.</b>	
<b>I</b>	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
<b>II</b>	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
<b>III</b>	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
<b>IV</b>	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
<b>V</b>	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
<b>VI</b>	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli, di comitati di esperti o di Gruppi di Lavoro

La FDR si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione, nella pratica di una raccomandazione, determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

<b>Forza della Raccomandazione: Si riferisce alla probabilità che l'applicazione nella pratica determini un miglioramento della salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta</b>	
<b>A</b>	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di Livello di Prova di tipo I o II
<b>B</b>	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
<b>C</b>	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
<b>D</b>	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
<b>E</b>	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

### C. Elenco dei Syllabus

=====

#### 1.1.a. Dal DSM-IV e dal ICD-10 al DSM.5.

Di Pietro-Manzi

Titolo del file: 01\_DIPIETRO\_MANZI\_5

=====

#### 2.1.b. La Valutazione Multi-dimensionale (VMD).

Donini-Nizzoli, Capezali, Castelnuovo, Cecchetto, Di Flaviano, Pasqui, Piana, Tagliabue

Titolo del file: 02\_DONINI\_NIZZOLI\_1

=====

#### 3.2.a. Tra i due poli: Anoressia e Obesità.

Nizzoli-Manzi, Traetta, Guerri, Cecchetto

Titolo del file: 03\_NIZZOLI\_MANZI\_3

=====

**4.2.b. Il Viraggio Bulimico: Sintomo trasversale.**

Melchionda-Luxardi, Cosenza, Marchiol, Rigotti, Tarrini

Titolo del file: 04\_MELCHIONDA\_LUXARDI\_1

=====

**5.3.a. Bambini, Adolescenti, Adulti. I DAO "life time"**

Lanzarone-Gravina, Cazzola, Cuzzocrea, Gelo, Martinetti, Miottello, Montecchi, Poianella, Stefanini, Stella, Vinci

Titolo del file: 05\_LANZARONE\_GTAVINA\_3

=====

**7.4.a. Meccanismi Neurobiologici di Regolazione dell'Appetito.**

Gravina-Spera, Basciani, Di Loreto, Nebbiai, Pennacchi, Poggiogalle

Titolo del file: 07\_GRAVINA\_SPEEA\_2

=====

**8.4.b.i. Benefici possibili dei Farmaci.**

Milano-Todisco, Cerro, Di Luzio, Miottello, Scita

Titolo del file: 08\_MILANO\_TODISCO\_1

=====

**10.4.c. Convergenza tra DAO e Uso-Abuso di Sostanze.**

Melchionda-Nizzoli, Genovese, Zannini

Titolo del file: 10\_MELCHIONDA\_NIZZOLI\_1

=====

**11.5.a.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Anoressia Nervosa**

Manzi-Prosperi, Bonanni, Bosio, Carli, Castegnaro, Cosenza, Di Stani, Micheletti, Paolicchi, Ricci, Todisco, Zaninotto

Titolo del file: 11\_MANZI\_PROSPERI\_4

=====

**13.5.b.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Bulimia Nervosa**

Di Pietro-Guidi, Ardovali, Bosio, Cazzola, Di Stani, Franco, Micheletti, Ricci, Ruggiero, Sorge

Titolo del file: 13\_DIPIETRO\_GUIDI\_3

=====

**14.5.b.ii. Aspetti Medico-nutrizionali. Bulimia Nervosa**

=====

**15.5.c.i. Classificazione degli "EDNOS".**

Prosperi-Melchionda, Bonanni, Gaudio, Guidi G, Poggiogalle, Traetta

Titolo del file: 15\_PROSPERI\_MELCHIONDA\_1

=====

**16.5.c.ii. "Night Eating Syndrome" (NES).**

Milano-Gravina, Nebbiai, Vinai

Titolo del file: 16\_MILANO\_GRAVINA\_2

=====

**17.5.c.iii. Aspetti Psicologico-psichiatrici degli EDNOS.**

Manzato-Di Pietro, Castelnuovo, Francato, Manzoni, Schumann, Strizzolo, Tieghi

Titolo del file: 17\_MANZATO\_DIPIETRO\_3

=====

**18.5.c.iv. Aspetti Medico-nutrizionali della AN e degli EDNOS.**

Ballardini-Montomoli, Jacoangeli, Labate, Petroni, Savina, Staar Meazzsalma, Trunfio, Vincenzi

Titolo del file: 18\_BALLARDINI\_MOLTOMOLI\_2

=====

**19.5.d.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Binge Eating Disorder**

Cuzzolaro-Bongiorno, Ardovini, Coli, Degli Esposti, Di Loreto, Franco, Grossi, Migliorini, Minì, Minniti, Notarbartolo, Ramacciotti, Vinai

Titolo del file: 19\_CUZZOLARO\_BONGIORNO\_1

=====

**20.5.d.ii. Aspetti Medico-nutrizionali. Binge Eating Disorder**

Montomoli-Cena, Capezzali, Fonte, Petroni, Pasqui, Stella, Vincenzi

Titolo del file: 20\_MONTOMOLI\_CENA\_2

=====

**21.6.a. Studi naturalistici di Esito. Metodologia e Risultati**

Cuzzolaro-Tarrini-Vinai

Titolo del file: 21\_CUZZOLARO\_1

=====

**22.6.b. Metodologia degli Studi di Valutazione dei Risultati dei Trattamenti**

Tarrini-Cuzzolaro

Titolo del file: 22\_TARRINI\_CUZZOLARO\_1

=====

**23.7.a. La questione della "Food Addiction".**

Melchionda-Bellomo, Luxardi, Marchiol, Raiteri, Rigotti, Zannini

Titolo del file: 22\_MELCHIONDA\_BELLOMO\_1

=====

**24.7.b. E' l'Obesità un Disturbo Alimentare?**

Melchionda-Tarrini, Oliva, Tanas

Titolo del file: 24\_MELCHIONDA\_TARRINI\_1

=====

**25.7.c. Importanza della Componente ambientale dell'Obesità**

Vanzo-Bosello, Gagliardini, Meneghini, Minniti, Pavan

Titolo del file: 25\_VANZO\_BOSELLO\_1

=====

**26.7.d. Comorbilità Psichiatriche dell'Obesità.**

Guidi-Manzato, Gaudio, Francato, Giuntoli, Loviselli, Scita, Strizzolo

Titolo del file: 26\_GUIDI\_MANZATO\_2

=====



- =====  
**27.7.e. Trattamento Multi-professionale Integrato dell'Obesità**  
**Spera-Donini, Basciani, Gagliardini, Oliva, Piana**  
 Titolo del file: 27\_SPERA\_DONINI\_1  
 =====
- 28.8.a. Valutazione prechirurgica. Chirurgia Bariatrica**  
**Cuzzolaro-Rovera, Delle Piane, Grossi, Mian, Minì, Notarbartolo, Zaninotto**  
 Titolo del file: 28\_CUZZOLARO\_ROVERA\_2  
 =====
- 29.8.b. Trattamento postchirurgico. Chirurgia Bariatrica**  
**Rovera-Cuzzolro, Cuzzocrea, Delle Piane, Gelo, Mian, Vinci**  
 Titolo del file: ROVERA\_CUZZOLARO\_1  
 =====
- 30.9.a. Eziopatogenesi, Fattori di Rischio e di Protezione. Prevenzione Integrata**  
**Bongiorno-Lanzarone, Carli, Castegnaro, Miottello, Minì, Montecchi.**  
 Titolo del file: 30\_BONGIORNO\_LANZARONE\_1  
 =====
- 31.9.b. Programmi di Prevenzione Integrata DAO. Prevenzione Integrata nei DAO**  
**Bosello-Vanzo, Martinetti, Meneghini, Pavan, Stefanini**  
 Titolo del file: 31\_BOSELLO\_VANZO\_1  
 =====
- 32.10.a. Le Terapie Cognitivo-Comportamentali Trans-diagnostiche.**  
**Dalle Grave-Melchionda, Ruggiero**  
 Titolo del file: 32\_DALLEGRAVE\_MELCHIONDA\_1  
 =====
- 33.10.b. Le Psicoterapie Alternative: Costruttivista, Sistemica e Familiare Integrate**  
**Molinari-Manzoni, Cuzzocrea, Degli Esposti, Gelo, Migliorini, Pavan, Schumann, Tieghi, Vinci**  
 Titolo del file: 33\_MOLINARI\_MANZONI\_2  
 =====
- 34.11.a. Il Razionale per i Criteri di Appropriatezza e Congruità.**  
**Donini-Rovera, Di Flaviano, Zini**  
 Titolo del file: 34\_DONINI\_ROVERA\_1  
 =====
- 35.11.b. L'integrazione dei nodi della Rete. Aspetti organizzativi dei 5 livelli**  
**Nizzoli-Donini, Paolicchi, Tanas**  
 Titolo del file: 35\_NIZZOLI\_DONINI\_1  
 =====

