

4° Sessione da sviluppare nei 3 Meeting: Clinica della Psiche.

=====

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

a. Introduzione

i. Definizioni:

1. Descrizione dei Disturbi Alimentari nei Bambini
2. Descrizione dei Disturbi Alimentari negli Adolescenti
3. Descrizione dei Disturbi Alimentari negli Adulti

ii. Quesiti

1. Quali sono i dati epidemiologici (frequenza/prevalenza/morbosità/mortalità) dei DCA nelle varie forme per le diverse età?
2. Quali sono i dati su morbosità/mortalità dei DCA nelle varie forme per le diverse età?
3. Quali sono i dati su comorbilità psichiatriche per i DCA nelle varie forme per le diverse età?
4. Storia naturale dei DCA e motivi di cronicizzazione.
5. Quali sono i trattamenti (setting, livelli di cura, psicoterapie) dei DCA per i Bambini? e per gli Adolescenti?
6. Quali sono le caratteristiche peculiari dell'intervento nutrizionale nei DCA per i Bambini? e per gli Adolescenti?
7. Quali sono i dati epidemiologici (frequenza/prevalenza/morbosità/complicanze/mortalità) dell'Obesità per le diverse età?
8. Quali sono i trattamenti (setting, livelli di cura, psicoterapie) dell'Obesità per i Bambini? e per gli Adolescenti?
9. Quali sono le caratteristiche peculiari dell'intervento nutrizionale nell'Obesità per i Bambini? e per gli Adolescenti?
10. Quale ruolo della famiglia e quale coinvolgimento dei familiari nel trattamento dei DCA e dell'Obesità per le diverse età?

b. Stato dell'arte

i. Epidemiologia

1. DCA nei Bambini e negli Adolescenti
2. Obesità nei Bambini e negli Adolescenti
3. DCA nelle varie forme e sull'Obesità negli Adulti

ii. Aspetti Psicologici e Psicopatologici, comorbilità psichiatriche

1. DCA Bambini
2. DCA Adolescenti
3. Obesità Bambini e Adolescenti

iii. Trattamento

1. DCA Bambini-
 - Setting e livelli di cura
 - Psicoterapie
 - Farmaci
 - Disturbi psicopatologici associati
 - Intervento nutrizionale
2. DCA Adolescenti
 - Setting e livelli di cura
 - Psicoterapie
 - Farmaci
 - Disturbi psicopatologici associati
 - Intervento nutrizionale

iv. Trattamento Obesità

1. Bambini
 - Setting e livelli di cura
 - Psicoterapie
 - Farmaci
 - Disturbi psicopatologici associati
 - Intervento nutrizionale
2. Adolescenti
 - Setting e livelli di cura
 - Psicoterapie
 - Farmaci
 - Disturbi psicopatologici associati
 - Intervento nutrizionale

v. Fattori "iatrogeni"

vi. "Toxic environment e Dieting"

vii. Competenze peculiari richieste agli operatori nel trattamento dei DAO

=====

8.4.b.i. Benefici possibili dei Farmaci.

Milano-Todisco, Cerro, Di Luzio, Miottello, Scita
Titolo del file: 08_MILANO_TODISCO_1

=====

Versione 1 aggiustata il giorno 8.2 ore 11.30

a. Introduzione

i. Definizioni

Il trattamento dei DCA è sostanzialmente multidimensionale e comprende le psicoterapie, la riabilitazione nutrizionale ed il trattamento farmacologico, sia per controllare i core symptoms dei DCA sia per trattare le frequenti comorbidità psichiatriche, estremamente frequenti in questo gruppo di patologie. Lo scopo di questa revisione è incentrato sull'uso degli psicofarmaci (antipsicotici, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antiobesità e inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina nel trattamento dei DCA.

ii. Quesiti

1. Che cosa il clinico può ragionevolmente aspettarsi dall'uso degli psicofarmaci nel trattamento dei DCA?
2. Su quali sintomi è possibile incidere maggiormente?
3. Quanto gli psicofarmaci sono utili nel trattamento delle comorbidità?
4. Quali farmaci hanno l'indicazione ufficiale al trattamento dei DCA?

b. Stato dell'arte

- i. Evoluzione storica dell'uso degli psicofarmaci
- ii. Dagli antidepressivi triciclici agli stabilizzatori dell'umore
- iii. Gli antipsicotici di prima e seconda generazione

=====

9.4.b.ii. Danni Iatrogenici dei Farmaci.

Bellomo-Spera, Basciani, Giuntoli, Raiteri

Titolo del file:

09_BELLOMO_SPERA_2

a. Introduzione

i. Definizioni

1. Danni iatrogeni da farmaci
2. Prescrizione off label
3. Iatrogenesi
4. Effetti collaterali da farmaci indesiderati

ii. Quesiti

1. Quali sono stati i maggiori danni iatrogeni da farmaci nei DAO?
2. Quali strategie di prevenzione/trattamento si sono rivelate più utili?

b. Stato dell'arte

- i. Farmaci controindicati o da usare con cautela nei DAO: quali e perché
- ii. Farmaci che favoriscono aumento del peso e sindrome metabolica: quali e perché
- iii. Prevenzione e trattamento dell'aumento di peso iatrogeno da farmaci.

=====

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

Introduzione

Definire un disturbo mentale presuppone far riferimento, intrinsecamente, a nosologie ed i DAO non fanno eccezione. Ogni nosologia presuppone un modello epistemologico e un modello teorico che permette di descrivere i fenomeni dell'osservazione clinica, le ipotesi eziopatogenetiche e le conseguenti scelte terapeutiche. I DAO non sono patologie "nuove", essi in realtà, benché in numero molto esiguo, sono stati descritti per la prima volta alcuni secoli fa. Sicuramente l'Anoressia Nervosa (AN) è stata descritta per prima sotto il suo profilo psicologico e sintomatico.

i. Definizioni

1. L'Anoressia Nervosa secondo il DSM-IV-TR
2. I criteri diagnostici nell'evoluzione proposta dal DSM.5 di prossima pubblicazione-
3. I due sottotipi: Restrittivo puro o "criptico" (ANR) e quello con "binge eating" e "purging" (ANP) vale a dire con vomito autoindotto o abuso di lassativi, diuretici o clisteri?
3. I Disturbi di Personalità nella AN

ii. Quesiti

1. Esiste solo una differenza fenotipica tra ANR e ANP? Ovvero tra i due sottotipi restrittivi senza e con "purging" esistono significative differenze nella loro struttura di personalità?
2. Esprimono i due sottotipi un differente livello di gravità?
3. In una prospettiva diagnostica non categoriale, ovvero dimensionale nel "life time", quali sono gli aspetti psicologici, psicopatologici e psichiatrici caratteristici della restrizione, come sintomo primario, indipendentemente dalla diagnosi secondo il DSM-IV? Ovvero è la restrizione inadeguata, per tenere il peso sotto il livello di normalità, un sintomo di patologia mentale?

b. Stato dell'arte

i. Aspetti eziologici, epidemiologici e mortalità

1. Epidemiologia: Prevalenza e Incidenza
2. Eziologia: Genetico-biologica, psicologica e relazionale
3. I fattori di rischio: Adiposità, Pressione Socio-culturale, Interiorizzazione dell'ideale di magrezza, Insoddisfazione corporea, Dieting.
4. I fattori protettivi generali e la resilienza
5. L'importanza dei modelli di attaccamento
6. L'abuso sessuale e altre forme di traumi

ii. L'assessment

1. Psicologia e Psichiatria
2. L'utilità della psicomedia

iii. La clinica

1. I disturbi di personalità associati ai due sottotipi prima, durante e dopo l'insorgenza dei sintomi

=====

2. La disregolazione emotiva
3. Le patologie psichiatriche associate o peggiorate dall'AN: nevrosi e psicosi.
4. Il significato dell'autolesionismo
5. L'Identità personale e l'immagine corporea: aspetti clinici e prognostici.

iv. I problemi implicati nel percorso terapeutico

1. Il problema della motivazione e della ambivalenza
2. Le tecniche di base del counseling nutrizionale e l'alleanza terapeutica
3. Implicazioni nel trattamento della comorbidità dei disturbi di personalità
4. Lavorare con la famiglia: assessment e tecniche di intervento
5. Gli studi di esito dei diversi trattamenti terapeutici nell'anoressia
6. La successione dei differenti percorsi terapeutici non farmacologici
7. Comportamenti assistenziali in caso di quadri clinici di grave entità e di pericolo di vita

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

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

Titolo del file: 13_DIPIETRO_GUIDI_3

a. Introduzione

Riflessione ad ampio raggio su principi epistemologici, sistemi nosografici, vari modelli psicologici e psicodinamici, atteggiamento meta-osservazionale.

i. Definizioni

1. La Bulimia Nervosa è una complessa patologia che coinvolge tutta la persona, nei suoi aspetti fisici e mentali.
2. Gli aspetti psicologici e psichiatrici si riferiscono a vissuti emotivi, personalità e comportamenti disturbati.
3. L'indagine psicologica avviene attraverso modelli teorici (Cognitivo-comportamentale, psicoanalitico, fenomenologico-esistenziale) che forniscono ipotesi sulla psicopatologia.

ii. Quesiti

1. Quali sono i modelli teorici più utilizzati per l'indagine psicologica?
2. Quali vissuti emotivi sono prevalenti nella patologia BN?
3. E' possibile un modello unico omnicomprensivo?
4. Quali competenze sono necessarie per trattare terapeutamente la patologia Bulimica?

b. Stato dell'arte

- i. Revisione sistematica degli studi primari (Morton, Bruch, Gordon, Fairburn a altri)
 - ii. Analisi storica della diagnosi e del concetto di BN (Russel e altri)
 - iii. Passaggi epocali, dagli anni '90 ai giorni nostri
 - iv. I punti controversi
 - v. I punti acclarati
1. Aspetti Fenomenologico-Esistenziali
 2. Il contributo della Psicoanalisi: da Freud a Lacan
 3. Immagine corporea
 4. Il discontrollo degli impulsi
 5. Aspetti psicologici della dieta
 6. Sentimenti ed emozioni: ansia, paura, rabbia, depressione, solitudine, vergogna, vuoto
 7. Ipotesi sulle cause psicologiche
 8. La motivazione alle terapie
 9. Preparazione dello strumento "Terapeuta"
 - a. Indispensabile un lungo e severo training psicoterapeutico.
 - b. Due livelli diversi di competenze terapeutiche: generico e specialistico.

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

Milano-Gravina, Nebbiai, Vinai

Titolo del file: 16_MILANO_GRAVINA_2

a. Introduzione

i. Definizioni

Fondamentalmente la Night Eating Syndrome (NES) è caratterizzata da una ridotta alimentazione durante il giorno, iperfagia serale accompagnata da difficoltà all'addormentamento (insonnia iniziale) e di mantenimento del sonno con risvegli notturni associati a consapevoli episodi d'ingestione compulsiva di cibo, dovuta ad un improvviso craving che esula da una reale sensazione di fame e da una successiva ripresa del sonno, impossibile senza aver assunto cibo

ii. Quesiti

1. Può la NES essere considerata una forma nosografica autonoma, alla luce dei dati?
2. I meccanismi patologici sottesi alla NES possono avere punti in comune con gli altri DCA?
3. Esistono evidenze che indichino una chiara strategia terapeutica?

b. Stato dell'arte

- i. Inquadramento nosografico e diagnosi differenziale con altre patologie correlate.
- ii. Fisiopatologia della NES
- iii. Epidemiologia della NES
- iv. Possibilità terapeutiche
- v. Correlazioni neuroendocrine tra alimentazione, metabolismo e processi di regolazione del sonno.
- vi. Evidenza e taratura di scale di valutazione specifiche
- vii. Associazioni con l'incremento ponderale

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

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Gli EDNOS sono un insieme di condizioni cliniche non classificabili in altre categorie diagnostiche, secondo i criteri del DSM-iv (e DSM.5)
- 2. FEDNEC (Feeding and Eating disorder Not Elsewhere Classified)
- 3. La diagnosi svolge una funzione rassicurante

ii. Quesiti

- 1. Quale è il senso dell'accanimento diagnostico?
- 2. Quali sono gli aspetti psicologico-psichiatrici associati agli EDNOS?
- 3. Gli EDNOS nel DSM-5: insieme frammentario o categoria diagnostica?
- 4. Gli EDNOS e i FEDNEC nel DSM.5: insieme frammentario o categorie diverse?
- 5. Quale è l'utilità per il clinico e per il ricercatore della categoria EDNOS?
- 6. Come classificare il Disturbo Dismorfofobico o la Ciclotimia che coinvolgono secondariamente il comportamento alimentare?
- 7. I Disturbi di Personalità (DP) variano a seconda della fase "life time": esiste una contraddizione?
- 8. I tratti di personalità possono influenzare la migrazione da un disturbo alimentare all'altro?
- 9. quali possono essere le implicazioni nel trattamento del fenomeno della migrazione diagnostica?
- 10. Quale è il ruolo della comorbidità psichiatrica nella compliance terapeutica?

b. Stato dell'arte

i. Revisione sistematica degli studi primari sugli aspetti psicologico/psichiatrici degli EDNOS

ii. Prevalenza degli aspetti psicologico-psichiatrici negli EDNOS

- 1. Comorbidità tra EDNOS e Disturbi Psichiatrici (Asse I del DSM-iv)
- 2. I Disturbi che possono essere confusi con un DAO
- iii.** Il problema dell'ampia variabilità dei dati
- iv.** Gli EDNOS e gli aspetti esistenziali e gli aspetti psicopatologici

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

Cuzzolaro-Bongiorno, Ardovini, Coli, Degli Esposti, Di Loreto, Franco, Grossi, Migliorini, Mini, Minniti, Notarbartolo, Ramacciotti, Vinai
Titolo del file: 19_CUZZOLARO_BONGIORNO_1

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Binge Eating
- 2. Binge-Eating-Obesità
- 3. Binge Eating Disorder
- 4. Fenomeni che si fanno rientrare fra gli aspetti psicologici
- 5. Fenomeni che si fanno rientrare fra gli aspetti psichiatrici

ii. Quesiti

- 1. Quali aspetti psicologici sono stati segnalati dagli studi sul BED?
- 2. Quali disturbi psicopatologici sono stati segnalati dagli studi sul BED?
- 3. La definizione diagnostica proposta dal DSM-5 renderà meno valide le osservazioni fatte finora?
- 4. Quali trattamenti per il BED e per i disturbi psicopatologici associati?
- 5. Quali sono le differenze tra la perdita di controllo nella Buninia Nervosa e il BED? (Dingemans, 2005)

b. Stato dell'arte

i. BED: aspetti psicologici

1. Descrizione e Prevalenza

ii. BED: aspetti psicopatologici

1. Descrizione e Prevalenza

iii. BED: trattamento

- Psicoterapie - Farmaci

1. Trattamento dei disturbi psicopatologici associati

iv. Lo "status" empirico del Binge Eating Disorder

1. Nelle diverse versioni del DSM

2. Criteri Classificativi - Categoria o Continuum?

=====
26.7.d. Comorbidità Psichiatriche dell'Obesità.

Guidi-Manzato, Gaudio, Francato, Giuntoli, Loviselli, Scita, Strizzolo
Titolo del file: 26_GUIDI_MANZATO_2

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Dalla visione mono-disciplinare a quella multi-disciplinare: necessità di un percorso DAO come modello.
- 2. L'Obesità nel DSM.5: comorbidità psichiatrica dell'Obesità.
- 3. Comorbidità psichiatrica di Asse I nell'Obesità: disturbi dell'umore, disturbo d'ansia, Obesità come dipendenza patologica, ruolo eziopatogenetico o sintomi secondari, strumenti diagnostici affidabili.
- 4. Aspetti psicologico-psichiatrici dell'Obesità: fattori che possono essere implicati nello sviluppo della comorbidità psichiatrica, fattori "endogeni" e comorbidità come aspetto reattivo (qualità della vita).

ii. Quesiti

- 1. Quali sono gli aspetti psicologico-psichiatrici che possono contribuire a creare e a mantenere un disturbo del peso?
- 2. Quali sono gli indicatori di gravità predittori di un possibile peggioramento da una condizione premorboza di semplice sovrappeso verso l'Obesità sempre più grave?

=====

3. Come interferisce la comorbidità psichiatrica nel processo diagnostico, nella fase terapeutica e nell'esito del trattamento dell'Obesità?

b. Stato dell'arte

- i. Revisione sistematica dei dati bibliografici e studi di letteratura.
- ii. Inquadramento diagnostico dei DCA e dei Disturbi Alimentari dell'Obesità come comorbidità psichiatrica: difficoltà diagnostica, difficoltà di valutazione dei trattamenti, diversità di risultati e difficoltà di comparazione, difficoltà diagnostiche legate anche ad abitudini culturali.
- iii. Ruolo della comorbidità psichiatrica nell'Obesità.
- iv. Epidemiologia dell'Obesità come problema di Sanità Pubblica (dati bibliografici sulla percentuale di comorbidità psichiatrica, sulle caratteristiche di distribuzione, sulle peculiarità)

=====
27.7.e. Trattamento Multi-professionale Integrato dell'Obesità

Spera-Donini, Basciani, Gagliardini, Oliva, Piana

Titolo del file: 27_SPERA_DONINI_1

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Trattamento multi-professionale integrato
- 2. Figure professionali coinvolte

ii. Quesiti

- 1. Esistono esperienze di trattamento multiprofessionale integrato riportate in letteratura con procedure definite ed esiti quantificati?
- 2. Quali professionalità sono coinvolte?
- 3. Esistono procedure di interazione tra le figure professionali codificate?
- 4. Quali sono le difficoltà riscontrabili in un'équipe multiprofessionale e quali sono le soluzioni adottabili per superarle?
- 5. Come può la formazione favorire l'interazione all'interno di un'équipe multiprofessionale ?
- 6. L'attuale organizzazione dei servizi sanitari interferisce positivamente o negativamente sulla costituzione e sul lavoro di un'équipe multiprofessionale?

b. Stato dell'arte

- i. Esperienze desunte dalla letteratura e dalle normative
- ii. Organizzazione interna di un'équipe multiprofessionale
- iii. Vantaggi e svantaggi del trattamento multi-professionale integrato per l'Obesità
- iv. Modalità di interazione all'interno di un'équipe multiprofessionale
- v. Modalità di interazione dell'équipe multiprofessionale con le altre componenti esterne all'équipe
- vi. Problematiche legate all'organizzazione dei servizi sanitari
- vii. Problematiche legate alla formazione dei singoli professionisti

=====
28.8.a. Valutazione prechirurgica. Chirurgia Bariatrica

Cuzzolaro-Rovera, Delle Piane, Grossi, Mian, Mini, Notarbartolo, Zaninotto

Titolo del file: 28_CUZZOLARO_ROVERA_2

a. Introduzione

i. Definizioni:

- 1. Chirurgia bariatrica e tecniche principali in uso
- 2. Indicazioni attuali generali secondo le linee guida SICOB

ii. Quesiti

- 1. Quali sono le variabili medico-nutrizionali da valutare?
- 2. Quali sono le variabili psicologico-psichiatriche da valutare?
- 3. Quali le controindicazioni e I motivi di cautela medico-nutrizionali?
- 4. Quali le controindicazioni e I motivi di cautela psicologico-psichiatrici?
- 5. Sono utili I trattamenti preoperatori?

b. Stato dell'arte

- i. Tabella che elenca I maggiori studi sui predittori di esito medico-nutrizionali a partire dal 2008
- ii. Tabella che elenca I maggiori studi sui predittori di esito psicologico-psichiatrici a partire dal 2008
- iii. Tabella che elenca I maggiori studi sui predittori di esito psicologico-psichiatrici a partire dal 2008
- iv. Dati emersi

=====
29.8.b. Trattamento postchirurgico. Chirurgia Bariatrica

Rovera-Cuzzolaro, Cuzzocrea, Delle Piane, Gelo, Mian, Vinci

Titolo del file: ROVERA_CUZZOLARO_1

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Successo e insuccesso
- 2. Elenco delle caratteristiche metodologiche che deve avere un buono studio di valutazione dei risultati medico-nutrizionali e psicologico psichiatrici della chirurgia bariatrica

ii. Quesiti

- 1. Quali sono state le più rilevanti complicanze post-operatorie medico-nutrizionali secondo i lavori pubblicati dal 2008?
- 2. Quali sono state le più rilevanti complicanze post-operatorie psicologico-psichiatriche secondo i lavori pubblicati dal 2008?

=====

b. Stato dell'arte

- i. Tabella che elenca gli studi selezionati fra quelli pubblicati a partire dal 2008
- ii. Problemi medico-nutrizionali
- iii. Valutazioni e trattamenti medico-nutrizionali post-chirurgia bariatrica
- iv. Valutazioni e trattamenti psicologico psichiatrici post-chirurgia bariatrica

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

Prosperi-Melchionda, Bonanni, Gaudio, Guidi G, Poggiogalle, Traetta
Titolo del file: 15_PROSPERI_MELCHIONDA_1

a. Introduzione: Premesse concettuali e storiche

i. Definizioni

- 1. La definizione diagnostica proposta dal DSM-5 conferma dignità nosologica e clinica per gli EDNOS?
- ii. **Quesiti**
- 2. Gli EDNOS rappresentano una fase di passaggio verso un disturbo dell'alimentazione maggiore?
- 3. Gli EDNOS richiedono una gestione clinica peculiare e diversa dagli altri disturbi dell'alimentazione?

b. Stato dell'arte

i. Classificazione di Keel 2001

- 1. EDNOS 1°: Esistenza di differenze quantitative rispetto al DSM-IV
 - Peso non inferiore al 85%
 - Presenza del ciclo mestruale
 - Frequenza del vomito inferiore a due volte alla settimana
- 2. EDNOS 2°: Esistenza di sintomi non definiti dal DSM-IV
 - Vomito in assenza di BE
 - Abuso di lassativi
 - Abuso di attività fisica con le caratteristiche della compulsione
 - Assenza di deglutizione con masticazione e eliminazione orale del cibo
 - Abbuffate senza vomito in soggetti normopeso

ii. Epidemiologia

=====

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

Cuzzolaro-Tarrini-Vinai

Titolo del file: 21_CUZZOLARO_1

a. Introduzione

i. Definizioni

- 1. Studi naturalistici di esito
- 2. Elenco delle caratteristiche che deve avere un buono studio naturalistico di esito

ii. Quesiti

- 1. Quali sono stati i maggiori studi naturalistici di esito dei DAO pubblicati a partire dal 2000
- 2. Quali dati prognostici sono emersi?

b. Stato dell'arte

i. Tabella che elenca i maggiori studi naturalistici di esito dei DAO pubblicati a partire dal 2000

ii. Dati prognostici emersi

- 1. Anoressia Nervosa
- 2. Bulimia Nervosa
- 3. EDNOS
- 4. Obesità-BED

=====

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

Tarrini-Cuzzolaro

Titolo del file: 22_TARRINI_CUZZOLARO_1

a. Introduzione

i. Quesiti

- 1. Quali caratteristiche deve avere un buono studio di valutazione dei risultati?
- 2. Per valutare i risultati dei diversi trattamenti si utilizzano disegni e metodi di ricerca simili o profondamente diversi?

b. Definizioni e Metodologia

ii. Descrizione dei principali metodi di studio

- 1. Revisioni sistematiche e metanalisi
- 2. Studi clinici con gruppo di controllo randomizzato
- 3. Studi clinici con gruppo di controllo
- 4. Consensus conference
- 5. Studi di coorte
- 6. Studi caso-controllo
- 7. Serie di casi
- 8. Case report
- 9. Opinione di esperti

iii. Come valutare i risultati uno studio in intervento

- 1. Schede di valutazione appropriate a seconda dei quesiti (vedi Manuale Operativo OPZIONI.973 (pag 12-17)
 - a. Esempio di una valutazione analitica di una Review Sistemica tratta dal Centre for Reviews and Disseminations del DARE
 - b. Esempio di scheda per la valutazione degli studi eziologici tratto dal Centro Studi EBN del S.Orsola-Malpighi
 - c. Esempio di scheda per la valutazione degli studi di trattamento tratto dal Centro Studi EBN del S.Orsola-Malpighi

=====

2. Altri modelli

iv. Assegnazione alla raccomandazione ottenuta dalla ricerca del Livello da I a IV

- I. Più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II. Un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III. Studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV. Studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V. Studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
- VI. Opinione di esperti autorevoli, di Comitati di esperti o di Gruppi di Lavoro

v. Valutazione della Forza della raccomandazione da A a E

- A. Forte raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non di Livello di Prova I o II
- B. Dubbi che raccomandazione debba sempre essere prescritta, ma la sua esecuzione deve essere attentamente considerata
- C. Sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione
- D. L'esecuzione non è raccomandata
- E. Fortemente sconsigliata

=====

=====