SVILUPPO DI LINEE PROGRAMMATICHE SISDCA

FILE DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO LPS.SISDCA

SOCIETA' ITALIANA STUDIO DISTURBI ALIMENTARI

ANORESSIA-BULIMIA-BINGEATING-OBESITA'

LPS.6.

1° GIORNATA DI STUDIO FULL IMMERSION
GRUPPO DI LAVORO LPS.SISDCA (GL.LPS)

Navacchio Polo Tecnologico (Pisa)
20-21 Gennaio 2012

1° Riunione del Gruppo di Lavoro della SISDCA (GL.LPS:SISDCA) - Nucleo promotore centrale
Consiglio Direttivo Nazionale Allargato ai Presidenti delle Sezioni Regionali e a Alla Esperti Esterni

A. Vantaggi del Lavoro di Gruppo Multi-disciplinare con Integrazione delle Professionalità

I Componenti del GL.LPS hanno come obiettivo in comune la Mission e la Vision enunciate nell'Articolo 3 del Nuovo Statuto della SISDCA. Il vantaggio del TeamWork Multi-disciplinare è multiplo e può essere così definito:
- **Cognitivo:** allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche
- **Motivazionale:** condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale
- **Relazionale:** affettività, senso di appartenenza al gruppo e riconoscimento dei ruoli specifici di ognuno
- **Organizzativo:** aumento dell'integrazione e promozione della condivisione di conoscenze
- **Tecnico:** identificazione di un linguaggio comune e di metodologie di lavoro innovative
- **Programmatico:** razionalizzazione di obiettivi compatibili con la Mission e la Vision.

B. Criterio di Lettura raccomandato del File di Presentazione del Progetto LPS

1. **I Membri del Consiglio Direttivo Nazionale (CDNR) verificheranno la propria Area LPS di afferenza (Pannello 8 a pag 53)**
2. **I Membri del Consiglio Direttivo Allargato (CDNA) ed Esteso (CDNE) verificheranno la propria Area LPS di afferenza al Pannello 9 segnalando eventuali incongruenze allo Steering Committee Starter (Pannello 3 pag 15)**
3. **I Responsabili di Progetto verificheranno la corretta pertinenza e formulazione del (o dei) Progetto assegnato e dovranno condividerne i contenuti con i CoResponsabili segnalati**
4. **I CoResponsabili di Progetto dovranno mettersi in contatto con il proprio Responsabile di cui troveranno l'indirizzo mail (Pannello 12 pag 77)**
5. **Tutti i Componenti del Progetto LPS.SISDCA dovranno conoscere i contenuti della propria (o delle) Area LPS di afferenza (A: Empowerment, B: Ricerca, C: Management, D: Business) consultando i rispettivi Pannelli 4 (pag 17), 5 (pag 27), 6 (pag 42) e 7 (pag 45).**
6. **Tutti i Componenti del GL.LPS dovranno condividere la strategia relativa al Programma della 1° Giornata si Studio del GL.LPS e prepararsi a svolgere i compiti verificando la propria afferenza ai Lavori di Gruppo dell'Area A, B, C e D a cui sono stati assegnati per presentare il proprio Progetto con 5 slide (in 10') nel lavoro di gruppo dalle ore 16 alle 19.30 del 20 Gennaio.**
7. **I Componenti dello Steering Committee Starter (STS) e i Referenti delle 4 Aree dovranno aver chiari tutti i contenuti del File di Presentazione del Progetto LPS.SISDCA e coordinare i lavori di gruppo della propria Area LPS.**
8. **Tutti i Componenti del Progetto LPS.SISDCA dovranno entrare nella piattaforma di lavoro a distanza "PLAYDCA" (vedi le istruzioni al paragrafo 6, pag 89, per interagire e abbandonare la posta elettronica per mantenere entro i confini della privacy del Progetto tutti i contenuti riservati durante la fase di "progettazione"**

"Ogni individuo ha proprie mappe cognitive attraverso le quali si esplicita l'osservazione e l'interpretazione delle realtà, che vengono generate dall'esperienza, dalle conoscenze e dall'interpretazione che l'individuo fa e "fissa" durante la propria vita. Le mappe cognitive individuali determinano stereotipi di valutazione e orientamenti dei meccanismi di problem-analysis e problem-solving. Tali mappe sono anche generatrici di pregiudizi e di differenti punti di vista in grado di influenzare fortemente il decision-making. Il TeamWork permette la riduzione di errori decisionali che, aggiunta ai vantaggi, premia l'investimento di energie necessarie per la sua costituzione e il suo funzionamento"(Serpelloni G)

C. Dei 21 invitati all'origine e dei 53 in itinere (Pannello 12) il risultato finale porta a 42 (*) il numero dei Componenti motivati a partecipare alla 1° Giornata Full Immersion per formare il Gruppo di Lavoro GL.LPS.SISDCA (Paragrafo 5.4.).

Donatella Ballardini*, Silvano Bertelloni*, Antonio Bongiorno*, Ottavio Bosello*, Daniela Capezzali*, Giovanni Caputo, Gianluca Castelnuovo*, Pierfabrizio Cerro*, Francesca Cuzzocrea*, Massimo Cuzzolaro*+, Laura Dalla Ragione, Riccardo Dalle Grave*, Linda Degli Esposti, Concetta De Salvo*, Giancarlo Di Pietro*, Marinella Di Stani**, Lorenzo Donini*, Emilio Franzoni**, Carla Gagliardini*, Lucio Gnessi*, Giovanni Gravina*, Andrea Guerri*, Lisa Guidi*, Fabrizio Jacoangeli*, Cristina Lanzarone*, GianLuigi Luxardi**, Emilia Manzato*, Sabato Antonio Manzi*, Nazario Melchionda*, Meneghini Stefania,* Simonetta Migliorini**, Walter Milano*, Alessia Minniti**, Valentina Minì*, Piergiorgio Miottello*, Enrico Molinari*, Francesco Montecchi**, Umberto Nizzoli*, Lucrezia Notarbartolo*, Sara Poggioli*, Enrico Prosperi*, Caterina Renna*, Giovanni Maria Ruggiero*, Sandra Sassaroli**, Maurizio Scaglia*, Romana Schumann*, Giovanni Spera*, Rita Tanas*, Giulietta Tarrini*, Todisco Patrizia*, Angiola Vanzo**, Gabriele Tridenti*, Chiara Zanetti*.

Il Lavoro rappresenta la Relazione più importante della Vita
Il Presidente della SISDCA, Bologna 24 Dicembre 2011 - Navacchio 20-21 Gennaio 2012

Elzeviro. Bosello O. Riflessioni sulla "Mission" di una Società Scientifica: la SISDCA

In senso generale, la missione di una Istituzione è il suo compito di diffondere un messaggio. Qualsiasi sia l'Istituzione, il compito è sempre così riassumibile "**aumentare il sapere, diffondere il sapere e insegnare a saper fare**". Nel caso di una Società scientifica, è quasi tautologico affermare che il primo compito è quello di contribuire ad aumentare e diffondere il sapere scientifico; di conseguenza viene la necessità di contribuire a saper mettere in pratica i contenuti del sapere, cioè il saper fare.

Mediante una enunciazione esplicita, "**Mission Statement**", ogni Società Scientifica dichiara quali sono i contenuti e le peculiarità che la distinguono e la differenziano da altre consimili. Lo scopo dell'istituzione deve essere chiaro, ma non riduttivo; deve contenere principi scientifici, ma anche morali e sociali.

Nel caso della SISDCA i contenuti sono costituiti dai **Disturbi dell'Alimentazione (DA)** e dal principio-guida che il modo migliore di studiarli e di curarli sia **interdisciplinare.** D'altra parte i DA non devono essere necessariamente costretti all'interno di quanto indicato dal DSM IV° o V° e neppure dall'ICD-10, ma possono e devono spaziare in qualsiasi aspetto scientifico che sia collegabile ai disturbi suddetti. In questo senso, la SISDCA ha perseguito, fin dalla sua fondazione avvenuta venti anni fa, un obiettivo allora molto originale: studiare l'interfaccia e i profondi legami che intercorrono fra i DA e l'Obesità.

Si è detto che il primo momento di una Società Scientifica è il **Sapere**: il motore del sapere è la **ricerca scientifica.** Se non vi fosse ricerca, il sapere si fermerebbe, potrebbe regredire e diventare oscurantismo. Altrettanto importante è la **diffusione** del sapere, cioè la **didattica formazione** e la. Ma non vi può essere credibilità se un docente o un formatore non ha nel suo curriculum i frutti della sua ricerca. Solo mediante la ricerca si può giungere al sapere. Non è sufficiente diffondere il sapere di altri, anche se conoscerlo è importante, per confrontarsi e crescere.

Ma solo la Ricerca personale consente la verifica, il Confronto e la Crescita.

Una Società Scientifica deve stimolare la ricerca mediante momenti di confronto, suggerimenti e, se possibile, aiuti. Questi possono essere costituiti da riconoscimenti, premi e borse di studio, anche sponsorizzate da altre istituzioni o aziende. Deve, inoltre, eseguire un censimento dei soci ricercatori, da aggiornare periodicamente, con i risultati delle ricerche, da diffondere alla Società e alla comunità scientifica.

Compito della Società è anche quello di **costituire uno o più network di ricercatori** affinchè siano incoraggiate e si sviluppino collaborazioni e ricerche multicentriche su temi consimili. La ricerca può essere di base, epidemiologica o clinica: è importante che sia originale oppure anche di verifica e/o conferma di osservazioni ancora preliminari.

Per la **diffusione del sapere** la Società dispone di strumenti diversi: innazitutto la pubblicazione dei risultati delle ricerche su riviste dotate di possibilità di confronto tra pari (come il caso di Eating and Weight Disorders, organo ufficiale della SISDCA). Vi è poi la possibilità di organizzare incontri, seminari, corsi o anche convegni, possibilmente monotematici. Il Congresso Nazionale di una Società Scientifica non è in genere il momento adatto per discutere risultati della ricerca, ma è una buona occasione per consentire ai più giovani di portare il loro contributo.

Si discute se l'evidenza scientifica sia una regola irrinunciabile oppure lasci spazio ad altri aspetti, forse non meno importanti, quali la descrizione di casi clinici. Anche le riviste più prestigiose hanno una rubrica dove pubblicano spesso case reports. Si tratta però di situazioni di grande rarità o di peculiare interesse scientifico che stimolano ampie discussioni. Anch'essi trovano il loro spazio e il loro momento, ma non può essere una regola. La mission di una Società Scientifica è tesa al continuo progresso delle conoscenze; non si ferma e non si accontenta.

Nell'abito della mission di una Società Scientifica vi è la Formazione. Per quanto riguarda il concetto di formazione, si deve sottolineare che ha molteplici significati ed è usato in diverse discipline; la formazione è costituita da un insieme di attività didattiche deputate alla preparazione di una persona a svolgere un compito, un'attività, una professione o, secondo alcuni, molto più semplicemente, a vivere.

La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni, ma è il risultato di un piano formativo organico che tende a strutturare, consolidare e rinforzare in maniera completa. La formazione è un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori. Si può parlare di qualsiasi argomento in qualsiasi circostanza, ma il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione richiede tempo, il tempo necessario per "formare", per assimilare e per comprendere. La formazione non avviene casualmente o in tempi brevi, ma è il contesto di un processo formativo che deve durare anni, tutta la vita. La formazione ha un'importanza cruciale: molte università hanno attivato facoltà dedicate alla scienza della formazione.

Vi è, infine, da definire la "**Vision**" di una Società Scientifica. Si tratta, in genere, di un documento dove l'Istituzione descrive la propria strategia operativa. Per una Società Scientifica essa è strettamente vincolata alla propria mission, ed è in genere proiettata al futuro con obiettivi di medio-lungo termine. Deve esprimere le modalità con cui si intende realizzare operativamente i contenuti della mission, in modo credibile e realistico. Deve essere condivisibile e condivisa e saper coinvolgere i membri dell'istituzione, al fine di realizzare gli intenti del sapere e del saper fare.

Mission e Vision sono aspetti assai diversi, ma insieme costituiscono l'Identità di una Istituzione, nel nostro caso la SISDCA.

Indice **Pag**

Elzeviro 3

Syllabus 5

Programma 8

1. Progetto SISDCA per lo Sviluppo delle Linee Programmatiche 12
   Pannello 1. Metodologia LPS 13
   Pannello 2. Mission e Vision 13
   Pannello 3. Aree LPS di Lavoro e Steering Committee e compiti 15
   Pannello 4. Area A Empowerment Professionale Referente Melchionfa 17
   Pannello 5. Area B Ricerca Clinica Applicata Referente Donini 27
   Pannello 6. Area C Management Assistenziale Regerente Bongiorno 42
   Pannello 7. Area D Business Societario Referente Spera 4

3. Specchietto Di Riepilogo Consuntivo 51
   Pannello 7.1 Riepilogo Referenti di Area e Responsabili Progetto 52
   Pannello 8. Afferenza CDNR 53
   Pannello 9. CDNA e CDNE Allargato e Esteso 53
   Pannello 10. “Action” 54

4. Organigramma della Società 75
   Pannello 11. Organi 77

5. Prospetto Gerarchico 78
   Pannello 12 78

6. Lavorare in gruppo a distanza con una strumento dedicato via internet: PLAYDCA 84

7. Recupero e Guarigione 88

Appendici 94

Elenco e handout delle slides 103

Appunti generali Fine

Sillabus Pag

Vantaggi del Lavoro di Gruppo Multi-disciplinare con Integrazione delle Professionalità 2
Bosello: Elzeviro 3
Programma
A. Convocazione 1° Consiglio Direttivo della SISDCA 2012-2014 - Navacchio Polo Tecnologico di Pisa 8
B. Invito 1° Giornata di Studio Full Immersion della SISDCA - Consiglio Direttivo Allargato e Esteso 8
1. Progetto SISDCA per lo Sviluppo delle Linee Programmatiche sottoposto alla approvazione del Consiglio Direttivo 12
Pannello 1. Metodologia LPS 13
Pannello 2. Mission e Vision 13
Pannello 3. Aree LPS di Lavoro e Steering Committee e compiti 15
Pannello 4. Area A Empowerment Professionale Referente Melchionfa 17

1. Molinari: Scuola di Specializzazione DAO: Possibilità e Alternative
2. Spera: Master Universitari con la collaborazione della Società
3. Renna: Corsi Regionali con lavoro per piccoli gruppi
4. Guerri: Gruppo di Lavoro indirizzato alla formazione di componenti del TeamBuilding per la promozione di un Corso di Formazione Nazionale basato sull'Empowerment dei Professionisti come Metodo Educativo
5. Prosperi: Corso di Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS)
6. Manzato: Corso di Formazione Propedeutico come base per "apprendisti" ancora senza alcuna esperienza ma col proposito di intraprendere una formazione specificamente indirizzata ai DAO
7. Schumann: Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione
8. Gravina: Seminari-Dibattito annuali monotematici a carattere regionale con esperti locali e/o nazionali promossi dai CDR delle Sezioni Regionali
9. Nizzoli: Corso di Formazione per Direttore-Responsabile del Servizio per i DAO
10. Cuzzocrea : Progetto Formativo Articolato
11. Ruggiero: Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari
12. Capezzali: Implementazione del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato
13. Bosello: La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata

Pannello 5. Area B Ricerca Clinica Applicata Referente Donini 27

1. Manzi: Promuovere organizzazione di ricerche cliniche multicentriche per testare l'applicabilità di modelli uongior con risultati attinenti a differenti livelli di evidenza, partendo dalla esperienza fattuale di chi sperimenta nel suo lavoro le difficoltà operazionali del confronto con i colleghi dai diversi profili professionaliProgettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici
2. Ballardini: Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici
3. Testare l'applicabilità di strumenti diagnostici e protocolli preventivo-terapeutici pubblicati a buon livello di evidenza
    a. Donini-Vanzo-Meneghini: Gruppo di Studio. Valutare la motivazione al cambiamento verso una sana alimentazione ed uno stile di vita attivo. Ipotesi di studio multicentrico sul Counseling Motivazionale.
    b. Tanas: Prevenzione e Terapia dell'Obesità in età evolutiva
        1: Melchionda: Gruppo di Studio Nazionale
        2: Tanas: Progetto Pediatri di Libera Scelta
        3: Tarrini: Prosecuzione Progetto PRIORITA' di Imola
        4: Tanas: PRIORITA'.2
4. Renna: Temi proposti che potrebbero essere sviluppati da appositi Gruppi di Studio approvati dal CDNR della SISDCA:
    a. Manzato: Immagine corporea**
    b. Renna: Rischio Suicidario
    c. Milano: Comorbilità nel BED
    d. Guidi: Valutazione di outcome proprietari**
    e. "**Action**": Modelli di Prevenzione
    f. "**Action**": Validazione dell BES
5. Melchionda: Progettazione di un sistema informatico per i DAO e/o di database per ricerche multicentriche
6. Tarrini: Valutazione critica delle evidenze di RCT, Linee Guida, Raccomandazioni, Posizioni, Review, Summit Report dalle pricipali BancheDati
7. Cerro: Individuazione di strategie e protocolli condivisi per la gestione e il trattamento dei primi casi di DAO all'esordio.

8. Cuzzolaro: Validazione multicentrica di due nuove interviste per la valutazione sicometria della motivazione secondo il modello transteoretico: M•IDA per i DA e M•IO per l'Obesità
9. Cuzzolaro: Prevenzione integrata dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione: revisione delle linee di ricerca e degli studi già effettuati
10. Bertelloni: Anoressia Nervosa e crescita staturale
11. Bertelloni: Anoressia Nervosa e Fratture
12. Scaglia: Trattamento dell'Obesità BED
13. La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata

Pannello 6. Area C Management Assistenziale Regerente Bongiorno 42

1. Manzi: Applicazione dei risultati di B.1. e B.2.
2. Todisco: Necessità di strutturare reti assistenziali articolate per i DAO**
3. Cerro: Promozione della eticità e della qualità dei trattamenti**
4. "**Action**": Definizione di standard qualitativi delle strutture, dei processi e dei risultati di esito
5. "**Action**": Sollecitare le Regioni a legiferare in merito ai DAO e a destinare risorse: "Action"
6. Guerri: Supportare processi di Empowerment dei pazienti (vedi A.5.)
7. Guidi-Cerro: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DA.
8. Tarrini: Linee Guida accreditate per il Clinical Management: ricerca di documenti EBM
9. Di Pietro: Presentazione, discussione e supervisione di casi clinici complessi
10. "**Action**": Censimento della Strutture deputate alla Prevenzione e Terapia dei DAO
11. Miottello: Censimento e Aggregazione di Strutture a livello nazionale particolarmente attive per età 6-12
12. Jacoangeli: Censimento e Registro Decessi per possibile Prevenzione
13. "**Action**": Rapporti Tavolo Regionale DCA Emilia-Romagna e SISDCA**
14. Dalle Grave: Strategie per favorire la formazione e la disseminazione dei trattamenti basati sull'evidenze
15. Cerro: Messa a punto di un progetto di ricerca longitudinale multicentrico con l'obiettivo di verificare percorsi terapeutici e rispettivi outcomes in strutture residenziali per i DAO

Pannello 7. Area D Business Societario Referente Spera 45

1. Di Pietro: Collaborazione tra il CD Nazionale e CD della Sezioni Regionali attraverso l'implementazione della loro crescita promuovendo almeno un evento annuale locale e incontri anche informali tra le diverse strutture spesso eterogenee e di nuova istituzione (strutture pubbliche e private residenziali e riabilitative appena espletato il censimento, vedi D.5.)**
2. Tarrini: Collegamento tra Soci locali e CD Nazionale tramite la gestione del Database (Referente Amministrativo Regionale col Referente Amministratote Nazionale, RAN) e scambio di informazioni attraverso PLAYDCA
3. Melchionda: Collaborare con altre Società Scientifiche facendo riferimento al PROFFDA
4. Cerro: Promuovere collegamento della Società con le associazioni di volontariato, di familiari, di gruppi auto-aiuto
5. "**Action**": Censire le varie realtà di cura esistenti, coordinandole in un percorso comune sotto la guida della SISDCA avvalendosi della collaborazione delle Sezioni regionali e Inter-Regionali
6. Spera: Redigere Regolamenti: Funzionamento Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) con estensione ai Consigli Direttivi Regionali (CDR), Sezioni Regionali, Gruppi di Studio, Commissioni, Comitati
7. Lanzarone: Implementazione di Strutture per i DAO in Sicilia
8. De Salvo: Censimento e Regolamentazione delle Comunità Residenziali
9. Guidi: Organizzazione di un evento per la messa a punto della terapia farmacologia della comorbilità psichiatrica

3. Specchietto di Riepilogo Consuntivo 51

Pannello 7.1 Riepilogo Referenti di Area e Responsabili Progetto 52
Pannello 8. Afferenza 53
Pannello 9. CDNA e CDNE Allargato e Esteso 53
Pannello 10. "Action" 54
Progetto A.3. Renna: Contributo di Milano 54
Progetto A.8. Gravina: contributo di Milano 54
Progetto A.2. Spera 55

Progetto A.10. Cuzzocrea 57
Progetto A.11. Ruggiero 57
Progetto B.2. Ballardini 59
Progetto B.3.b.1. Melchionda 62
Progetto B.3.b.2. Tanas 63
Progetto B.3.b.3. Tarrini 64
Progetto B.3.b.4. Tanas 65
Progetto B.3.a. Donini-Vanzo 66
Progetto B.4.b. Renna 67
Progetto B.4.c. Milano 69
Progetto B.12. Scaglia 69
Cappello AREA C. Bongiorno 71
Progetto C.7. Cerro 71
Progetto C.9. Di Pietro 72
Cappello AREA D. Spera 73

Pannello 11. Organigramma della Societa' 78
CDNR: Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto: 15 Membri
3 Past President (PP)
Segretaria Nazionale (SN) Referente Archivio Soci (RAN)
Web Master (WM)
CDNA: Allargato ai Presidenti Sezioni Regionali
Funzioni Consultive
CDNE
Presidente e Ufficio di Presidenza
CDFS: Comitato Didattico e Formazione
CDS: Comitato Editoriale SISDCA
CSS: Comitato Scientifico SISDCA
CRAP: Comitato per i rapporti con la Pubblica Amministrazione SISDCA
Commissione Regolamenti
Commissione Sezioni Regionali
Commissione Soci
Commissione WEB

5.1. Prospetto Gerarchico 79
Pannello 12 80

5.2. Ordinamento alfabetico per identificazione numerica di tutti i Referenti, Responsabili e Esperti Esterni cooptati
5.3. ORDINAMENTO PER IL LAVORO DI GRUPPO PER SINGOLE AREE A-B-C-D NELLA 1° GIORNATA DI STUDIO FULL IMMERSION
5.4. ORDINAMENTO ALFABETICO DEL GRUPPO DI LAVORO LPS.SISDCA
6. Lavorare in gruppo a distanza con una strumento dedicato via internet: PLAYDCA 84
7. Recupero e Guarigione 88
Appendici 94
APPENDICE 1 IPOTESI DI STUDIO MULTICENTRICO SUL COUNSELING MOTIVAZIONALE
APPENDICE 2 ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione di Formatori al trattamento dei Disturbi Alimentari Obesità compresa

Elenco handout delle slides 103
Appunti generali Fine

Programma

A. Convocazione 1° Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto (CDNR) della SISDCA 2012-2014 - 20 Gennaio Navacchio

Ordine del Giorno

1. **12.00-12.30.** Comunicazioni del Presidente
   a. Scenario Nazionale dei DAO
   b. Mission e Vision: Pannello 2
   c. Scenario della SISDCA
   d. Assetto della Sede Legale, Amministrativa e Operativa
   e. Nuovo Statuto in corso di "deposizione" notarile
2. **12.30-13.00.** Presentazione PROGETTO-SVILUPPO DI LINEE PROGRAMMATICHE (PROGETTO LPS.SISDCA)
   a. Pannello 1 e 3
   b. Pannello 11
3. **13.00-13.30.**
   a. Discussione
   b. Votazione
   c. Nomina dei Componenti dello Steering Committee Definitivo (STD)

4. **13.30-13.45.** Suggerimenti per i contenuti dell'ODG della 2° Riunione 2012 del CDNR e data della convocazione fine Aprile-prime settimane di Maggio

5. **13.45-14.00.** Panino light

B. 1° Giornata di Studio Full Immersion del Gruppo di Lavoro LPS SISDCA - Consiglio Direttivo Allargato e Esteso

13.00-14.00. Registrazione, Consegna Volume LPS.6 e Briefing con puntualità e massima attenzione in plenaria

1. **14.00-14.15.** Relazione Plenaria introduttiva del Presidente: Presentazione delle 4 Aree LPS di lavoro. Sviluppo della Società nello scenario dei DAO in Italia.

2. **14.15-14.30.** Relazione Plenaria introduttiva del Past President: Riflessioni sulla Mission di una Società Scientifica: la SISDCA.

3. **14.30-15.30.** Relazioni-Cappello dei 4 Leader di Area che devono mirare a stimolare il Lavoro di Gruppo per svolgere il compito assegnato sulla base del contenuto dei Pannelli 5, 6, 7, 8 noti da oltre 30 giorni a tutti i Componenti dei Gruppi di Lavoro

   A. **14.30-14.45. Nizzoli: L'Empowerment dei Professionisti** ovvero come dovrà essere organizzata la formazione multi-disciplinare integrata di Professionisti necessaria per favorire il proprio Empowerment e quindi ottenere il cambiamento nei soggetti portatori di un DAO specifico attraverso l'Empowerment degli stessi, indispensabile per modificare stili di vita dannosi per la salute per la popolazione a rischio, ridurre la restrizione alimentare inopportuna o estrema ed eliminare la perdita di controllo fino al BED? In cosa consiste la differenza che si incontra per altre condizioni di dipendenza come il fumo, l'alcool o le sostanze psicotrope? (vedi cappello del Pannello 5)
   B. **14.45-15.00. Donini: La Ricerca Applicata.** Può la Società favorire lo sviluppo di una o più linee di ricerca multicentrica, considerando le risorse in campo e le differenti abilità dei suoi Soci che si propongono di dare un contributo euristico? Quali linee cliniche prediligere dall'Anoressia all'Obesità con o senza BED? (vedi cappello del Pannello 6)
   C. **15.00-15.15. Bongiorno: Management Assistenziale:** Come orientare i Professionisti esperti o aspiranti tali nelle differenti sedi assistenziali di lavoro considerando le disparate e caleidoscopiche situazioni multiformi nel variegato tessuto socio-politico italiano? È possibile assistere inerti alla babilonia dei comportamenti clinici ove tutti fanno quello che vogliono ma non sanno quello che fanno sul piano metodologico e senza obiettivi comuni raggiungibili? Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche e private, soprattutto nelle sedi in cui l'assistenza è inesistente o insufficiente? (vedi cappello del Pannello 7)
   D. **15.15-15.30. Spera: Business Societario:** Come portare la Società alla posizione di Leader nello scenario italiano dove imperano le promozioni e le azioni malamente supportate dal "palazzo" o più spesso sottovalutate per inadeguatezza del commissioner? Come arrivare ad un numero di Soci che corrisponda alla effettiva domanda clinica dell'utenza e non alle lobby delle Discipline? In poche parole può la SISDCA diventare rappresentativa quello che dovrebbe essere considerando i dati epidemiologici? Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche o private soprattutto nelle sedi in cui è inesistente o insufficiente? (vedi cappello del Pannello 8)

4. 15.30-19.30. Lavoro dei 4 piccoli gruppi relativi alle 4 Aree LPS (vedi Paragrafo 5.3.)

Nizzoli Area A Empowerment: **Capezzali, Molinari, Prosperi, Nizzoli, Manzato, Guerri**, Castelnuovo, Gagliardini, Gnessi, Poggioli
15.30-17-00. 8 presentazioni di 10'
1. Capezzali: **Implementazione** del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato **(A.12)**
2. Molinari: Promuovere una Scuola di **Alta Specializzazione Nazionale** e Master InterRegionali **(A.1., A.10., A.2.)**
3. Prosperi: Educazione **Terapeutica Orientata e Strutturata: ETOS (A.5.)**
4. Nizzoli: Formazione dei **TeamLeader (A.9.) e** Corsi **Regionali Monotematici Centralizzati (A.3.)**
5. Manzato: Corsi **Propedeutici di base (A.6.)**
6. Guerri: Empowerment dei **Pazienti (A.4., C.6.)**
7. Ruggiero: Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari **(A.11.)**
8. Bosello: La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata **(A.13.)**

17.00-19.30. Compito: Elaborare uno o più Progetti Articolati di alta Formazione con l'obietivo di dare non solo qualità ma anche un "riconoscimento spendibile"

Donini Area B Ricerca: **Donini, Ballardini, Guidi, Cuzzolaro, Renna, Tanas, Tarrini, Bertelloni, Scaglia,** Meneghini, Tridenti (10)
15.30-17.00. 10 presentazioni di 10'
1. Donini: Valutazione della Motivazione al **Cambiamento Stili di Vita utili per la salute (B.3.a., C.2.)**
2. Tanas: Obesità e Soprappeso in **Età Evolutiva** con il coinvolgimento dei PLS **(B.3.b.2., B.3.b4.)**
3. Cuzzolaro: Valutazione della **Motivazione** e **Prevenzione DAO (B.8., B.9.)**
4. Ballardini: **Indicatori** di efficacia **(B.2.)**
5. Tarrini: Implementazione Progetto PRIORITA' di Imola. Valutazione critica delle Evidenze (**B.3.b.3., B.6., C.8., D.2.)**
6. Melchionda: Costituzione di un Gruppo di Studio Nazionale sull'Obesità in età evolutiva (**B.3.b.1.)**
7. Renna: Rischio Suicidario (**B.4.b.**)
8. Scaglia: Trattamento dell'Obesità BED (**B.12.)**
9. Bertelloni: Anoressia, crescita staturale e fratture **(B.10., B.11.)**
10. Schumann: Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione **(A.7.)**

17.00-19.30. Compito: Elaborare una o più Proposte di Protocolli di Ricerca Multicentrica Centralizzata della SISDCA con un buon livello di fattibilità

Bongiorno Area C Management: **Manzi, Cerro, Guidi, Lanzarone, Miottello, Di Pietro, Milano, Jacoangeli**, Todisco
15.30-17.00. 9 presentazioni di 10'
1. Manzi: **Standardizzazione** di Modelli di Cura e Reti **(C.1.)**
2. Lanzarone: Progetto **Sicilia (D.7.)**
3. Miottello: DAO in età **preadolescenziale (C.11.)**
4. Cerro: Gestione dell'**Esordio (B.7., C.15.)**
5. Di Pietro: **Registro** Casi Clinici Paradigmatici **(C.9.)**
6. Milano: Comorbilità nel BED **(B.4.c.)**
7. Guidi: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DAO. **(C.7.)**
8. Jacoangeli: Censimento e Registro Decessi per possibile Prevenzione **(C.12.)**
9. Cerro: Progetto di ricerca longitudinale multicentrico per la verifica di perorsi terapeutici e outcomes in strutture Residenziali

17.00-19.30. Compito: Elaborare un Modello di Assistenza Multiprofessionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata

Spera Area D Business: **Spera, Dalle Grave, De Salvo, Gravina, Cuzzocrea**, Minì, Notarbartolo, Zanetti
15.30-17.00. 7 presentazioni di 10'
1. Spera: Rapporti con la **Pubblica Amministrazione (D.6.)**
2. Dalle Grave: Standardizzazione **CTE e CBT.E (C.14.)**
3. De Salvo: **Comunità (D.9.)**
4. Gravina: Coordinamento informatico e didattico-formativo delle **Sezioni Regionali (A.8., D.2.)**
5. Cuzzocrea: Un Progetto Formativo Articolato in Sicilia **(A.10)**
6. Melchionda: Collaborazione con tutte le Società Scientifiche con la prosecuzione del PROFFDAO (SISDCA, ADI, ANSISA, ANDID, SIP, SIE, SID) **(D.3.)**
7. Guidi: Organizzazione di un evento per la messa a punto della Terapia Farmacologico delle Comorbidità Psichiatriche dei DAO (D.9.).

17.00-19.30. Compito: Elaborare strategie per arruolamento di Nuovi Soci e ottenere la Leadership della SISDCA presso le Istituzioni Centrali e Regionali con riferimento a Linee Guida e Consensi basati sulle Evidenze

6. **20.30-22.30.** Cena di Lavoro come seguito del Lavoro di Gruppo delle 4 Aree strutturata in 4 tavoli offerta dalla SISDCA presso Hotel Tulip Inn Euro

21 Gennaio h 8-14

1. **08.00-10.00.** Presentazione plenaria dei risultati del Lavoro dei gruppi A-D
   Moderano: Melchionda e Di Pietro

   A. 08.00-08.30. Nizzoli Area A. Empowerment Operatori del Team e dei Pazienti
   B. 08.30-09.00. Cuzzolaro Area B. Ricerca Finalizzata
   C. 09.00-09.30. Bongiorno Area C. Management Assistenziale
   D. 09.30-10.00. Spera Area D. Business Societario

2. **10.00-11.00.** Discussione

3. **11.00-12.00.** Lavoro di gruppo dello Steering Committee Definitivo

4. **12.00-13.00.** Melchionda: Sintesi plenaria del lavoro finale dello Steering Committee Definitivo

5. **13.00-14.00.** Discussione e Conclusioni

REFERENTI DI AREA	**A:** Melchionda: Nizzoli-Guerri-Guidi **B:** Donini: Di Pietro, Todisco, Ballardini **C:** Bongiorno: Cerro, Milano, Lanzarone, Manzi **D:** Spera: Tarrini, Gravina, Manzato
RESPONSABILI DI PROGETTO	A. Capezzali, Cuzzocrea, Di Pietro, Tarrini, Melchionda, Cerro, Schumann, Spera, Lanzarone, De Salvo **B:** Bertelloni, Manzi, Ballardini, Vanzo-Donini, Tanas, Renna, Todisco, Milano, Guidi, Melchionda, Tarrini **C:** Manzi, Todisco, Cerro, Dalle Grave, Guerri, Guidi, Tarrini, Di Pietro, Miottello, Jacoangeli **D:** Tarrini, Melchionda, Cerro, Spera, Lanzarone, De Salvo
CoRESPONSABILI DI PROGETTO	**A.** Castelnuovo, Gagliardini, Gnessi, Poggioli, Zanetti **B.** Meneghini, Tridenti, Todisco **C.** – **D.** Minì, Notarbartolo

1. PROGETTO LPS.SISDCA PER LO SVILUPPO DELLE LINEE PROGRAMMATICHE SOTTOPOSTO ALLA APPROVAZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Pannello 1.

La Progettualità delle Linee Programmatiche della SISDCA (LPS) costituisce la Mission da sviluppare nei prossimi anni dal Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) e dai Consigli Direttivi Regionali (CDR).
Le LPS dovranno tenere in considerazione il costrutto della Multi-disciplinarità e della Multi-professionalità Integrate (MMI) all'insegna della Inter-disciplinarità oggetto della Vision societaria.
Il coordinamento delle LPS fa capo agli organi della SISDCA I-VI: vedi Statuto Art. 7, 9, 13, 14

9. Assemblea: ha votato i membri del CDN sulla base delle loro motivazioni e delle rispettive Linee Programmatiche proposte

II. Presidente: in concerto con l'Ufficio di Presidenza ha assemblato le Linee Programmatiche dei documenti di candidatura inviati dai Consiglieri eletti e non eletti.

III. I primi 14 candidati in graduatoria formano il CDNR ristretto con diritto di voto e tutti i candidati non eletti, con il Past President, formano il CDNA allargato senza diritto di voto:

IV. Comitati

1. **CED: Editoriale**
2. **CDFS: Didattico e Formazione**
3. **CSS: Scientifico**
4. **CRAP: Rapporti con l'Amministrazione Pubblica**

V. Commissioni

2. **Soci**
3. **Regolamenti: CDN e CDR, Sezioni Regionali, Comitati, Commissioni, Gruppi di Studio**
4. **WEB**

VI. Gruppi di Studio (GSS) secondo i regolamenti specifici redatti dalla Commissione del CDN

1. **Prevenzione e Trattamento dell'Obesità in Età Evolutiva**
2. **Valutazione della motivazione al cambiamento degli stili di vita per la salute**
3. **Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata: Nutrizione e Attività Fisica**

LPS: Linee Programmatiche SISDCA - GL.LPS: Gruppo di Lavoro
MMI: Multi-disciplinarità e Multi-professionalità Integrate
CDNR, CDNA, CDNE: Consiglio Direttivo Nazionale (R: Ristretto, A: Allargato, E: Esteso)
CDR: Consigli Direttivi Regionali
CED: Comitato Editoriale - CDF: Comitato Didattico e Formazione
CS: Comitato Scientifico - CRAP: Comitato Rapporti Amministrazione Publica

Metodologia utilizzata per costruire le LPS:

1. Raccolta delle Linee Programmatiche (LPS), comunicate dai Candidati al Presidente del ex CDN, senza nulla aggiungere ne togliere (Pannello 13).
2. Assemblaggio delle LPS, in prima fase nel file PROGRAMMAZIONE.1. (Pannello 14), con evidenza in colore dei proponenti all'origine, e raggruppamento dei 44 items in 5 Aree LPS di Lavoro: A (Formazione: 12 items), B (Multi-disciplinarità e Multi-professionalità: 5 items), C (Ricerca: 7 items), D (Management e Assistenza: 12 items), E (Implementazione e Crescita della SISDCA: 8 items)
3. Raccolta di commenti e osservazioni del CDNA, riassemblaggio, compattazione e riduzione a 39 items dei 44 nelle stesse Aree LPS di Lavoro (A:14; B:4; C:2; D: 11; E:8) nel file inviato PROGRAMMAZIONE.2.
4. Ricostruzione di 4 LPS di Lavoro Propositivo con 35 Progetti e Sottoprogetti con assegnazione della "action" a rispettivi Referenti di Area e Responsabili di Progetto e Sottoprogetto (items) scelti e sottoposti al CDNR per approvazione, con la cooptazione di Esperti Esterni (CDNE) ove necessario nel file SISDCA.LPS.2, considerando le osservazioni e i commenti pervenuti. Sintesi:

A: Empowerment Professionale con 10 Progetti: . . . . . Referenti Melchionda-Nizzoli-Guerri-Guidi
B: Ricerca Clinica Applicata con 9 Progetti: . . . . . Referenti Donini-Di Pietro-Todisco-Ballardini
C: Management Assistenzialecon 15 Progetti: . . . . . Referenti Buongiorno-Milano-Lanzarone-Manzi
D: Business Societario con 8 Progetti: . . . . . Referenti Spera-Gravina-Manzato-Tarrini

2. MISSION E VISION: AREE LPS DI LAVORO, MULTI-DISCIPLINARITA', MULTI-PROFESSIONALITA', INTEGRAZIONE (MMI), INTER-DISCIPLINARITA'.

Pannello 2. **MISSION**[1] **VISION**[2]	**COSTRUTTO:** **Bosello O: Elzeviro. Riflessioni sulla "Mission" di una Società Scientifica: la SISDCA (Pag 3)** **Sul piano operativo la Formazione è prioritaria ma sul piano concettuale la Ricerca è primaria e le evidenze che ne conseguono.** **Pertanto in questo progetto farà riferimento l'unico documento italiano a cui ispirarsi per la progettazione: Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document"**[3]

---

[1] **Mission.** E' lo scopo di un'organizzazione (la sua "dichiarazione di intenti"), la giustificazione stessa della sua esistenza e ciò che la contraddistingue da tutte le altre. Il mission statement ne è il "manifesto" e analogo alla vision. Tuttavia, a differenza di questo, tende a focalizzarsi più sul presente e a fornire una guida operativa. Mentre un mission statement costituisce una guida pratica all'azione dell'organizzazione, la funzione della vision è in un certo qual modo quella di "ispirare" i soggetti coinvolti. Pone e risolve le questioni di fondo relative all'organizzazione. In tal caso può essere visto anche come una sorta di strategia di lungo periodo.

Un buon "mission statement" dovrebbe rispondere alle tre domande fondamentali:

1. Chi siamo?
2. Cosa vogliamo fare?
3. Perché lo facciamo?

Visione, missione e valori svolgono una funzione di comunicazione della strategia, rafforzano l'identità dell'organizzazione, l'identificazione dei singoli membri con questa, agevolano l'allineamento degli obiettivi individuali ed entrano a far parte del sistema di incentivi dei membri migliorandone i rendimenti. Condizioni dell'assolvimento di queste funzioni sono:

1. L'attenzione costante alla comunicazione interna di visione, missione
2. L'allineamento degli obiettivi di medio termine
3. La promozione dell'armonizzazione dei sistemi di obiettivi e dei valori individuali dei membri con quelli dell'organizzazione.

[2] **Vision.** Il termine è utilizzato nella gestione strategica per indicare la proiezione di uno scenario futuro che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni di chi fissa gli obiettivi e incentiva all'azione. Si intende l'insieme degli obiettivi di lungo periodo che il Top Management vuole definire per la propria organizzazione, comprendere anche la visione generale e l'interpretazione di lungo periodo del ruolo nel contesto economico e sociale.
Il "manifesto" della visione dovrebbe essere tale da spronare i membri dell'organizzazione (o il singolo nel caso di vision personale) e renderli orgogliosi di farne parte. Un vision statement efficace dovrebbe:

1. Essere chiaro e descrivere in modo vivido un'immagine
2. Riguardare il futuro
3. Essere facilmente ricordabile
4. Contenere espressioni che facciano presa
5. Riferirsi ad aspirazioni realistiche o comunque verosimili.

[3] **Eat Weight Disord. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document.** Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, Badiali M, Basso N, Bollea MR, Bosello O, Brunani A, Busetto L, Cairella G, Cannella C, Capodaglio P, Carbonelli MG, Castellaneta E, Castra R, Clini E, Contaldo F, Dalla Ragione L, Dalle Grave R, D'Andrea F, Del Balzo V, De Cristofaro P, Di Flaviano E, Fassino S, Ferro AM, Forestieri P, Franzoni E, Gentile MG, Giustini A, Jacoangeli F, Lubrano C, Lucchin L, Manara F, Marangi G, Marcelli M, Marchesini G, Marri G, Marrocco W, Melchionda N, Mezzani B, Migliaccio P, Muratori F, Nizzoli U, Ostuzzi R, Panzolato G, Pasanisi F, Persichetti P, Petroni ML, Pontieri V, Prosperi E, Renna C, Rovera G, Santini F, Saraceni V, Savina C, Scuderi N, Silecchia G, Strollo F, Todisco P, Tubili C, Ugolini G, Zamboni M.
Sapienza University of Rome, Medical Physiopathology Department, Food Science and Nutrition Laboratory,P.le Aldo Moro 5, 00185 Rome, Italy.

MULTI-DISCIPLINARITÀ **MULTI-PROFESSIONALITÀ** **INTEGRAZIONE** **INTER-DISCIPLINARITÀ**[4]	**L'integrazione della Conoscenza, delle Discipline (Inter-disciplinaritè) e delle Professionalità rappresenta il costrutto della Vision e le progettualità di linee programmatiche conseguenti costituiscono il presupposto della Mission della SISDCA che affronta il tema epistemologico dei metamodelli di formazione dei differenti Professionisti coinvolti che si occupano del Management dei DAO (Disturbi Alimentari Obesità compresa).** 1. **Il Dialogo continuo** tra le competenze delle diverse figure professionali permette la strutturazione dell'integrazione tra Aree disciplinari e Aree professionali. 2. **L'Empowerment dei Professionisti** rappresenta un metodo educativo per favorire la creazione di equipe multi-disciplinari e multi-professionali col preciso intento di abilitare allo sviluppo di metodologie strutturate e avrà, come prerequisito, la necessità di sensibilizzare, facilitare e di far condividere la Formazione Multi-disciplinare e Multi-Professionale Integrate (MMI)

This paper is an Italian Expert Consensus Document on multidimensional treatment of obesity and eating disorders. The Document is based on a wide survey of expert opinion. It presents, in particular, considerations regarding how clinicians go about choosing the most appropriate site of treatment for a given patient suffering from obesity and/or eating disorders: outpatient, partial hospitalization, residential rehabilitation centre, inpatient hospitalization.

In a majority of instances obesity and eating disorders are long-term diseases and require a multiprofessional team-approach. In determining an initial level of care or a change to a different level of care, it is essential to consider together the overall physical condition, medical complications, disabilities, psychiatric comorbidity, psychology, behaviour, family, social resources, environment, and available services.

We first created a review manuscript, a skeleton algorithm and two rating scales, based on the published guidelines and the existing research literature. As the second point we highlighted a number of clinical questions that had to be addressed in the specific context of our National Health Service and available specialized care units. Then we submitted eleven progressive revisions of the Document to the experts up to the final synthesis that was approved by the group.

Of course, from point to point, some of the individual experts would differ with the consensus view. The document can be viewed as an expert consultation and the clinical judgement must always be tailored to the particular needs of each clinical situation. We will continue to revise the Document periodically based on new research information and on reassessment of expert opinion to keep it up-to-date. The Document was not financially sponsored.

4 **Inter-disciplinarità.** Il termine non va confuso con Multi-disciplinarità che ha un significato differente, cioè quello della semplice giustapposizione di discipline diverse, senza rapporto apparente tra loro.
Prima di dare una definizione occorre premettere che un approccio inter-disciplinare non può attuarsi senza aver chiari i nuclei fondanti delle singole discipline. L'Inter-disciplinarità presuppone la ineludibile integrazione dei saperi, delle procedure e dell'elaborazione con un linguaggio comune, che permette scambi concettuali e metodologici. In altri termini l'Inter-disciplinarità può essere definita come l'unitarietà del sapere attraverso la trasversalità delle competenze.

La specificità di un sapere disciplinare deriva dal modo particolare in cui esso declina competenze che sono trasversali a tutti gli ambiti disciplinari. **Quindi l'Integrazione delle Professionalità esprime la traduzione operativa dell'Inter-disciplinarità** che significa **"toccare nei suoi aspetti principali il modo complessivo di "fare professione".** Significa saper partire dalla pratica reale e non dalle sue interpretazioni teoriche. Esse sono già sistematizzate in un ben definito settore conoscitivo, le Discipline e le Specialità professionali.
L'Inter-disciplinarità permette pertanto di saper partire dalle situazioni problematiche della pratica, da fenomeni e realtà globali sempre complessi e mai riconducibili ad un confinato ambito settoriale specifico. Certamente, le discipline o le specialità sono sistemi necessari per la comprensione della realtà, ma devono essere considerati solo "impianti metodologico-conoscitivi di valore sempre relativo e di portata parziale". Questi sono bisognosi di continue e reciproche interazioni tra le dimensioni scientifiche già note e quelle non ancora messe a punto dalla cultura ufficiale per la comprensione della realtà. Quindi nulla è scritto, vale a dire come si deve fare, ma la creatività, l'invenzione e l'uniformità a bisogni emergenti costituiscono un campo affascinante di lavoro eclettico e innovativo. Ovviamente le soluzioni non sono "sul tavolo" ma bisogna inventarle e renderle operative soprattutto quando sono attinenti a interessi professionali.

Pertanto l'integrazione delle professionalità va vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse, non come somma di competenze, ma come esplicazione di un ben più impegnativo e serio tentativo di impostare l'intero iter clinico. Non: "Di che ti mando io" ma: "Parliamone insieme". Il primo caso si riferisce al Professionista che invia il Paziente ad un altro Professionista. Nel secondo caso i due (o più) Professionisti si attivano insieme, con un comune linguaggio, per la soluzione di problemi che riguardano l'iter diagnostico-terapeutico.
Quindi è possibile ritenere che un Team Multi-disciplinare di Professionisti, integrato all'insegna della Inter-disciplinarità, possa operare molto meglio di Professionisti isolati, anche se molto preparati ma che non comunicano all'unisono.

Pannello 3. **AREE LPS DI LAVORO**	**PROGETTI E SOTTOPROGETTI** **Ogni Area ha un Referente e CoReferenti e ogni Progetto e Sottoprogetto ha un Responsabile e uno o più CoResponsabili della "action".**
STEERING COMMITTEE[5] **STARTER (SCS) E DEFINITIVO (SCD)**	**Uno Steering Committee Starter (SCS), suggerito dal Presidente, prepara il Programma Preliminare della 1° Giornata e assume i compiti organizzativi mentre uno Steering Committee Definitivo (SCD) verrà identificato dal CDNR con una valenza decisionale sempre previa approvazione del CDNR.** **Composizione SCS:** **Bongiorno, Bosello, Cuzzolaro, Donini, Gravina, Nizzoli, Spera.** **Composizione del SCD (sottoposto alla approvazione del CDNR):** **Buongiorno, Antonio, Bosello Ottavio, Cuzzolaro Massimo, Di Pietro Giancarlo, Donini Lorenzo, Gravina Giovanni, Guerri Andrea, Guidi Lisa, Manzato Emilia, Melchionda Nazario, Milano Walter, Nizzoli Umberto, Spera Giovanni, Todisco Patrizia.** **NB: A cominciare dallo Steering Committee si farà riferimento alla metodologia del TeamWork.**[6] **Vedi: Il sito per visione delle slide di tutto il DIABO: http://www.videorentsrl.it/Diabo2011/index.html**

[5] **Steering Committe.** E' un termine per definire un comitato di persone con compiti decisionali di tipo strategico. La traduzione letterale del termine è "comitato guida". Uno Steering Committee può includere anche persone esterne all'organizzazione stessa, ma competenti nel tema specifico di cui il comitato è chiamato a occuparsi. E' prassi costituire uno Steering Committee a fronte di progetti di ampie dimensioni e che coinvolgono l'organizzazione dell'azienda. Lo Steering Committee esercita il controllo strategico sul progetto tramite riunioni periodiche nelle quali le persone responsabili della realizzazione del progetto ragguagliano il comitato sullo stato avanzamento lavori, sulle eventuali criticità emerse e sulle eventuali azioni da intraprendere.

[6] **TeamWork. Si può fare riferimento al testo:** Team Working, Comportamento Organizzativo e Multi-disciplinarità di G. Serpelloni, E. Simeoni, F. Aldegheri < http://basilicata.dronet.org/biblioteca/tqm_pdf/18x%20Team%20working.pdf > "La teoria dei gruppi ottimali si basa sul concetto di interazione degli elementi che compongono il gruppo che si sviluppa intorno a due concetti:
1. Percezione di uno scopo comune.
2. Formazione di relazioni tra le persone. Il primo fattore consente l'utilizzazione dell'energia apportata dai membri per il raggiungimento dello scopo, rendendo possibile la distinzione tra il gruppo e la semplice somma degli individui.
A questo punto anche altri aspetti assumono un'importanza determinante:
- il legame tra i membri,
- la composizione del gruppo,
- la qualità degli obiettivi.

Affinché si possa sviluppare un gruppo è necessario che le persone siano motivate a mobilitarsi per il raggiungimento dello scopo, che vi sia una adeguata giustificazione della quantità d'energia necessaria per raggiungerlo, che gli obiettivi vengano dati in modo chiaro e tale da permettere la partecipazione e il coinvolgimento di tutti.
Risulta così essenziale che per la formazione di uno scopo comune vi sia l'armonizzazione delle diverse percezioni dello scopo. Gli obiettivi devono essere, oltre che chiari, stimolanti per tutti i membri, in modo da permettere che venga attivata una stessa linea d'azione.

Il secondo elemento che assume grande rilievo sono i rapporti che si instaurano all'interno del gruppo. La natura di tali rapporti influisce sulla possibilità che un gruppo si formi: in questa fase è cruciale la scelta dei futuri membri, essendo importante che le persone siano obiettivamente partecipi dello scopo comune e che si sentano soggettivamente motivate alla condivisione con gli altri.
Da questo punto di vista anche il numero dei partecipanti diventa un ulteriore aspetto rilevante: la dimensione che può essere ritenuta ottimale oscilla tra un minimo di tre e un massimo di venti individui.

Date queste condizioni, il gruppo di lavoro può essere definito come il campo psicologico prodotto dall'interazione di tre o più persone riunite in una situazione faccia a faccia alla ricerca, definizione e raggiungimento di uno scopo comune. Per attivare un gruppo di lavoro è dunque necessario che i

COMPITO	I Gruppi di lavoro saranno diretti da un coordinatore: Referente di Area. Nella conduzione e nella direzione dei gruppi vi sono alcune leve da controllare per poter massimizzare i conflitti positivi e quindi i contenuti, minimizzare i conflitti negativi e quindi di relazione e minimizzare il fattore negativo soggettivo e potenziare quello positivo. Le due principali leve da controllare sono quelle relative all'efficienza e all'efficacia. Rientra nell'efficienza la gestione quantitativa del tempo, l'attribuzione ufficiale dei ruoli, le procedure di decisione e l'esecuzione formale del compito. Rientrano invece nella leva dell'efficacia l'utilizzo delle risorse personali, la definizione dei metodi di lavorazione, la gestione appropriata dei conflitti, il raggiungimento sostanziale dell'obbiettivo. Risulta chiaro che un adeguato bilanciamento fra efficienza e efficacia, con un sapiente mix in base al tipo di compito e alle strategie del gruppo, porterà ad un buon risultato complessivo.

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

---

componenti del gruppo sappiano in anticipo quale sia il compito del gruppo e quindi è necessario che vi sia una esplicitazione ex-ante dei seguenti punti e criteri:

1. Finalità del gruppo;
2. Obiettivo chiaro e realistico definendo la necessità di avere soluzioni ottenibili con la convocazione di un gruppo di lavoro specifico;
3. Committment formale;
4. Interesse comune da parte dei membri del gruppo con fiducia reciproca ed equità all'interno del gruppo;
5. Risorse adeguate per svolgere delle attività (tempo, risorse finanziarie, competenze, attitudini)…….”

L'esistenza di queste condizioni assicura che il team sia ben orientato e coeso al fine di iniziare a lavorare in un contesto che permetta l'espressione delle operatività e il raggiungimento degli obiettivi.

Nel contesto generale delle situazioni di fattibilità di cui tenere conto, esistono anche alcune variabili individuali dell'operatore da tenere in considerazione per l'attivazione di un gruppo ed in particolare sono quelle che possono intervenire sul comportamento dell'individuo.

L'operatore infatti deve possedere alcune caratteristiche di base quali ad esempio:

1. Saper gestire l'emotività e il rischio (attitudine)
2. Saper prendere decisioni
3. Parlare in gruppo
4. Condurre una riunione
5. Relazionare con il cliente
6. Gestire la comunicazione interpersonale con i collaboratori.

Pannello 4.

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

Referente Melchionda, Nizzoli, Guerri, Guidi
Responsabili di Progetto: Capezzali, Gravina, Molinari, Spera, Renna, Guerri, Prosperi, Manzato, Cuzzocrea, Ruggiero, Nizzoli
I tre livelli della Mission della SISDCA (Didattica, Formazione, Empowerment) rappresentano il principale obiettivo che dovrà essere sviluppato a 360° con le LPS per i DAO:
La letteratura sui DAO è vastissima e per produrre una revisione sistematica di ciò che è stato pubblicato, quandanche esaustivo, sarebbe necessario un **tempo improponibile** sia per chi scrive, sia per chi dobrebbe leggere, sia chi dovrebbe preparare lezioni frontali e naturalmente per gli allievi che dovrebbero essere presenti. Si può affermare che non sarebbe sufficiente tale versante didattico per dare ad un aspirante professionista l'abbilità necessaria ad affrontare con successo la gestione clinico-terapeutica di un soggetto con un DAO. Quindi la prima domanda che si pone per la pianificazione di un processo formativo è: "Quale dovrebbe essere il volume didattico per costruire un impianto formativo adeguato?
Si chiede pertanto al gruppo di lavoro di rispondere a questa domanda tenendo in considerazione quanto affermato nell'elzeviro di Bosello: "**La formazione non consiste nel trasferimento di un insieme di nozioni ma è un processo complesso per fare acquisire livelli scientifici, intellettuali, culturali, emotivi, tecnici e pratici sempre maggiori, dove il linguaggio, l'approfondimento, la durata e il metodo formativo-educativo cambia per ogni progetto formativo. La formazione non si fa in tempi brevi, ma è nel contesto di un processo che deve durare anni, tutta la vita**".
Inoltre va considerato il concetto di **formazione permanente** nel senso che non si dovrebbe smettere mai di studiare per il divenire e il cambiare del contesto psicosociale, della tecnologia che progredisce, delle emozioni che sono sempre diverse, della politica che si trasforma e dello scibile umano che è enorme rispetto alla nostra capacità di immagazzinare e di memorizzare. Nella scienza dell'educazione delle formazioni specialistiche professionali, l'evoluzione tecnologica è talmente veloce ed enorme che l'aggiornamento "formativo" diventa obbligatorio con l'acquisizione di crediti formativi. Ma non è sufficiente neppure il raggiungimento di un livello formativo elevatissimo per dare ad un professionista l'abilità di gestire in modo clinico-terapeutico efficace un caso complesso, come è frequente osservare. Quando un soggetto non risolve da se il suo "DAO" e si rivolge ad un professionista si tratta sempre di un caso "complesso", altrimenti basterebbe una "ricetta".

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

Bisogna quindi considerare assolutamente la necessità che ogni professionista ha di conseguire il proprio **Empowerment**[7]. Ovvero come dovrà essere organizzata la formazione multi-disciplinare integrata di Professionisti necessaria per favorire l'Empowerment e quindi ottenere il cambiamento nei soggetti portatori di un DAO specifico? L'Empowerment dei Professiosti e degli stessi Pazienti è quindi necessario per modificare stili di vita dannosi per la salute, per ridurre la restrizione alimentare inopportuna e per eliminare la perdita di controllo alimentare. In cosa consiste la differenza che si incontra per altre condizioni di dipendenza come il fumo, l'alcool o le sostanze psicotrope?

Compito del Gruppo di Lavoro Area A da sviluppare dalle 16 alle 19.30 del 20 Gennaio e da riferire in plenaria il 21 Gennaio in 30':
Elaborare uno o più Progetti Articolati di alta Formazione con l'obietivo di dare non solo qualità ma anche un "riconoscimento spendibile in base alle seguenti presentazioni di 10':

1. Capezzali: **Implementazione** del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato **(A.12)**
2. Molinari: Promuovere una scuola di **Alta Specializzazione Nazionale** e Master InterRegionali **(A.1., A.10)**
3. Prosperi: Educazione **Terapeutica Orientata e Strutturata: ETOS (A.5.)**
4. Nizzoli: Formazione dei **TeamLeader (A.9.)**
5. Manzato: Corsi **Propedeutici di base (A.6.)**
6. Guerri: Empowerment dei **Pazienti (A.4., C.6.)**

[7] **Empowerment.** Indica un approccio culturale che abbraccia competenze di più settori scientifici o di più discipline. Evidenzia quel processo di integrazione di competenze che spesso è indispensabile per affrontare in modo completo ed efficace determinate problematiche. Fa riferimento all'accrescimento spirituale, politico, sociale, della forza di un individuo o di una comunità. Spesso tale concetto fa riferimento allo sviluppo della fiducia nelle proprie capacità. L'Empowerment può quindi definirsi come un processo che dal punto di vista di chi lo esperisce, significa "sentire di avere potere" o "sentire di essere in grado di fare". Appare così il frutto del concorrere del senso di padronanza e di controllo raggiunto dal soggetto e delle risorse/opportunità offerte dall'ambiente in cui il soggetto vive. Il termine si presta a una vasta gamma di significati, interpretazioni e definizioni, toccando le più diverse discipline: dalla psicologia alla filosofia. Nell'ambito della gestione di una organizzazione, con il termine Empowerment ci si riferisce a tutte quelle attività che mirano a conferire autorità e strumenti per servire al meglio coloro che ne fanno parte.

Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	7. Ruggiero: Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari **(A.11.)** 8. Bosello: Formazione dei Ricercatori **(A.13.)** **Progetti Prospettati:** 1. Molinari: Scuola di Specializzazione DAO: Possibilità e Alternative 2. Spera: Master Universitari con la collaborazione della Società 3. Renna: Corsi Regionali con lavoro per piccoli gruppi 4. Guerri: Gruppo di Lavoro indirizzato alla formazione di componenti del TeamBuilding per la promozione di un Corso di Formazione Nazionale basato sull'Empowerment dei Professionisti come Metodo Educativo 5. Prosperi: Corso di Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS) 6. Manzato: Corso di Formazione Propedeutico come base per "apprendisti" ancora senza alcuna esperienza ma col proposito di intraprendere una formazione specificamente indirizzata ai DAO 7. Schumann: Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione 8. Gravina: Seminari-Dibattito annuali monotematici a carattere regionale con esperti locali e/o nazionali promossi dai CDR delle Sezioni Regionali 9. Nizzoli: Corso di Formazione per Direttore-Responsabile del Servizio per i DAO 10. Cuzzocrea: Progetto Formativo Articolato 11. Ruggiero: Aspetti Cognitivo Cartella Disturbi Alimentari 12. Capezzali: Implementazione del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato 13. Bosello: La Formazione degli Operatori nella Ricerca Clinica Finalizzata
Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	**Progetti sviluppati ricevuti:** **1. SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE NAZIONALE DAO:** **Responsabile** Molinari: con Castelnuovo, Gnessi, Ruggiero, Spera, Melchionda Per una Scuola di Specializzazione specifica per i DAO manca attualmente il supporto normativo in quanto tale opzione non è prevista nelle specializzazioni della Facoltà di Medicina e in quelle di Psicologia. Un cambiamento normativo richiederebbe un iter complesso e difficilmente quantificabile per quanto riguarda i tempi di approvazione. Tale possibilità potrebbe essere inserita ad esempio nel progetto di legge Marino. Il Master Universitario è attualmente il contenitore più adatto per un progetto formativo qualificato e praticabile. Inoltre la SIS-DCA potrebbe predisporre un elenco di selezionati formatori che, su specifica richiesta, offrano alle Scuole quinquennali di Specializzazione universitarie e a quelle quadriennali di Psicoterapia moduli didattici sui DAO e indicazioni per lo svolgimento di qualificati tirocini. **Contributo di Melchionda** **Obiettivo:** Brainstorming e discussione di alterative per verificare la possibilità di una formula compatibile con la normativa in collaborazione con altre scuole esistenti anche a carattere privato. Verifica relativa alla possibilità oltre che formazione ad alto livello, anche un "attestato" fruibile nella libera professione o per concorsi

---

8

TeamBuilding. La costruzione del gruppo, nell'ambito delle risorse umane, costituisce un insieme di attività il cui scopo è la formazione di un gruppo di persone. Oggi sempre più spesso applicata a realtà aziendali con lo scopo di ottenere il massimo in termini di performance dai propri dipendenti. La costruzione del gruppo può avere una valenza formativa, se associata ad una analisi dettagliata dei bisogni, a fasi strutturate di debrief per dare una sensazione di appartenere ad un team. L'attività stimola a riflettere sull'importanza di lavorare in contesti relazionali piacevoli.

Molti sfruttano le potenzialità date da questa attività quando si trovano di fronte ad un gruppo costituito da poco o quando il gruppo è in crisi o ancora quando è sotto stress o semplicemente non performa come ci si attende.

Il termine TeamBuilding indica specifiche metodologie nate e sviluppate per lavorare nei, con e sui gruppi. Classico esempio può essere quello di far conoscere in modo più profondo persone che si conoscono solo in modo superficiale, aumentare la fiducia nei propri colleghi, migliorare il livello di collaborazione, stimolare la creatività, favorire la comunicazione.

Il fine ultimo deve sempre essere quello di far sentire il gruppo una vera squadra. Poiché un intervento una tantum è fine a se stesso, per poter avere dei ritorni positivi, in termini di performance, sono necessari più interventi annuali.

Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	**Compattazione:** Progetto A.3. **Premesse:** Sappiamo che le Scuole di Specializzazione sono blindate, tuttavia la caratteristica multidisciplinare dei DAO necessita un profondo cambiamento della formazione e si esige una alternativa. I Master forse non sono sufficienti e comunque sono messi in discussione nel Progetto A.2. **Metodologia Operativa:** Viene posta in discussione l'impossibilità legata alla vigente normativa. Un'alternativa è quella che la SIS-DCA predisponga un elenco di selezionati formatori che, su specifica richiesta, potrebbero offrire alle Scuole quinquennali di Specializzazione universitarie e a quelle quadriennali di Psicoterapia moduli didattici sui DAO e indicazioni per lo svolgimento di qualificati tirocini. **Obiettivi Specifici:** Interpellanza al CUN **Risultati Attesi:** Essere ricevuti **Risultato Finale:** Passare dal pessimismo all'ottimismo **Compattazione:** Progetto A.2. ***** **2. Master Universitari con la collaborazione della Società:** **Responsabile** Spera, Molinari, Castelnuovo, Gnessi **Obiettivo:** Formulare una struttura interuniversitaria nelle principali sedi per individuare un percorso didattico biennale o triennale comune e permettere ai discenti di frequentare nella propria sede o in quella viciniore. Es: Genova-Torino, Milano-Bologna, Firenze-Pisa-Perugia, Chieti-Ancona, Roma, Napoli-Catanzaro, Bari-Lecce, Sicilia, Sardegna **Compattazione:** Progetto A.1. **Premesse.** Il Master è l'unico strumento didattico di empowerment professionale (non professionalizzante!) post laurea, a parte le Scuole di Specializzazione, disponibile tra le proposte formative accademiche ufficiali. Sono legalmente proponibili e di fatto presenti sul mercato culturale e di solito ben pubblicizzati, Master in tema di Alimentazione, Dietetica, trattamento e prevenzione di DAO, anche non accademici e con questi ultimi in concorrenza, spesso con non reconditi fini commerciali. La SISDCA ha l'opportunità di proporsi come riferimento tecnico/culturale di tutti i Master Universitari in tema DAO creando le basi per la formulazione di un percorso didattico interuniversitario omogeneo nelle basi scientifiche, nei piani di studio e di fatto nell'efficacia dell'arricchimento e del'aggiornamento culturale e di conseguenza dell'operatività dei professionisti nelle struttura terapeutiche.
Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	**Metodologia Operativa.** Il seguente Master di 1° Livello, di cui leggete a titolo esemplificativo, una sintesi del Bando, è stato concepito cinque anni fa dal sottoscritto e da Massimo Cuzzolaro, si attiva ogni Anno Accademico alla Sapienza-Università di Roma ed è attualmente diretto da Lucio Gnessi**: MASTER 1° LIVELLO – PREVENZIONE E ASSISTENZA A SOVRAPPESO, OBESITÀ E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE.** Il Master si propone di realizzare un percorso formativo finalizzato a fornire una approfondita preparazione teorico pratica sulla fisiopatologia, prevenzione e trattamento dell'obesità, disturbi del comportamento alimentare e malattie correlate. Gli studenti, in funzione del suddetto percorso formativo, devono raggiungere competenze sugli obiettivi formativi del Master che sono: …… …… Vedi continuazione al Pannello 10 "Action" **Obiettivi e Risultati Attesi.** Tutti gli attori del programma trarrebbero vantaggio. Le sedi promotrici dei Master avrebbero garantito dalla rete un aggiornamento teorico e pratico continuo e la leale concorrenza per le iscrizioni finirebbe per consentire solo una ridistribuzione prevalentemente "geografica" degli allievi senza però far loro rinunciare a esperienze proficue in altre sedi. I docenti ed operatori uniformerebbero in senso qualitativamente migliore i loro programmi e protocolli ed usufruirebbero di una banca dati enormemente più vasta per studi di esito didattico e di sviluppo professionale oltre che per eventuali trial clinici multicentrici. Gli allievi avrebbero garantita la qualità della formazione e maggiori possibilità di inserimento professionale nella coincidenza della rete didattica con quella operativa. Se la SISDCA riuscisse a rendere operativo il programma, meno complesso di quanto possa apparire, aggiungerebbe un importante tassello alla impegnativa operazione di Business societario in corso. **Contributo** di Molinari: vedi Pannello 10 "Action" ***** **3. Corsi regionali con lavoro per piccoli gruppi indirizzati a professionisti del Team Multi-disciplinare previo censimento delle Strutture Regionali esistenti a cui fare proposte ufficiali da parte del Comitato Didattico e Formazione della SISDCA.** **Responsabile** Renna**:** con i Presidenti delle Sezioni Regionali Jacoangeli, Di Stani, De Salvo, Todisco, Gravina, Cerro, Milano,Bongiorno **Obiettivo:** Fare formazione con professionisti formatori accreditati. Due possibilità: a. I CDR possono fare richiesta al CDN per la progettazione che coinvolga tutti professionisti esperti **formatori locali**

Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	b. I CDR possono fare richiesta al CDN per la progettazione che coinvolga tutti professionisti esperti **formatori nazionali** **Ccompattazione:** A.6. **Contributo di Milano:** Vedi Pannello 10 "Action" ***** **4. Gruppo di Lavoro indirizzato alla formazione di componenti del TeamBuilding[8] per la promozione di un Corso di Formazione Nazionale basato sull'Empowerment dei Professionisti come Metodo Educativo:** **Responsabile** Guerri: Nizzoli, Melchionda, Donini, Guidi, Ballardini, De Salvo, Capezzali, Gagliardini, Lanzarone, Tarrini. **Obiettivo:** Addestrare e Formare i differenti Componenti per far parte produttiva del TeamBuilding per: a. TeamLeader, b. CaseManager, c. Medici di Medicina Generale (MMG), d. Pediatri di Libera Scelta (PLS), e. Dietisti: attivazione di modelli diagnostico-terapeutici nutrizionali appropriati ai differenti ambiti dei DAO, f. Psicologi e Psicoterapeuti con particolare riferimento ai modelli Cognitivo-Comportamentali, g. Personale delle Comunità **Premesse:** il lavoro con pazienti con DCA prevede la costituzione di equipe multidisciplinari che condividano progetto terapeutico e linee di approccio alla patologia. Attualmente i percorsi formativi per ognuna delle professionalità coinvolte nel trattamento DCA (Medici, Dietisti, Psicologi ecc.) non prevedono un percorso di formazione specifico sulle modalità di lavoro in team multidisciplinare le cui dinamiche, di fatto, vengono lasciate al buon senso dei partecipanti. Si rende necessario, quindi, al fine di migliorare efficienza ed efficacia del lavoro clinico, che gli operatori coinvolti acquisiscano delle competenze specifiche anche su questo fondamentale aspetto per ridurre il tempo e le energie spese in dinamiche conflittuali o, più semplicemente, poco efficienti. **Metodologia Operativa:** seminario di almeno due giornate sul team approach con momenti esperenziali specifici di lavoro in team multidisciplinare e di osservazione ed analisi delle dinamiche gruppali. Approfondimento di temi quali: - Leadership e Leadership diffusa, - Principi costitutivi del Gruppo e del Gruppo di lavoro, - Lavorare in Gruppo, - Giochi psicologici e dinamiche gruppali, **Obiettivi Specifici:** - migliorare la competenza teorica e tecnica del saper stare in équipe. Imparare a riconoscere le più tipiche dinamiche gruppali in contesti sanitari multidisciplinari e strutturare interventi di cambiamento down-up. - Approfondimento della questione dell'integrazione tra le professionalità dei singoli membri ed il ruolo della leadership. **Risultati Attesi:** sostenere il clinico nella lettura degli eventi inter ed extra gruppali. **Obiettivo Finale:** ridurre la conflittualità intra- ed inter-gruppale e migliorare la resa dell'intervento clinico.
Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	***** **5. Corso di Formazione Avanzato per l'Educazione Terapeutica Orientata e Strutturata (ETOS) per:** **a. Anoressia e Bulimia** **b. Obesità Omeostatica e Obesità BED** **c. Chirurgia Bariatrica** **Responsabile** Prosperi **Premessa:** L'Educazione Terapeutica (ETOS) è designata all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità, nonché nei processi di coping. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società. L'OMS definisce l'ETOS come un processo continuo, strutturato, multi professionale, impartito da operatori sanitari formati nelle metodologie di educazione dei pazienti. Dall'Aprile 2011 presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale sono stati condotti gruppi di ETOS. Sono stati, ad oggi reclutati 81 pazienti e sono stati costituiti 5 gruppi, con 36 partecipanti di cui 14 BED e 4 EDNOS. 3 gruppi sono attualmente ancora in corso. **Metodologia operativa.** La formazione è articolata in 2 giorni, per un totale di 16 ore che favoriscono: a. l'acquisizione di conoscenze teoriche nell'ETOS; b.l'addestramento e formazione all'ET per mezzo di attività esperienziali ed interattive. **Obiettivi specifici.** Formazione di equipe multidisciplinari orientate a modificare gli atteggiamenti e fornire nuove competenze agli operatori per una corretta conduzione di gruppi di ETOS. **Risultati attesi.** Capacità da parte degli operatori di saper condurre un gruppo di ETOS: analisi e discussione dei filmati

Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	effettuati durante i role playing. **Obiettivo finale.** Trasferibilità, presso il luogo di lavoro dei discenti, di un programma strutturato di ETOS con relativa supervisione e valutazione dei risultati degli studi multicentrici. **Sito DIABO:** < http://diabo2011.weebly.com/tav-1deg.html > ***** **6. Corso di Formazione Propedeutico per apprendisti per imparare le basi di una corretta diagnosi multi-disciplinare dei DAO** **Responsabile** Manzato con Prosperi **Premesse.** I DA sono patologie complesse che richiedono una adeguata formazione per impostare una corretta diagnosi con un approccio multidisciplinare. Fondamentale per chi si avvicina a quest'area è imparare a impostare un percorso diagnostico multidisciplinare che permetta la condivisione di vedute sia all'interno del gruppo di lavoro sia nel confronto con altre realtà territoriali e che porti a una diagnosi finale esaustiva sotto i diversi profili: psichiatrico, psicologico, nutrizionale, internistico. **Metodologia operativa:** 1. In ogni regione fare una mappatura dei terapeuti, dei centri, degli ambulatori che ambiscono ad occuparsi dei DA. 2. Creare percorsi caratterizzati da incontri in piccoli gruppi condotti da un esperto focalizzati sulla costruzione di un percorso diagnostico valicato. 3. Stilare se possibile un protocollo snello e di facile utilità che garantisca validità e rigore diagnostico. 4. Organizzare una giornata di studio finale in cui i referenti dei vari gruppi regionali portino l'esperienza fatta confrontandosi con esperti della SISDCA. **Obiettivi specifici.** 1° imparare a formulare una corretta diagnosi categoriale alla luce del DSM-IV e delle nuove proposte diagnostiche per il DSM-5. 2° imparare formulare una corretta diagnosi nei casi "complessi" come i DA maschili, esordi tardivi. Ecc **Risultati attesi.** 1. Programmare i seminari in almeno 3/4 delle regioni. 2. Incrementare le iscrizioni alla SISDCA. **Obiettivo finale.** 1. Coinvolgimento regionale dei giovani terapeuti che si interessano di DA, abituandoli al lavoro multidisciplinare clinico, di ricerca e di formazione. 2. Protocollo diagnostico condiviso nel territorio nazionale come patrimonio delle strutture e operatori che iniziano ad occuparsi di DA. 3. Creazione di gruppi di ricerca multicentrici.
Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	***** **7. Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione** **Responsabile** Schumann con Guidi **Obiettivo**: Strutturare un corso di formazione indirizzato a Psicologi specificamente addestrati alla cura dei DAO con i modelli psicoterapeutici pertinenti ed orientati al disturbo preminente **Premesse:** Vedi Forum 1 PLAYDCA: Formazione e Psicoterapia: Oggi molte nuove acquisizioni hanno mutato spesso radicalmente la pratica della psicoterapia. I dati disponibili sull'efficacia dei diversi modelli non mostrano differenze significative, mentre un fattore che appare determinante si concentra sulle capacità personali che un terapeuta è in grado di usare. Esistono aspetti centrali del confronto tra i modelli che devono essere correttamente messi in evidenza e che con sentono di raggiungere una base comune di riferimento. E' necessario pertanto aprire una dialogo adeguato affinché questo obiettivo sia consolidato. Il passo successivo è quello di chiarire le qualità personali che devono essere privilegiate in un terapeuta, al di là della scuola di appartenenza. Riuscire a metterle in evidenza significa prepararci ad un nuovo livello formativo più avanzato ed efficace nel confronto con il paziente. E' inutile continuare un confronto di efficacia tra le diverse terapie, i dati di cui disponiamo ci possono orientare a sufficienza. E' necessario invece unire le conoscenze più avanzate e puntare su modelli nuovi di formazione del terapeuta. Vedi anche Minisimposio DIABO. Formazione e Psicoterapie: http://diabo2011.weebly.com/27.html **Razionale:** L'intreccio fra diverse psicoterapie è una realtà nella pratica clinica. Questo ecletticismo si riscontra con sempre maggiore frequenza e porta alla necessità di creare un razionale per l'integrazione delle diverse psicoterapie. Il punto di partenza saranno le linee guida internazionali che rappresentano ciò che è stato studiato secondo metodologie virtuose pur non rispecchiando tutta la realtà clinica e culturale e non includendo ancora gli studi di efficienza clinica. **Metodologi Operativa:** La SISDCA si pone l'obiettivo di esaminare il cambiamento che negli ultimi vent'anni ha subito il concetto d'integrazione delle psicoterapie nella cura dei DAO superando il particolarismo in nome dell'unità concettuale e scientifica e per integrare psicoterapie rispondenti ai bisogni dei pazienti. Risulta necessario in una 1° fase definire: - i criteri per condurre gli studi di efficienza; - la metodologia di definizione dell' operato psicoterapico; - le modalità per la descrizione di un numero definito di casi trattati. Quindi in una fase 2° si potrà strutturare un'indagine da condurre con la collaborazione degli psicoterapeuti italiani che lavorano all'interno di team interdisciplinari per i DAO secondo criteri di accostamento eclettico e quindi di analizzare i problemi clinici che

Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	terapeuti di diversa formazione incontrano quando collaborano allo stesso caso. **Risultati attesi:** Strutturazione di una formazione specialistica per i DAO derivante dall'analisi dei metodi di cura psicoterapica e definizione delle metodologie di integrazione fra la psicoterapia cognitivo-comportamentale, le psicoterapie cognitive, dinamiche e la psicoanalisi delle relazioni oggettuali. **Obiettivi finali:** Valutazione degli elementi integrativi con la riabilitazione psiconutrizionale. Produrre una formazione ad hoc. ***** **8. Seminari-dibattito annuali monotematici a carattere regionale con esperti locali e/o nazionali promossi dai CDR delle Sezioni Regionali** **Responsabile** Gravina con Di Stani, Todisco, De Salvo, Jacoangeli, Milano, Cerro, Renna,Bogiorno **Premesse.** Le linee guida concordano sull'approccio multidisciplinare per il trattamento dei DA. La formazione è necessaria e indispensabile e costituisce un elemento chiave della Mission della SISDCA. Ogni disciplina ha sue specifiche competenze con relativi background formativi e strumenti operativi. Nonostante le chiare indicazioni in molti casi i trattamenti sono condotti individualmente da singoli professionisti, psichiatri o psicologi, talora in collaborazione in genere non strutturata, con altri operatori, medici o dietisti, con modalità di intervento di "scuola" più spesso autoreferenziali. L'integrazione multidisciplinare è poco praticata anche per difficoltà logistiche perché interferisce con le gerarchie di potere consolidate delle diverse professionalità. Inoltre l'integrazione dei saperi conduce ad un eclettismo degli interventi e ad una confusione di ruoli e competenze. L'attività in team non è facile e in genere non è neanche naturale. Non è solo la somma di interventi isolati (in cui il paziente è "inviato" da uno specialista all'altro), ma un sistema di cura nel quale le diverse competenze, le tecniche, il "linguaggio" e le esperienze di ciascun operatore, devono essere combinate in modo efficace, con obiettivi e strumenti condivisi. **Metodologia Operativa.** 1. Le "conoscenze di base" devono essere patrimonio comune e condiviso tra tutti gli operatori (la metodologia dell'assessment, il colloquio motivazionale, le basi teoriche e gli strumenti dell'Educazione Terapeutica, le basi teoriche della riabilitazione psico-nutrizionale, gli elementi chiave del modello di riferimento dell'approccio psicoterapeutico utilizzato nel team). 2. E' importante radicare la realtà della SISDCA nel territorio e le occasioni formative devono permettere agli operatori localmente di: a. percepire l'azione della Società come un supporto pratico utile al loro impegno, evitando approcci top-down a favore di una maggiore interattività; b. coinvolgere le diverse professionalità permettendo che ciascuna porti il contributo specifico al tema scelto per la formazione; c. accrescere non solo il sapere, ma anche il saper fare, favorendo lo scambio delle esperienze e l'acquisizione di strumenti utili ad arricchire e migliorare gli interventi e le attività già esistenti. 3. In ogni Regione dovrà essere organizzato almeno un seminario formativo coinvolgendo tutti gli esperti locali, tenendo conto di aspetti istituzionali ed accademici. 4. I contenuti degli eventi formativi possono essere ripresi dal MCP del DIABO, utilizzando gli abstract come tracce per gli argomenti da trattare (**vedi** < http://diabo2011.weebly.com/7-mini-corsi-di-perfezionamento.html > 5. I Seminari saranno caratterizzati da lezioni frontali, dal lavoro per piccoli gruppi (da tre a 8 soggetti) con l'aiuto di un formatore professionista locale o nazionale fornendo materiale didattico in anteprima. Potranno essere utili casi clinici paradigmatici e presentati in modo strutturato (vedi Progetto di Di Pietro) 6. Sarà preparato un calendario degli incontri coinvolgendo tutti i Presidenti delle Sezioni Regionali anche per favorire la partecipazione ad eventi di regioni vicine. 7. Compattare questo progetto col D.5. **Obiettivi specifici.** a. accrescere non solo il sapere, ma anche il saper fare, favorendo lo scambio delle esperienze e l'acquisizione di strumenti utili ad arricchire e migliorare gli interventi e le attività già esistenti; b. preparare un calendario degli incontri (anche per favorire la partecipazione ad eventi di regioni vicine). **Risultati attesi.** a. favorire la visibilità ed il radicamento della SISDCA nel territorio; b. far percepire l'azione della Società come un supporto pratico utile alle attività degli operatori. **Obiettivo finale.** In base a quanto sopra descritto, organizzare in ogni regione almeno un evento formativo (rivolto a tutti, favorendo anche coinvolgimento e dialogo con enti istituzionali ed accademici) **Contributo di Milano:** Sezione Campana (vedi Pannello 10 "Action") *****
Area A: **EMPOWERMENT PROFESSIONALE**	

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

9. Corso di Formazione per Direttore-Responsabile del Servizio per i DAO

Responsabile Nizzoli con Melchionda,Bongiorno, Cuzzolaro, Bosello, Spera

Premesse: La direzione del Servizio per i DA è il presidio cruciale per realizzare piani di trattamento multidisciplinari ed integrati all'interno di una equipe terapeutica. Senza un leader competente nessuna equipe può funzionare in modo efficace. Tuttavia i Responsabili di Servizio non hanno alcuna formazione specifica per potere assumere il ruolo. La loro impreparazione rende difficile e meno efficace il lavoro di equipe: ne risente il clima interno ma soprattutto i pazienti curati a volte da equipe caotiche, confuse o conflittuali. Gli stessi Responsabili impreparati possono subire le conseguenze della mancanza di formazione: il loro lavoro diventa ingestibile e fonte di sofferenza.
Indirizzo: in armonia con le Linee-Guida più accreditate la gestione clinica dei pazienti con DAO deve essere operata da un team multidisciplinare che sappia offrire piani assistenziali personalizzati ed integrati
Metodologia Operativa: La metodologia di insegnamento privilegia la consapevolezza, l'apprendimento diretto ed esperienziale pur pretendendo puntualità e precisione teorica. Lezioni teoriche; analisi concrete di caso; simulazioni clinico-organizzative. Il Corso diventa anche luogo di studio delle concrete realtà dei corsisti. Vengono proposti ai corsisti concreti esempi clinico-organizzativi.
Struttura del Corso:
L'insegnamento si svolge secondo 3 linee principali:
1) Insegnamenti teorici
2) Insegnamenti teorico-pratici
3) Attività di ricerca.
Obiettivi Specifici: Imparare a essere Leader. Gestire consapevolmente ed efficacemente l'autorità. Gestire i conflitti clinici ed interpersonali. Imparare a valorizzare le competenze dei colleghi dell'equipe. Imparare a progettare, a gestire, a valutare, a presentare i risultati, a relazionarsi in modo efficace con gli stakeholder.
Contenuti:

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

- Leadership; Gestione di un gruppo di lavoro; Programmazione e Valutazione;
- Gestione del budget, negoziazione e revisione
- Il governo clinico e i suoi strumenti
- Sviluppo e impiego di indicatori di performance per la valutazione della qualità dell'assistenza
- Le linee guida e documenti di technology assessment: dalla EBM/EBHC alle raccomandazioni per la pratica clinica e alle valutazioni costo-efficacia;
- La definizione di standard di riferimento relativi alla capacità tecnico-funzionale e organizzativa del servizio per i DAO;
- L'audit clinico
- Il rischio clinico nell'assistenza ai DAO

Abilità e Competenze:

- Capacità di pianificare, implementare, facilitare e valutare i programmi assistenziali di gruppo, in quanto applicabili.
- Saper funzionare come team leader efficace, motivatore, mentore, e membro del team multidisciplinare.
- Promuovere un ambiente di squadra positivo e rispettoso di lavoro.
- Capacità di facilitare il team building;
- Promuovere il morale, la motivazione e la coesione nell'equipe;
- Reclutare i collaboratori
- Capacità nello stabilire le priorità, organizzare il lavoro, e rispettare le scadenze.
- Pianificare, gestire, monitorare, valutare, revisionare il budget di risorse strumentali, economiche ed umane;
- Gestire il programma di qualità del servizio;
- Promuovere la cultura del miglioramento continuo della qualità nel servizio.
- Capacità di adattarsi a eventi nuovi o imprevisti;
- Capacità di risolvere i problemi e di affrontarli con efficacia guidando gli altri;
- Capacità nella risoluzione delle problematiche dei conflitti.
- Capacità di comunicare efficacemente, sia oralmente che per iscritto, con i clienti e le loro famiglie, i colleghi, i medici e l'altro personale sanitario, sia one-to-one che in gruppo.
- Capacità di lavorare efficacemente con i partner della comunità.
- Competenze informatiche per gestire il sistema informativo;
- Assicurare il collegamento con i servizi sanitari di base e specialistici; le comunità sociali, educative, le associazioni dei familiari.

Risultati Attesi: Divenire un Direttore di Servizio autorevole, sicuro e performante
Obiettivo Finale: Verifica "sul campo" delle competenze acquisite.

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

Durata: il Corso ha la durata di 120 ore di aula oltre allo studio a domicilio e la preparazione dell'Elaborato finale.
Destinatari: Alla Scuola di Specializzazione possono essere ammessi i professionisti che svolgono le funzioni di Responsabile di Team o Servizio per i DAO e i laureati in Medicina e Chirurgia, in Psicologia e in Dietologia e/o Dietistica iscritti ai rispettivi Albi professionali.
Sede del Corso: Sede messa a disposizione da SISDCA (previ accordi)
Numero corsisti: Il numero massimo di allievi è di 15.
Colloquio: L'accesso alla scuola e' subordinato ad un colloquio di selezione.
Post-Corso: SISDCA continua ad assistere i corsisti nello svolgimento futuro del lavoro di Leader fornendo supervisione, momenti annuali di formazione permanete e di richiamo ed aggiornamento delle conoscenze ed abilità.
Compattazione con A.4.

*****

10. Progetto Formativo Articolato

Responsabile Cuzzocrea

1. Premesse. Oggi più che mai è crescente l'importanza di formazione scientifica e altamente specializzata che consenta da un lato definire ulteriormente il ruolo "sociale" della SISDCA e dall'altro di favorire la formazione e l'inserimento nella società scientifica di giovani adeguatamente formati.
2. Metodologia Operativa. Chiunque voglia fornire un contributo inizi a formulare alcune semplici linee guida per la formazione, in modo da arrivare all'incontro di Gennaio con una bozza sulla quale discutere.
3. Obiettivi specifici raggiungibili a breve termine. Stilare linee guida condivise dalla società scientifica per coloro i quali (enti pubblici e privati) desiderano proporre corsi di Formazione Post Universitari con l'intento di uniformare la formazione. Ecco la mia **PROPOSTA.** La formazione dovrebbe garantire:

a. a tutti di intraprendere una formazione in relazione alle conoscenze di base;
b. mantenere costante l'importanza dell'interdisciplinarietà;
c. puntare alla formazione specifica ed adeguata all'utenza;
d. favorire una formazione in base alle richieste del territorio.

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

4. Ipotesi di progetti di formazione post-universitaria

a. I LIVELLO: Corso di aggiornamento sui disturbi delle condotte alimentari

- Di base (teorico)
- Finalità: Formazione di base per persone che non hanno mai affrontato le tematiche
- Destinatari: giovani laureati in medicina, psicologia e scienze nutrizionali
- Contenuti: Eziologia dei disturbi; Elementi di base rispetto ai trattamenti
- Durata: 3 mesi

b. II LIVELLO: Corso di aggiornamento sui disturbi delle condotte alimentari

— avanzato (teorico/pratico):
- Finalità: Formazione rivolta a coloro i quali hanno seguito il corso di base o a operatori del settore
- Destinatari: laureati in medicina, psicologia e scienze nutrizionali
- Contenuti: Trattamenti integrati in soggetti con disturbo della condotta alimentare
- Durata: 6 mesi
- Garantire almeno: 100 ore di Stage

c. III LIVELLO: Master di II livello (universitario e non)

- Finalità: Filosofia di fondo garantire l'interdisciplinarietà, ma mantenere un'elevata specializzazione
- Destinatari: percorsi differenziati in funzione della laurea in medicina, psicologia e scienze nutrizionali/dietisti
- Contenuti: Trattamenti integrati specifici in funzione del disturbo dell'alimentazione
- Durata: 12 mesi- Garantire almeno: 300 ore di Stage + 200 ore di supervisione

5. Risultati attesi. Dopo l'approvazione delle linee guida condivise ogni socio potrebbe avere la possibilità di avviare accordi di collaborazione nel proprio territorio e richiedere e ottenere agevolmente il "patrocino" scientifico della SISDCA.
6. Obiettivo finale.
a. Creare sinergia all'interno della SISDCA.
b. Offrire nel "mercato" della formazione attività scientifiche unitarie e omogenee.
c. Consentire agli utenti in formazione di scegliere il percorso adeguato alle proprie conoscenze di base.
Vedi Pannello 10 "Acion" per una proposta di documento

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

*****

11. Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari

Contributo di Ruggiero

Vedi Pannello 10: Non si tratta di un progetto ma un esempio chiave di contenuti essenziali che dovrebbero essere oggetto di un percorso formativo sui DAO. La domanda è: In quale Scuola di Specializzazione ufficiale viene sviluppato? Chi lo deve insegnare e chi lo deve applicare. In questo momento non esiste alcuna condivisione relativa ai contenuti necessari per i DAO nelle sedi italiane ufficiali delle Scuole di Psicologia, Psichiatria, Nutrizione, Endocrinologia, Dietistica

Premesse. Il trattamento cognitivo si basa sul presupposto che gli stati di disagio emotivo (ansia, depressione) e molti sintomi (come ad esempio il comportamento di restrizione alimentare nell'anoressia) dipendano da pensieri negativi sulla realtà. In breve, il paziente tende a valutare la realtà come negativa e pericolosa, e in qualche modo preferisce farlo poiché ritiene che un atteggiamento positivo gli impedirebbe di evitare i supposti pericoli. Nell'accertamento cognitivo si parte dal presupposto che:

1. I sintomi corrispondono a valutazioni, opinioni, credenze, convinzioni sulla realtà, se stessi e gli altri.
2. Che queste convinzioni posseggano una funzione in qualche modo soggettivamente utile. Insomma, esse servono a qualcosa al paziente. A che cosa?
3. Queste convinzioni sono essenzialmente di tipo negativo: il paziente concepisce il mondo e gli altri come apportatori di pericoli, e se stesso/a come incapace di fronteggiare questi pericoli
4. Queste convinzioni servono un obiettivo: evitare dei problemi, dei guai. Quali? ……

Area A:

EMPOWERMENT PROFESSIONALE

*****

12. Implementazione del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato

Responsabile: Capezzali

12. Implementazione del Corso di Laurea in Dietistica e Master Postlaurea dedicato

Responsabile: Capezzali

Premesse. Non tutti i Core-Curriculum dei Corsi di Laurea in Dietistica in Italia prevedono la formazione relativa ai DAO mentre è indiscutibile la sempre maggior richiesta dell'utenza. La formazione postlaurea è inoltre lasciata ad iniziative autorefenziali, e ciò che viene proposto nelle attività formative è parte di quanto già viene svolto nella formazione di base.

Metodologia Operativa. Costruire un DataBase italiano con gli indirizzi mail di tutti i diplomati degli ultimi 5 anni con il coinvolgimento dell'Associazione Professionale (ANDID).

Obiettivi Specifici. Utilizzando la mailing list inviare un messaggio per informare dell'esistenza del Programma di Formazione della SISDCA.

Risultati Attesi. Feedback positivo di almeno il 50% delle comunicazioni

Obiettivi Finali.

1. Implementare le iscrizioni dei Dietisti alla SISDCA (ricordo che non esistendo l'albo professionale non tutti i Dietisti diplomati sono iscritti ANDID), considerando i vantaggi connessi data la possibilità di ricevere in "diretta" gli eventi formativi della SISDCA
2. Formare un gruppo di Dietisti che diventino docenti

*****

13. Bosello: La formazione degli operatori che devono applicare protocolli di Ricerca Clinica Finalizzata

Responsabile Bosello

Premesse. I migliori protocolli di ricerca non possono prescindere dalle condizioni in cui si esplicita la formazione dei ricercatori. Quindi si deve introdurre la necessità imprescindibile della formazione degli operatori che devono eseguire i protocolli eccellenti, meglio se EB per applicare o verificare risultati pubblicati su riviste imapattate.

Appunti Area A

Pannello 5.

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

Referente Donini**:** Di Pietro, Todisco, Ballardini
Responsabili di Progetto: Manzi, Ballardini, Donini-Vanzo, Tanas, Renna, Todisco, Milano, Guidi, Melchionda, Tarrini, Cuzzolaro, Cerro, Bertelloni, Scaglia

Ricerca Clinica Applicata: Applicazione di protocolli e percorsi EB nella realtà oggettiva in cui si opera e verifica dei risultati attesi considerando la diversità del contesto.
Può la Società favorire lo sviluppo di una o più linee di ricerca multicentrica, considerando le risorse in campo e le differenti abilità dei suoi Soci che si propongono di dare un contributo euristico? Quali linee cliniche prediligere dall'Anoressia all'Obesità con o senza BED?
I progetti di ricerca avranno lo scopo di sviluppare le conoscenze nel campo dei DAO. Essenziale sarà anche promuovere l'applicazione pratica dei risultati di questi studi attraverso l'identificazione di procedure evidente/based che rispettino i criteri di appropriatezza organizzativa del SSN. Un accento particolare andrà posto nel definire criteri di eticità e qualità (di struttura, di processo e di esito) che dovranno essere rispettati dalle strutture, pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dell'assistenza ai pazienti con DAO. In quest'ottica andranno approfonditi gli aspetti relativi al team approach multidimensionale integrato e la necessità di affidarsi a reti assistenziali strutturate collegando uongio multipli con diverse potenzialità. Sarà quindi necessario promuovere ricerche multicentriche che coinvolgano i migliori Centri che si occupano di DAO applicando protocolli di lavoro multidimensionali e interdisciplinari. Sarà anche utile coinvolgere in questi studi strutture che operano sul territorio (MMG, PdLS, SIAN) e nelle strutture per acuti. Ipotesi di progetti paradigmatici di ricerca multicentrica:

1. Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete in ambito interdisciplinare (scambio di informazioni, circolazione ragionata dei pazienti, definizione di criteri condivisi di accesso nei diversi uongio assistenziali). Possibili candidati al coordinamento di uno studio del genere sono Cotugno (ASL RME), Dalle Grave, Todisco.
2. Verifica delle procedure decisionali all'interno di una equipe interdisciplinare: il paziente con DAO può rappresentare il modello del paziente complesso in cui le decisioni debbono essere prese dal confronto tra le diverse professionalità. Il gruppo Donini insieme ad alcuni Direttori Sanitari che fanno capo al gruppo Dedalus hanno iniziato un pre-studio in tal senso.
3. Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, (messa a punto e validazione di strumenti, sperimentazione di nuove metodiche via web, ecc)

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

Compito del Gruppo di Lavoro Area B da sviluppare dalle 16 alle 19.30 del 20 Gen e da riferire in plenaria il 21 Gen in 30':
Elaborare una o più Proposte di Protocolli di Ricerca Multicentrica Centralizzata della SISDCA con un buon livello di fattibilità in base alle seguenti presentazioni di 10 ':

1. Donini: Valutazione della Motivazione al **Cambiamento Stili di Vita utili per la salute (B.3.a.)**
2. Tanas: Obesità e Soprappeso in **Età Evolutiva** Coinvolgimento dei PLS **(B.3.b.2)**
3. Cuzzolaro: **Prevenzione (B.9.)**
4. Guidi: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DA. **(C.7.)**
5. Ballardini: **Indicatori** di efficacia **(B.2.)**
6. Tarrini: Implementazione del Progetto PRIORITA' di Imola. Valutazione critica delle Evidenze **(B.3.b.3., B.6., C.8.)**
7. Costituzione di un gruppo di Studio Nazionale sull'Obesità in età evolutiva (B.3.b.1.)
8. Scaglia: Trattamento dell'Obesità BED
9. Bertelloni: Anoressia, crescita staturale e fratture **(B.10. , B.11.)**
10. Schumann: Efficacy, Effectivenes, Indicazioni delle differenti psicoterapie e formazione **(A.7.)**

Progetti prospettati:

1. Manzi: Promuovere organizzazione di ricerche cliniche multicentriche per testare l'applicabilità di modelli psicometrici con risultati attinenti a differenti livelli di evidenza, partendo dalla esperienza fattuale di chi sperimenta nel suo lavoro le difficoltà operazionali del confronto con i colleghi dai diversi profili professionali.
2. Ballardini: Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici
3. Donini, Tanas, Melchionda, Tarrini: Testare l'applicabilità di strumenti diagnostici e protocolli preventivo-terapeutici pubblicati a buon livello di evidenza.

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

4. Renna: Temi proposti che potrebbero essere sviluppati da appositi Gruppi di Studio approvati dal CDNR della SISDCA
5. Melchionda: Progettazione di un sistema informatico per i DAO e/o di database per ricerche multicentriche
6. Tarrini: Valutazione critica delle evidenze di RCT, Linee Guida, Raccomandazioni, Posizioni, Review, Summit Report dalle pricipali BancheDati
7. Cerro: Individuazione di strategie e protocolli condivisi per la gestione e il trattamento dei primi casi di DAO all'esordio.
8. Cuzzolaro: Validazione multicentrica di due nuove interviste per la valutazione della motivazione secondo il modello transteoretico: M•IDA per i DA e M•IO per l'Obesità
9. Cuzzolaro: Prevenzione integrata dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione: revisione delle linee di ricerca e degli studi già effettuati.
10. Bertelloni: Anoressia e crescita staturale
11. Bertelloni: Anoressia e Frattture
12. Scaglia: Trattamento dell'Obesità BED

Progetti sviluppati ricevuti:

1. Promuovere organizzazione di ricerche cliniche multicentriche per testare l'applicabilità di modelli psicometrici con risultati attinenti a differenti livelli di evidenza, partendo dalla esperienza fattuale di chi sperimenta nel suo lavoro le difficoltà operazionali del confronto con i colleghi dai diversi profili professionali

Responsabile Manzi, ……

Premessa: Non vi sono in psichiatria e psicoterapia modelli psicometrici psicometrici basati sull'evidenza, esistono modelli che fanno riferimento a diversi assunti antropologici ed epistemologici. Proporre noi un modello vuol dire coatare la libertà professionale e scientifica dei colleghi. E' preferibile costituire un gruppo di ricerca che rilevi le diverse modalità di cura e permetta il confronto sui diversi modelli assistenziali, sperando in un accordo sulle prassi.

Metodologia operativa: Studio multicentrico su 3 Regioni d'Italia (Nord, Centro, SUD) per la verifica dei percorsi di cura con l'utilizzo di questionari che censiscano le strutture, gli operatori dedicati, la loro organizzazione, l'integrazione tra i diversi centri pubblici e privati esistenti sul territorio.

Obiettivi specifici: L'obiettivo è quello di verificare come vengono applicati nelle singole strutture i percorsi diagnostico-terapeutici e le linee guida ed in che modo si integrano con la rete assistenziale regionale

Risultati attesi: Verificare in che modo viene attuato il processo di integrazione e quali sono i risultati di esito dell'avvenuta o non avvenuta integrazione

Obiettivo finale: Studio dei risultati ed ipotesi e suggerimenti per i gruppi di lavoro che operano nei diversi contesti territoriali italiani.

*****

2. Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici (vedi Pannello 10 "Action" per file esteso)

Responsabile Ballardini, ……, ……, ……

Premesse. L'approccio interdisciplinare ai DAO viene supportato dalle principali linee guida: da queste emerge che l'intervento specialistico medico-nutrizionale è elemento primario negli approcci riabilitativi nei DAO. Tuttavia in gran parte degli studi la valutazione delle componenti nutrizionali è resa difficoltosa dal fatto che non sempre vengono chiaramente delineate. E' quindi necessario, per favorire la diffusione e la cultura alla cura nutrizionale come buona pratica una maggiore integrazione fra pratica e ricerca clinica.

Metodologia Operativa: 1° FASE: Costruzione di un questionario atto alla identificazione delle equippe che applicano la riabilitazione nutrizionale con integrazione fra pratica e ricerca clinica. Tale questionario non entrerà nello specifico delle scelte terapeutiche o dei risultati, ma indagherà la strutturazione dell'intervento. Risultati attesi: Identificazione delle strutture la cui mission sia rivolta al miglioramento e alla formazione continua, con un orientamento alla ricerca clinica. **2° FASE:** Valutazione dei percorsi dei team selezionati attraverso un secondo questionario mirante a identificare indicatori di processo e di esito con particolare riferimento ai sintomi nutrizionali dei DAO e alle metodologie di integrazione con la psicoterapia. Risultati attesi: Identificazione di percorsi di cura caratterizzati da metodologie efficienti, cioè in grado di produrre i risultati desiderati.

Obiettivi Specifici: XXXX

Risultati Attesi: XXXX

Obiettivi finali: 1. Inquadrare la riabilitazione psiconutrizionale rivolta ai disturbi dell'alimentazione come una pratica

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

promettente, che attraverso ricerca ed esperienza, possa dare prova di condurre ai risultati desiderati configurandosi come una Best Practice provata in campo. 2. Organizzazione di un corso di formazione

*****

3. Testare l'applicabilità di strumenti diagnostici e protocolli preventivo-terapeutici pubblicati a buon livello di evidenza

B.3.a. Gruppo di Studio: Valutare la motivazione al cambiamento verso una sana alimentazione ed uno stile di vita attivo: Ipotesi di Studio Multicentrico sul Counseling Motivazionale

Responsabile Donini-Vanzo: Ballardini, Gravina, Manzato, Meneghini, Prosperi, Renna, Scaglia, Tarrini

Razionale: La limitata efficacia evidenziata dai programmi di prevenzione e trattamento dell'eccesso ponderale attualmente a disposizione sottolinea la necessità di agire utilizzando una prospettiva che tenga conto della complessa eziologia del fenomeno contraddistinta da una complessa interazione di fattori comportamentali, relazionali, motivazionali e psicosociali.

Gli studi epidemiologici hanno rivelato che in molte persone manca la consapevolezza dell'importanza di seguire regole sane e uno stile di vita complessivamente salutare, così come spesso manca anche la percezione di essere a rischio. Riveste quindi un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stili di vita non salutari. Le azioni promosse devono infatti andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione: le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment). Pertanto occorre motivare le persone sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento.

State of art. Le ricerche italiane nel campo della valutazione della motivazione al cambiamento si sono sviluppate da circa 15 anni a partire dalla traduzione italiana del questionario "R.T.C.O.: Readiness To Change Questionnaire" (Spiller et al, 1994; Deodato et al, 1995).

Le ricerche italiane sono approdate ad un questionario, denominato MAC, in grado di fornire una valutazione sincronica di tre fattori motivazionali che agiscono sul processo di cambiamento (autoefficacia, frattura interiore, disponibilità al cambiamento), nella versione per eroina (Spiller et al, 1998) e per il fumo di tabacco (Guelfi et al, 1999). Le esperienze di utilizzo delle precedenti versioni del MAC hanno condotto ad una successiva versione del questionario, denominata MAC2,nella forma per uso di alcol (Spiller et al, 2005).

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

Nel 2009 la Regione del Veneto con la rete dei SIAN supportata da esperti nel CM ha costruito e valicato 2 set di strumenti per misurare la motivazione al cambiamento rispetto all'alimentazione (EMME3-AL) ed all'attività fisica (EMME3-AF) in soggetti adulti che hanno avuto indicazione, hanno richiesto, hanno in corso o hanno effettuato un intervento legato alla modificazione della propria alimentazione, per problemi sanitari di promozione della salute e/o di prevenzione di disturbi e patologie specifiche (Spiller et al: "Assessing motivation for ch'ange toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two set of instruments".Med J Nutr Metab, 2009).

Metodologia operativa.

1. Creazione di una rete tra tutti i servizi di prevenzione e clinici, interessati alla valutazione della motivazione al cambiamento, e all'implementazione di interventi che tengano conto del profilo motivazionale del destinatario al fine di aumentare la probabilità di successo, in collaborazione con i SIAN, le cure primarie e i medici curanti. I professionisti di questa rete potranno utilizzare il software "Progetto EMME3" presente nel sito www.venetonutrizione.it e concorderanno i parametri antropometrici, comportamentali, motivazionali utili a valutare l'efficacia di un intervento.

2. Formazione dei professionisti della rete sulle modalità di somministrazione dell'EMME3, sull'interpretazione del profilo motivazionale e sulla restituzione del dato al paziente ai fini dell'aumento della consapevolezza.

3. Applicazione di 2 strumenti per misurare la motivazione al cambiamento rispetto all'alimentazione (EMME3-AL) ed all'attività fisica (EMME3-AF) in soggetti adulti che hanno avuto indicazione, hanno richiesto, hanno in corso o hanno effettuato un intervento legato alla modificazione della propria alimentazione, per problemi sanitari di promozione della salute e/o di prevenzione di disturbi e patologie specifiche (Spiller et al: Med J Nut Metab 2009). La somministrazione sarà effettuata a cadenze regolari per valutare il cambiamento del livello motivazionale in seguito al trattamento.

4. Eventuale formazione dell'equipe sulle tecniche del counseling motivazionale nutrizionale.

5. Eventuale formazione per i MMG e PLS per motivare il paziente al trattamento appropriato.

Obiettivi specifici.

1. Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete in ambito pluriprofessionale ed intersettoriale ai fini della pianificazione, realizzazione e valutazione condivisa degli interventi di counseling motivazionale per la promozione di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo nei diversi contesti.

2. Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, mediante questionari e con nuove metodiche di utilizzo via web, da parte di operatori che lavorano in vari setting di comunità e assistenziali (prevenzione,

Area B: **RICERCA CLINICA APPLICATA**	clinica, assistenza primaria, sia a livello individuale che di gruppo) al fine di programmare interventi adeguati allo stadio motivazionale, effettuare valutazioni in progress del trattamento, con ricadute sull'appropriatezza ed efficacia degli interventi di counseling. 3. Realizzare la valutazione delle ricadute del percorso formativo, sia in termini di processo, di abilità acquisite e di applicabilità della metodologia nei diversi contesti di comunità e assistenziali, sia in termini di efficacia degli interventi individuali e di gruppo attuati. **Risultati attesi** 1. Costituzione del gruppo di pilotaggio. 2. Definizione condivisa del percorso complessivo in relazione ai singoli bisogni e contesti di applicazione. 3. Definizione modalità di valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di counseling motivazionale per una corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo utilizzando disegni di ricerca pre e post intervento e tenendo conto di indicatori di processo e di risultato sia soggettivi che oggettivi. 4. Definizione percorsi di formazione finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento. **Obiettivo finale.** Diffondere la metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento con test validati nel contesto nazionale (EMME3) e sviluppare abilità professionali per attuare interventi appropriati ed efficaci nell'area della promozione della salute e del counseling per motivare all'adozione consapevole di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo. ***** **B.3.b. Prevenzione e Terapia dell'Obesità in Età Evolutiva** Tanas, Tarrini, Bertelloni, Tridenti, Melchionda, Miottello, Zanetti **Obiettivo:** Amplificare la conoscenza di metodologie basate sulla famiglia e Costruire un strategia per coinvolgere tangibilmente i PLS **Possibile sviluppo:** Vedi Pannello 10 "Action"
Area B: **RICERCA CLINICA APPLICATA**	**B.3.b.1.: Gruppo di Studio Nazionale per la Prevenzione e il Trattamento dell'Obesità in età evolutiva** **Responsabile:** Melchionda **Premesse:** Il problema è molto complesso e il costrutto multidisciplinare, multiprofessionale e l'integrazione necessita uno sforzo che implica la costituzione di una piattaforma "Multi-Societaria" che si struttura solo con la confluenza di tutte la Società Scientifiche. Si tratta di un problema emergente ineludibile. Vedi sito: http://www.repubblica.it/economia/2011/12/30/news/tassa_sui_junk_food_quanto_ci_costano_all_italia_gli_costano_gli_obesi-27402176/?ref=HREC1-5 Vedi Pannello 10 **Metodologia Operativa:** Coinvolgere i Presidenti di tutte le Società Scientifiche (SISDCA, SIMA, SIGP, ANDID, ANSISA, SIP, ecc). La difficoltà è estrema per cui è necessario procedere per gradi attraverso anche conoscenze personali, telefonate esplicative, amicizie, ecc). **Obiettivi Specifici:** Promozione di una Riunione di Presidenti **Risultati Attesi:** SISDCA, ANSISA, SIEDP, SIP, SIMA, ANDID, SIGA **Obiettivo Finale:** Tutte le Società fino ad ora non complicanti (SID, SIE, SIP) **Compattazione con D.3.** **B.3.b.2.: Formazione dei Pediatri di Libera Scelta alla prevenzione e terapia del sovrappeso e obesità in età evolutiva con l'ETP.** **Responsabile:** Tanas** **Premesse** Dato che il problema obesità si è rilevato un problema di difficile gestione sia da parte del singolo professionista che di team di professionisti, per gestirlo con efficacia occorre migliorare le tecniche di approccio ed istituire nuove profonde alleanze metodologiche fra i professionisti coinvolti(1-4). Il pediatra di libera scelta (PLS) è una figura centrale e inalienabile nella gestione sanitaria del problema obesità sia per la carenza di risorse sia per la tendenza all'abbandono del percorso di questi pazienti, ma va adeguatamente sensibilizzato al problema formato e sostenuto dagli specialisti per la cura dei casi più gravi(5-6) perché possa raggiungere risultati apprezzabili(7). Obiettivo di questa ricerca è dimostrare che l'Educazione Terapeutica del Paziente adattata alla cura familiare di gruppo dell'obesità in età evolutiva (ETFG) (8-9) e gestita in sintonia da pediatri di famiglia, dietisti, psicologi e specialisti può essere efficace nel ridurre il grado di obesità della popolazione in età evolutiva trattata, misurato in BMI zscore. **Metodologia.** - Offerta al Tavolo Regionale della Regione Emilia Romagna dedicato all'obesità in età evolutiva di un Percorso di Ricerca costituito

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

da
- Selezione di un gruppo di PLS, dietisti, nutrizionisti SIAN, psicologi già lavoranti nell'ambito della sanità pubblica e interessati al problema, dando la precedenza a coloro che in precedenza hanno già avviato percorsi formativi in tal senso, se interessati a riprenderlo (Bosi R, Campana S, Pizzitola MR PLS; Morani L, Ricci V, Biondi S, Fabbri G, Pullara R, Celenza F Dietiste; Lo Scocco S, Boscherini M, Mazza F Fregnani M e Zanetti C Psicologhe)
- Formazione di questo gruppo sia a distanza, con una FAD dedicata accreditata sul tema, che con 1-2 Corsi Residenziali di Educazione Terapeutica Familiare di Gruppo di 4 giorni da tenere a Ferrara o Bologna, accreditati dalla Regione e svolti in locali della Regione per max 19 professionisti per volta, 2 per ogni ASL.

Obiettivi specifici Formazione di 38 operatori della Regione Emilia Romagna con l'incarico di iniziare a trattare i loro assistiti e aumentare sensibilità e interesse al nuovo percorso terapeutico ETFG fra i loro colleghi nella loro ASL.

Risultati attesi:

1. Formazione dei 38 professionisti interessati.
2. Presa in carico dei loro assistiti con ETFG per 2 anni con valutazione dell'andamento del BMI percentile rispetto a quello di un gruppo di PLS non coinvolti nella ETFG.

3 Sensibilizzazione fra pari dei loro colleghi pediatri, psicologi e dietisti.

Obiettivo Finale Formazione con corsi successivi di 2 giorni di tutti i professionisti, che ne facciano richiesta nelle varie USL della regione, attuata dai professionisti che hanno partecipato al progetto base e presa in carico conETFG dei loro assistiti. Formazione coordinata in team dei 3 livelli locali di assistenza: PLS, Team ambulatoriale/ospedaliero con possibilità di gestione di degenza ordinaria e DH riabilitativo.

**Per i PLS coinvolti vedi Pannello 1° "Action"

B.3.b.3.: Prosecuzione Progetto PRIORITA' di Imola

Responsabile: Tarrini

Premesse. L'obesità è diventato il più importante problema delle salute delle società occidentali. Di particolare interesse è l'obesità in età evolutiva per l'impatto a lungo termine delle sue complicanze e per la possibilità di una più facile prevenzione. L'intervento in età evolutiva rappresenta una delle più rilevanti priorità per la salute pubblica. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di verificare i risultati di processo a breve termine e di esito (mesi) e di esito (anni) in una corte di famiglie con figli in soprappeso e obesi della Città di Imola.

Per progettare il modello di intervento sono stati consultati i più importanti documenti della letteratura degli ultimi 5 anni (Linee Guida, Raccomandazioni, Revisioni Sistematiche, Summit Report). Nonostante sia chiaro che per ottenere risultati significativi occorre coinvolgere tutta la filiera sanitaria (scuola, industria, media, amministrazioni, ecc.) ci siamo limitati a considerare solo le raccomandazioni indirizzate ai Professionisti, per ragioni legate alle risorse. Quindi questo studio deve essere considerato un progetto pilota disegnato in tre fasi.

1° Fase: implementazione della motivazione rivolta ai pediatri di libera scelta per l'arruolamento delle famiglie.

2° Fase: implementazione della motivazione rivolta ai genitori con l'organizzazione di una conferenza motivazionale allo scopo di ottenere l'adesione delle famiglie alla 3° Fase.

3° Fase: programma di educazione nutrizionale in 4 sessioni di lavoro. 4 mesi.

Risultati Ottenuti. Delle 46 famiglie, che si sono presentate alla conferenza della 2° fase, hanno dato l'adesione per la 3° Fase 36 (81%) e alla 1° sessione di lavoro della 3° fase si sono presentati 25 genitori (75% e rispettivamente 50%). Al termine delle e fasi "genitoriali" abbiamo proposto un percorso con un approccio cognitivo-comportamentare sviluppato in 8 sessioni. Nessuna famiglia ha accettato adducendo 3 motivazioni: mancanza di tempo, rifiuto degli adolescenti, mancanza di denaro.

Metodologia operativa. Studiare modelli di incentivazione dei pediatri a monitorizzare peso e altezza con un follow-up strutturato per arruolare genitori di bambini o adolescenti prima che il peso superi quello che dovrà essere raggiunto in età adulta in modo da avere come obiettivo solo il mantenimento del peso agendo esclusivamente sui genitori con una educazione nutrizionale orientata e strutturata (ETOS) quando i soggetti sono ancora in fase preadolescenziale e e con una ETOS combinata anche sui soggetti in questione

Obiettivi Specifici.
- Motivazione dei PLS per lo sviluppo da parte ldelgi stessi per l'attuazione del follow-up a lungo termine
- Motivazione delle famiglie per la monitorizzazione del peso utilizzando la posta elettronica
- ETOS

Risultati attesi. Formare una coorte per avere dati osservazionali a lungo termine e applicare ogni sei mesi sessioni educazionali "remind" e verificare il mantenimento del peso

Risultati Finali. Avere la compliance dei PLS e delle famiglie per l'attuazione del monitoraggio dai 4 ai 12 anni per i bambini e dai 12 ai 18 per gli adolescenti

vedi DIABO

<http://diabo2011.weebly.com/233.html> <http://diabo2011.weebly.com/263.html>

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

Metodologia Operativa, Obiettivi Specifici, Risultati Attesi, Obiettivo Finale: Vedi Pannello 10 "Action"

B.3.b.4.: PRIORITA' 2 o ETAF: Educazione Terapeutica e Attività motoria Familiari per curare l'Obesità in età evolutiva

Responsabile Tanas Rita

Premesse Dato che il problema obesità si è rilevato un problema di difficile gestione sia da parte del singolo professionista che di team di professionisti, per gestirlo con efficacia occorre migliorare le tecniche di approccio ed istituire nuove profonde alleanze metodologiche fra i professionisti coinvolti (1-4). L'attività motoria è ormai considerata la chiave di successo di ogni progetto di stile di vita sano pertanto questo progetto cerca di coniugare le 3 facce della medaglia: educazione familiare sullo stile di vita sano (ETF), educazione alimentare e attività motoria, già sperimentate ed in corso di implementazione (5-8). Obiettivo ripetere uno studio già condotto e pubblicato in Islanda su un piccolo gruppo di obesi severi (9) e dimostrare che si può ottenere molto anche investendo relativamente poco, ma bene.

Metodologia Il progetto di ricerca è costituito da 2 tempi

A) Incontro motivazionale con PLS di …… per sensibilizzare e arruolare 20 PLS e uniformare le metodiche di selezione e controllo periodico successivo anche per il gruppo di controllo per reclutare 2 gruppi di 100 bambini e adolescenti di 6-11 aa con obesità idiopatica (BMI >95 pc, senza causa organica) e randomizzare i 50 da arruolare a un programma terapeutico familiare ETF e il gruppo di controllo soltanto da pesare e misurare ogni 6 mesi e dare Questionari QV e stato sociale all'inizio e dopo 2 anni. In alternativa proposta di progetto ad una scuola per l'avvio di un progetto scolastico di prevenzione secondaria.

B) ETF è costituito da

1 visita iniziale fondata sui principi del colloquio di motivazione per rilevare peso, statura, circonferenza vita (CV), pressione arteriosa (PA) e BMI e patologie metaboliche dei genitori. Questionario QV e stato sociale

2 percorsi educativo-formativi, con pediatra specialista, dietologo, psicologo e insegnante di educazione fisica (EF), di sabato mattina della durata 4 ore per genitori e adolescenti e momenti di gioco per i bambini sullo schema del lavoro di Coppins (9).

2 h / settimana di attività motoria dedicata, organizzata con una palestra ed operatori formati per 1 anno rivolta ai bambini e aperta anche ai loro genitori.

4 visite di controllo (anche dal PLS) ogni 6 mesi per 2 anni con antropometria per bambini e genitori, CV e PA.

Obiettivi specifici Indicatori di esito andamento prima e dopo 2 anni del BMI z score secondo WHO (riduzione del BMI zscore >0,20) e BMI % e CV/H e PA. BMI dei genitori almeno stabile.

Risultati attesi Riduzione del numero di obesi e del grado di ecc ponderale della popolazione di bambini e genitori nel gruppo di studio vs quello di controllo dopo 2 anni dall'arruolamento

Obiettivo Finale Motivazione dei PLS e di un gruppo di EF alla formazione all'ETF per il trattamento autonomo dei loro pazienti e la programmazione della loro formazione (7,8,10).

Per la bibliografia vedi Pannello 10 "Action"

*****

4. Temi di ricerca proposti da Renna che potrebbero essere sviluppati da appositi Gruppi di Studio Approvati dal CDNR della SISDCA:

B.4.a. Correlazione tra Disturbo dell'immagine corporea, caratteristiche specifiche dei DAO e comorbilità psichiatrica:

Responsabile Manzato

Declinato

B.4.b. Rischio suicidario

Responsabile Renna, Todisco

Premesse. I soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione si presentano spesso all'osservazione clinica con altri sintomi psicopatologici aspecifici quali ansia, ossessioni, depressione, comportamenti compulsivi, multi-impulsività, comportamenti auto-lesivi, abuso di alcool e sostanze, ecc. che, pur potendo essere conseguenza della malnutrizione, quando rilevanti o persistenti devono essere inquadrati come un disturbo psichiatrico in comorbidità. Individuare altri sintomi psicopatologici o disturbi psichiatrici contemporaneamente presenti è di fondamentale importanza in quanto questo può dare indicazioni sulla storia del soggetto, guida la scelta terapeutica, influenza la prognosi e dunque l'outcome. Il rischio di suicidio, molto alto nei soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione (SMR 23), va sempre indagato al fine di mettere in atto azioni preventive adeguate.

A
rea B:

RICERCA
CLINICA
APPLICATA

Metodologia Operativa. Un campione di soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione sarà indagato, tramite colloqui clinici, e tramite interviste strutturate e semi-strutturate al fine di valutare la sintomatologia specifica e aspecifica, la comorbidità psichiatrica di Asse I e/o II (così come previsto dal DSM IV), l'impulsività patologica, il rischio suicidario:
- Eating Disorder Inventory 2: EDI 2 (Garner, 1991)
- BITE (Henderson e Freeman, 1987)
- Body Uneasiness Test: BUT (Cuzzolaro, 1999)
- Beck Depression Inventore: BDI (Beck, 1976)
- Symptom Checklist 90 R: SCL 90 R (Derogatis, 1976)
- Barratt Impulsiveness Scale 11: BIS 11 (Barratt & Stanford, 1995)
- Mini-International Neuropsychiatric Interview: MINI 5.0.0 (Conti, 1998)
- Temperament and Character Inventore: TCI (Cloninger, 1994).

Obiettivi Specifici. Gli obiettivi specifici della ricerca risiedono nella rilevazione dell'incidenza e della qualità della comorbidità, dell'impulsività e del rischio di suicidio in soggetti affetti da disturbo dell'alimentazionem, la loro eventuale influenza sulla sintomatologia specifica, sulla prognosi e l'outcome.
Risultati Attesi. I risultati attesi consistono nell'individuare più specifici profili per pazienti affetti da comorbidità e a rischio di suicidio, al fine di migliorare la capacità diagnostiche e approntare nuovi e più adeguati interventi terapeutici integrati.
Obiettivo Finale. L'obiettivo finale è quello di trasferire i dati della ricerca in operatività clinica ed epidemiologica al fine di elaborare strategie utili a ottenere i migliori risultati di outcome possibili.
Vedi Pannello 10 "Action" per la versione estesa

B.4.c. Comorbilità psichiatrica nel BED

Responsabile Milano, De Salvo, Prosperi

Premesse. I pazienti affetti da DAO sovente mostrano, insieme ai caratteristici quadri disfunzionali relativi all'alimentazione, un ampio spettro di altri sintomi. Oltre a manifestazioni cliniche legate alla malnutrizione (per difetto o per eccesso) o ai fenomeni compensatori, spesso sono presenti psicopatologie di varia entità. La comorbilità dei DAO con malattie psichiatriche è talmente stringente che per il passato molti autori hanno proposto modelli etiopatogenetici comuni. Le patologie di natura psichiatrica maggiormente presenti tra i pazienti con DAO sono: Depressione, ansia, comportamenti compulsivi, spunti ossessivi, difficoltà relazionali, multi-impulsività, comportamenti autolesionistici, abuso di sostanze. Oltre a comorbilità psichiatriche sull'asse I del DSM, sono altresì possibili disturbi di personalità, con una diagnosi aggiuntiva sull'asse II. Tra i quadri clinici dei DAO il BED è quello meno caratterizzato da quadri psicopatologici peculiari. L'assessment psicopatologico nel BED è pertanto di sostanziale importanza, anche ai fini della possibile terapia.

Area B:

RICERCA
CLINICA
APPLICATA

L'attenta raccolta dell'anamnesi deve cercare di individuare nei comportamenti e nei vissuti del paziente i motivi della sua sofferenza e le aree problematiche su cui centrare la terapia.
Così come per il paziente obeso, anche l'area della motivazione al cambiamento va indagata, in modo da poter impostare un trattamento più efficace (vedi Pannello 10).
Obiettivi specifici: Costituzione di un Gruppo di Studio SISDCA approvato (vedi regolamento in progress D.6.)
Risultati attesi: Approvazione del CDR SISDCA
Obiettivo finale: Discussione di un disegno sperimentale multicentrico con la collaborazione di tutte le Sezioni Regionali

B.4.d.Valutazione degli outcome "proprietari" in rapporto ai propri percorsi diagnostico-terapeutici dichiarati

Responsabile Guidi, Renna, Cerro, Todisco
Premesse: xxx
Metodologia: xxx
Obiettivi Specifici: xxx
Risultati Attesi: xxx
Obiettivo Finale: xxx

B.4.e. Modelli di Prevenzione Sociale (MPS) dei DAO

Responsabile "Action"

B.4.f. Validazione della BES (Binge Eating Scale di Gormally)

Responsabile "Action"

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

5. Progettazione di un sistema informatico per i DAO e/o di database per ricerche multicentriche

Responsabile Melchionda, Tarrini, Zanetti
Premesse: Per portare a termine un qualsiasi progetto di ricerca occorre un DataBase e soprattutto se la ricerca è multicentrica occorre un sistema agile per l'immissione dei dati a distanza
Metodologia Operativa: Il sistema strutturato per l'implementazione dell'Archivio Soci della SISDCA è un esempio chiaro. Occorre solo la strutturazione del DataBase relativo ai dati da memorizzare e l'addestramento di operatore capace di usare il metodo. Pertanto è necessario che ogni Presidente di Sezione individui un Referente Amministratore Regionalel
Obiettivo Specifico: Costruzione del Data Base per il progetto di ricerca approvato dal CDNR.
Risultati Attesi: Immissione dei dati
Risultato Finale: Elaborazione statistica
Condivisione di questo sistema con i Progetti selezionati dalla Commissione Scientifica dela SISDCA

*****

6. Valutazione critica delle evidenze di RCT, di Linee Guida, Raccomandazioni, Posizioni, Review, Summit Report dalle pricipali BancheDati (National Guide Cleringhouse, PubMed, Cianahl, Embase, Journal Citation Report, Trip+, Cochrane, Clinical Evidence,Evidece Based Medicine Guidelines

Responsabile Tarrini
Premesse: Qualsiasi progetto di ricerca o di applicazione di ricerche deve essere sostenuto da "evidenze" che si evincono da Linee Guida, Raccomandazioni, Revisioni Sistematiche, RCTs. Occorre quindi avere esperienza nella consultazione di Banche Dati con accesso diretto via Internet. Questa possibilità è sostenuta dal ruolo di Ricercatrice EBN del Centro S.Orsola-Malpighi
Metodologia Operativa: Mettersi in contatto per e-mail con Tarrini
Obiettivi Specifici: collaborazione di base per progetti multicentrici nazionali a richiesta
Risultati Attesi: Non esistono difficoltà di base
Risultato Finale: Soddisfazione del richiedente

*****

7. Individuazione di strategie e protocolli condivisi per la gestione e il trattamento dei primi casi (esordio) di DCA.

Responsabile Cerro
Premessa. L'identificazione precoce di un DA e il trattamento adeguato effettuato quanto prima possibile rappresenta un fattore favorevole per la prognosi. Spesso il disturbo viene diagnosticato tardi perché non è sufficientemente chiaro a chi può rivolgersi l'utente e i diversi operatori che visitano il pz spesso non comunicano in modo efficace tra loro. Inoltre una volta diagnosticato il disturbo, il paziente riceve trattamenti differenti da diversi terapeuti a seconda del contesto di appartenenza, spesso trattamenti multipli contemporaneamente, non coordinati e a volte in contrasto tra di loro.

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

Metodologia. Creazione di gruppi di lavoro che, in una prima fase effettuino un censimento delle risorse esistenti sul territorio, non solo le agenzie strettamente sanitarie, ma anche quelle sociali, gruppi di volontariato, self-help, etc. In una seconda fase elaborare un bagaglio di conoscenze comuni che sfoci nella creazione di percorsi condivisi per la gestione degli esordi.
Obiettivi Specifici. A. Messa a punto di una rete territoriale che comprenda punti di accesso di primo e secondo livello, coordinati da un gruppo di lavoro unico che individui i primi casi e faciliti l'accessibilità ai servizi. B. Individuare percorsi di gestione e di trattamento dei primi casi, il più possibile omogenei, in linea con le indicazioni di buone pratiche e le linee guida presenti nella letteratura internazionale, con l'obiettivo di ridurre la cronicizzazione, evitare perdite di tempo, ridurre l'incoerenza negli interventi.
L'obiettivo dovrebbe essere realizzato nelle varie realtà regionali, prevedendo però dei momenti di confronto e supervisione a livello nazionale.
Risultati attesi: Creazione di percorsi identificabili e condivisi facilmente accessibili a tutti per la gestione degli esordi
Obiettivo Finale: Ottimizzazione delle risorse terapeutico-assistenziale nella gestione degli esordi

*****

8. Validazione multicentrica di due nuove interviste per la valutazione psicometria della motivazione secondo il modello transteoretico: M•IDA per i DA e M•IO per l'Obesità

Responsabile Cuzzolaro con ……, ……,
Premesse: La valutazione della motivazione al cambiamento è un momento importante nello studio e nella cura dei disturbi

Area B:

RICERCA CLINICA APPLICATA

dell'alimentazione e dell'obesità. Gli strumenti psicometrici costruiti per questo scopo presentano, in genere, limiti notevoli: molti non sono specifici per le patologie sopra indicate, altri sono troppo lunghi e complicati. Inoltre, la capacità predittiva rispetto all'esito dei trattamenti è scarsa e per lo più manca un'accurata validazione in Italia. Abbiamo costruito, quindi, ispirandoci al noto modello transteoretico di Prochaska e Di Clemente, due strumenti originali, di facile leggibilità, composti da 20 item ciascuno, mirati su alcuni comportamenti e atteggiamenti il cui cambiamento è parte essenziale nella cura dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità.
Metodologia Operativa: Studio multicentrico su un campione di almeno 250 soggetti con diagnosi di DA (per M•IDA) e su un campione di almeno 250 soggetti con diagnosi di obesità (per M•IO).
Obiettivi Specifici. A) Confronto tra la somministrazione in forma di questionario autosomministrato e quella in forma di intervista semistrutturata; b) Studio di validazione (attendibilità, attendibilità intergiudici, analisi fattoriale, validità di costrutto e di criterio, capacità predittiva etc.).
Risultati Attesi: Ci aspettiamo che i nuovi strumenti dimostrino buone caratteristiche psicometriche
Risultato Finale: Verificare la loro utilità clinica.
Confronto e Compattazione: B.3.

*****

9. Prevenzione integrata dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione: revisione delle linee di ricerca e degli studi già effettuati.
Responsabile Cuzzolaro con Bosello, ……, vedi B.6.

Livelli di prova

I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
III	Prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
V	Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo.
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o *consensus conference*, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.

Premesse I programmi di prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione e del peso corporeo hanno dato finora risultati incerti e poco soddisfacenti. Stati di profondo disagio legati all'alimentazione, al peso e all'immagine del corpo sono riconosciuti tardivamente e – in larga misura e per lungo tempo – sottovalutati. Per il sovrappeso/obesità in età evolutiva – fenomeno ormai epidemico e che vede l'Italia ai primi posti nel mondo – è frequentissimo il ricorso a diete autoprescritte e a interventi di tipo commerciale (diet industry) che rappresentano la premessa di aggravamenti progressivi dell'eccesso di massa grassa (weight cycling) e una concausa

rilevante di comportamenti alimentari patologici (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder e sindromi parziali). Ricordiamo, a questo proposito, che una condizione di sovrappeso/obesità in età evolutiva è considerata tra i fattori importanti di rischio per lo sviluppo di condotte alimentari disturbate (disordered eating). Sembra aver senso, dunque, progettare interventi di prevenzione – integrati e non frammentari – che affrontino insieme, in modo coerente, i disturbi dell'alimentazione (anoressie, bulimie, binge eating disorder e disturbi atipici e sottosoglia) e quelli del peso corporeo (sovrappeso e obesità) che appaiono profondamente legati fra loro. Gli uni e gli altri si associano a disturbi dell'immagine del corpo, costrutto psicologico d'importanza centrale nei disturbi da alimentazione non-omeostatica.
Metodologia Operativa Revisione sistematica degli studi sperimentali – condotti e pubblicati su riviste scientifiche a partire dall'anno 2000 (PubMed) – su programmi di prevenzione integrata dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità.
Obiettivi Specifici. A) Descrizione sinottica degli studi: autori, anno di pubblicazione, numerosità e caratteristiche del campione, tipo di intervento, risultati, follow-up etc; b) Classificazione dei livelli di prova secondo i criteri che ispirano la redazione di linee-guida (v. tabella seguente); c) analisi critica di programmi e risultati.
Risultati Attesi Ci aspettiamo di ottenere un panorama esauriente e istruttivo dei tentativi di prevenzione integrata condotti e pubblicati su giornali scientifici a partire dall'anno 2000
Risultato Finale Valutare le prove d'efficacia.

*****

10. Anoressia nervosa e crescita staturale in adolescenza

Responsabile . Bertelloni …….
Premessa. La conoscenza delle complesse modificazioni auxologiche negli adolescenti con anoressia nervosa (AN) è un importante aspetto da prendere in considerazione anche in rapporto al migliore outcome possibile a lungo termine. In particolare, una compromissione della crescita staturale con possibile riduzione della statura adulta può essere una complicanza nei soggetti con esordio precoce di AN (Eckhardt & Ahmed,2010). Tale alterazione sembra essere maggiore nei maschi per il diverso timing dello sviluppo puberale nei due sessi(Nicholls, 2011). Dati preliminari di Pisa su 133 pazienti suggeriscono che, la durata dell'AN e la gravità del deficit nutrizionale incidano negativamente sulla crescita staturale (DIABO 2011), ma ad oggi non esistono dati univoci sull'argomento che prendano in esame casistiche sufficientemente ampie.
Metodologia operativa: studio multicentrico retrospettivo sulle caratteristiche auxologiche (peso, altezza, statura bersaglio) di minori con AN (di cui i maschi dovrebbero raggiungere almeno il 10% del campione) prima dell'esordio, alla diagnosi, alla statura finale. Metodologia di raccolta dati su piattaforma (se possibile) e comparazione con i dati di normalità per la popolazione italiana (Cacciari et al, 2006). Correlare i parametri auxologici con crescita pre-AN (se disponibile) età alla diagnosi, ritardo diagnostico (se individuabile), durata dell'AN e gravità della stessa (alla diagnosi: BMI minore o maggiore di 16 a 18 anni)(Cole, 2007).
Obiettivo specifico. Valutare i rapporti tra crescita staturale e aspetti clinici dell'AN.
Risultati attesi:
1. verificare il rapporto tra deficit nutrizionale e crescita staturale in adolescenza
2. Verificare se vi è un effetto negativo della dell'AN sullo spurt puberale di crescita;
3. verificare se l'AN determina un peggior outcome staturale negli adolescenti maschi rispetto alle femmine.

Azione: pubblicazione dei dati entro 6 mesi dal termine della raccolta dati.
Obiettivo Finale a medio termine: realizzare un gruppo di lavoro consolidato che abbia imparato a lavorare con metodologie comuni e che possa sviluppare un progetto prospettico sul pattern accrescitivo degli adolescenti con AN e sulla definizione dei fattori endocrini (GH, IGF1, IGF2?, Ghrelin, FGF21) in grado di influenzarne la crescita puberale ai fini di individuare possibili strategie per un miglioramento dell'outcome (se necessarie). (2400)

*****

11. Anoressia nervosa e fratture

Responsabile . Bertelloni …….
Premessa. La massa ossea aumenta progressivamente in adolescenza fino a raggiungere un picco (PMO) nella II-III decade di vita, che rappresenta il principale fattore di protezione dall'osteopenia-osteoporosi in età adulta. I pazienti con AN sono a rischio di un non ottimale accumulo di massa ossea fino a quadri di franca osteoporosi per diversi motivi (deficit nutrizionali, ipogonadismo, resistenza al GH, ipercortisolismo, deficit di leptina, etc). Il problema è di maggiore rilevanza in adolescenza in quanto alle alterazione del rimodellamento osseo si aggiunge un deficit di modellamento osseo (Misra & Klibanski, 2011). Si ritiene che in queste pazienti vi sia un aumento di 2-3 volte del rischio di frattura, ma vi sono solo pochi dati controllati su ampie casistiche. In una casistica di Pisa su circa 130 adolescenti, nessun paziente è risultato affetto da fratture dall'esordio stimato della malattia (Baroncelli et al, 2011).

Metodologia operativa: studio multicentrico retrospettivo sulla presenza e sede di fratture raccolta con questionario dedicato per pazienti con AN. Metodologia di raccolta dati su piattaforma iformatica e comparazione con casi controllo da ottenere nell'ambito dello stesso nucleo familiare (per ridurre le influenze di fattori genetici). Correlare l'eventuale presenza di frattura con età alla diagnosi, ritardo diagnostico (se individuabile), durata dell'AN, durata dell'amenorrea, parametri clinici (BMI) e tipo di trattamento farmacologico.
Obiettivo specifico. Valutare i rapporti tra AN e rischio di frattura.
Risultati attesi: verificare l'incidenza e il tipo di fratture nella popolazione AN.
Obiettivo Finale a medio termine: realizzare un gruppo di lavoro in grado di realizzare un progetto prospettico su:
1. Tecniche di misurazione della densità ossea in pazienti AN;
2. Valutazione dei bone markers in pazienti AN;
3. Evoluzione a lungo termine della densità ossea in pazienti AN;
4. Valutazione del raggiungimento del PMO in pazienti AN;
5. messa a punto di protocolli specifici di trattamento.

*****

12. Trattamento dell'Obesità BED

Responsabile Scaglia
L'assenza di un modello unico accreditato di cura è una debolezza del sistema di trattamento del paziente obeso e/o con DCA che comporta difficoltà nella presentabilità scientifica delle ipotesi sulla natura dei DCA e dei sistemi di cura, nel dialogo con altri specialisti e con le Istituzioni in sede di programmazione sanitaria e nel contrastare i sistemi di cura non fondati scientificamente.
Metodologia Operativa:
Fase 1: Costituzione del gruppo di ricerca.
Fase 2: Censimento degli "spazi clinici"
Fase 3: Decisione dei parametri e dei valori di tali parametri che definiscono la riuscita del trattamento. Costruzione della cartella clinica.
Fase 4: Decisione degli strumenti di valutazione applicati al paziente …….
Fase 5: Svolgimento della ricerca. Selezione dei soggetti per la patologia in oggetto. ……..
Fase 6: Elaborazione dei dati. ……
Obiettivi specifici raggiungibili a breve termine
- Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete secondo un modello……
- Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione……

Risultati attesi
- Costituzione del gruppo di pilotaggio
- Definizione condivisa del percorso complessivo ……
- Apprendimento della modalità di lavoro di rete e in team multidisciplinare
- Definizione delle modalità di valutazione dell'efficacia dei trattamenti …….
- Definizione percorsi di formazione finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento e alla pratica del counseling motivazionale
- Definizione percorsi di formazione…….

Obiettivi Finali
- Censimento e valutazione dell'efficacia dei modelli di trattamento (con attenzione alle tecniche di colloquio) osservati negli "spazi clinici" della ricerca, per la cura dell'obesità e/o con DCA.
- Diffusione della metodologia della valutazione dell'efficacia dei trattamenti. Costituzione di un gruppo il più allargato possibile interessato alla definizione di un modello di trattamento verificato per obesità e/con DCA.
- Diffusione della metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento con test validati nel contesto nazionale (EMME3)……
- Sviluppo e diffusione attraverso cosi di formazione, delle abilità professionali ……
- Costruire la possibilità di un dialogo fruttuoso con le istituzioni, ……

Vedi Pannello 10 "Action" per la forma estesa
Vedi Pannello 10 "Action" A.12 per proposta articolata a tre livelli

Pannello 6.

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

Referente Buongiorno: Cerro, Milano, Lanzarone, Manzi
Responsabili di Progetto: Manzi, Todisco, Cerro, Dalle Grave, Guerri, Guidi, Tarrini, Di Pietro, Miottello, Jacoangeli

Management e Assistenza: La SISDCA ha il compito/dovere di porsi come filtro Valutativo-Supervisore delle varie attività di prevenzione e cura che vengono messe in atto sul nostro territorio.
Come orientare i Professionisti esperti o aspiranti tali nelle differenti sedi assistenziali di lavoro considerando le disparate e caleidoscopiche situazioni multiformi nel variegato tessuto socio-politico italiano? È possibile assistere inerti alla babilonia dei comportamenti clinici ove tutti fanno quello che vogliono ma non sanno quello che fanno sul piano metodologico e senza obiettivi comuni raggiungibili? Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche e private, soprattutto nelle sedi in cui l'assistenza è inesistente o insufficiente?
Premesse. Il succo è che la SISDCA dovrebbe porsi come promotore, garante (e censore ?) della correttezza dei modelli di assistenza erogati in Italia. Molti altri temi (altrettanto problematici) affrontati all'interno di altre aree sono strettamente collegati all'area del management.
Certamente all'interno della SISDCA l'area di sapere condiviso è maggiore di quanto non lo sia al suo esterno. Ma è sufficiente? Senza giri di parole siamo sicuri che, almeno all'interno della società, tutti i membri condividano le stesse opinioni? Pratichino gli stessi interventi? Abbiano gli stessi strumenti di valutazione di processo e di esito? Non voglio essere pessimista ma non mi sembra così scontato. In assenza di questa premessa esporteremmo non ordine ma confusione e non avremmo alcuna credibilità e molte osservazioni a tal proposito su Playdca sono (vorrei dire purtroppo) pertinenti. Ne cito alcune:
- Per essere credibili bisognerebbe avere una forza tale da potere criticare apertamente anche i suoi stessi soci…se Sisdca non riesce a liberarsi dal conflitto di interesse non può' ambire a raggiungere nessuna leadership….il tema e' affrontabile se ci sono alcune garanzie e modalità che rendano chiaro il ruolo di chi fa valutazione per conto di Sisdca- Nizzoli
- Inizierei con la valutazione, l'implementazione e lo sviluppo del documento di Consensus Italiana pubblicata su EWD 2010.
- Si può implementare la ricerca con gli studi al 2011. Tarrini
È anche mio parere che l'intervento di normalizzazione ed ottimizzazione debba essere quindi svolto prioritariamente e con determinazione all'interno della società stessa prima di ambire a porci come pietra di paragone per l'operato altrui.
Comunicatemi le vostre opinioni per cominciare a predisporre il lavoro del gruppo dell' area C a Navacchio e completare le voci orfane (gli asterischi) dello schema che segue la falsariga di quello suggerito per tutto il lavoro di Navacchio:
Titolo del macroprogetto " Definire un Modello di Assistenza Multiprofessionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata. Occorre definire il razionale che lo sostiene e lo state of art.
Metodologia operativa.
1. Identificare i prestatori d' opera sul territorio
2. Identificare le buone pratiche
3. Diffondere metodologie corrette di intervento
4. Coinvolgere i responsabili politico- amministrativi ad adeguarsi agli standard individuati.

Obiettivi specifici. Sintesi degli obiettivi, singoli scopi e finalità
Risultati attesi. Sintesi dei possibili risultati di processo e dei risultati di esito.
Obiettivo finale. Ipotesi dei risultati ottenibili dal lavoro del gruppo. Le ricadute all'esterno e i suggerimenti per il prosieguo nel futuro a breve, medio e lungo termine.
Vedi Pannello 10 "Action" la Torre di Babele

Compito del Gruppo di Lavoro Area C da sviluppare dalle 16 alle 19.30 del 20 Gen e da riferire in plenaria il 21 Gen in 30':
Elaborare un Modello di Assistenza Multiprofessionale Integrata a livello Residenziale articolato con modelli Ambulatoriali coesi da una Leadership Direzionale accreditata in base alle seguenti presenentazioni di 10':

1. Manzi: **Standardizzazione** di Modelli di Cura e Reti **(C.1., C.2.)**
2. Lanzarone: Progetto **Sicilia (D.7.)**
3. Miottello: DAO in età **preadolescenziale (C.11.)**
4. Cerro: Gestione dell'**Esordio (B.7.)**
5. Di Pietro: **Registro** Casi Clinici Paradigmatici **(C.9.)**

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

6. Milano: **Comorbilità nel BED (B.4.)**
7. Guidi: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano **patologie difficili** e spesso frustranti come i DA. **(C.7.)**
8. Jacoangeli: Censimento e **Registro Decessi** per possibile Prevenzione **(C.12.)**
9. Cerro: Messa punto di un progetto di ricerca longitudinale multicentrico per la verifica di perorsi terapeutici e outcomes in strutture Residenziali

Progetti Prospettati:

1. Manzi: Applicazione dei risultati di B.1. e B.2.
2. Todisco: Necessità di strutturare reti assistenziali articolate per i DAO**
3. Cerro: Promozione della eticità e della qualità dei trattamenti**
4. "Action": Definizione di standard qualitativi delle strutture, dei processi e dei risultati di esito
5. "Action": Sollecitare le Regioni a legiferare in merito ai DAO e a destinare risorse: "Action"
6. Guerri: Supportare processi di Empowerment dei pazienti (vedi A.5.) **
7. Guidi-Cerro: Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DA.
8. Tarrini: Linee Guida accreditate per il Clinical Management: ricerca di documenti EBM
9. Di Pietro: Presentazione, discussione e supervisione di casi clinici complessi
10. "Action": Censimento della Strutture deputate alla Prevenzione e Terapia dei DAO
11. Miottello: Censimento e Aggregazione di Strutture a livello nazionale particolarmente attive per età 6-12
12. Jacoangeli: Censimento e Registro Decessi per possibile Prevenzione
13. "Action": Rapporti Tavolo Regionale DCA Emilia-Romagna e SISDCA
14. Dalle Grave: Strategie per favorire la formazione e la disseminazione dei trattamenti basati sull'evidenze
15. Cerro: Messa a punto di un progetto di ricerca longitudinale multicentrico con l'obiettivo di verificare percorsi terapeutici e rispettivi outcomes in strutture residenziali per i DAO

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

Progetti sviluppati ricevuti:

1.Applicazione dei risultati di B.1. e B.2.

Responsabile Manzi: con Ballardini, ……
Premessa: Non vi sono in psichiatria e psicoterapia modelli uongior basati sull'evidenza, esistono modelli che fanno riferimento a diversi assunti antropologici ed epistemologici. Proporre noi un modello vuol dire coatare la libertà professionale e scientifica dei colleghi. E' preferibile costituire un gruppo di ricerca che rilevi le diverse modalità di cura e permetta il confronto sui diversi modelli assistenziali, sperando in un accordo sulle prassi.
Metodologia operativa: Studio multicentrico su 3 Regioni d'Italia (Nord, Centro, SUD) per la verifica dei percorsi di cura con l'utilizzo di questionari che censiscano le strutture, gli operatori dedicati, la loro organizzazione, l'integrazione tra i diversi centri pubblici e privati esistenti sul territorio.
Obiettivi specifici: L'obiettivo è quello di verificare come vengono applicati nelle singole strutture i percorsi diagnostico-terapeutici e le linee guida ed in che modo si integrano con la rete assistenziale regionale
Risultati attesi: Verificare in che modo viene attuato il processo di integrazione e quali sono i risultati di esito dell'avvenuta o non avvenuta integrazione
Obiettivo finale: Studio dei risultati ed ipotesi e suggerimenti per i gruppi di lavoro che operano nei diversi contesti territoriali italiani.

*****

2.Necessità di strutturare reti assistenziali articolate per i DAO

Responsabile Todisco, Donini
Premesse: **

*****

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

3.Promozione della eticità e della qualità dei trattamenti

Responsabile Cerro**

*****

4.Definizione di standard qualitativi delle strutture, dei processi e dei risultati di esito

"Action"

Premesse **

*****

5.Sollecitare le Regioni a legiferare in merito ai DAO e a destinare risorse

Responsabile "Action"

Premesse: In Italia non esiste uno standard condiviso per la valutazione della qualità delle strutture che curano i disturbi dell'alimentazione (DA), dei processi e dei risultati del trattamento. La mancanza di questi standard favorisce la diffusione di strutture cliniche improvvisate con ripercussioni potenzialmente negative sul trattamento dei pazienti affetti da DA.

Metodologia Operativa: Xxxxx

Obiettivi Specifici:

1. Sviluppare criteri oggettivi condivisi per la valutazione qualitativa delle strutture di cura dei DA;
2. Fare una revisione della letteratura per definire gli strumenti necessari per la valutazione dell'andamento del processo di cura e dell'esito del trattamento.
3. Fornire alle strutture che curano i DA gli strumenti per la valutazione del processo di cura e dell'esito del trattamento.

Risultati Attesi: Xxxx

Obiettivo Finale: xxx

*****

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

6.Supportare processi di Empowerment dei pazienti (vedi A.4.)

Responsabile Guerri**:** Nizzoli, Melchionda, Donini, Guidi, Ballardini, De Salvo, Lanzarone

Premesse:

Premesse: I processi di empowerment nei pazienti sono considerati centrali da numerosi approcci al trattamento dei DCA.
Ogni operatore è chiamato a svolgere, compatibilmente con le competenze e confini del proprio ruolo professionale, operazioni di empowerment del paziente per potenziare l'efficacia del trattamento.

Metodologia Operativa:

- verificare, attraverso l'analisi della letteratura più aggiornata, quelle che sono le strategie di promozione dell'empowerment dei pazienti più diffuse e riconosciute come efficaci nel trattamento dei DCA dopodichè elaborare linee guida indipendenti per ogni figura professionale coinvolta (e coerentemente con A.4).
- Valutare l'opportunità di formazione specifica sul tema.

Obiettivi Specifici: identificare i processi e le metodologie più efficaci, rendere coerenti gli interventi dei membri del team.

Risultati Attesi: ottenere un quadro coerente ed omogeneo delle metodologie di empowerment ritenute maggiormente efficaci ad opera dei diversi operatori

Obiettivo Finale: evitare la dispersione di risorse ed il rischio di inteventi iatrogeni perché scarsamente coerenti, migliorare l'intervento clinico, contribuire (attraverso un modello coerente di lavoro) alla compattazione dell'equipe multidisciplinare.

*****

7.Messa a punto di strategie organizzative e percorsi formativi per gruppi di lavoro che affrontano patologie difficili e spesso frustranti come i DA.

Responsabile Guidi, Cerro, ……, ……

Premessa. Le attuali linee guida (NICE ,APA) concordano su due principi generali , team approach multiprofessionale e setting multipli ,per il trattamento delle forme gravi di DAO.
Per quanto riguarda setting e team professionali, nel nostro paese si apre uno scenario che offre una miriade di strutture ,pubbliche

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

e private ,e altrettanti team professionali di estrazione e formazione diversa ,ma ne' a livello operativo ne a livello istituzionale sono stati tracciati percorsi definiti sul "CHI COME DOVE"in materia di DAO gravi.
Al momento l'unico documento ufficiale a cui possiamo fare riferimento e' quello di consensus 2010, che costituisce una solida base per quello che ancora si deve fare e dovrebbe essere oggetto di questo progetto.
Obiettivi Specifici.
1. Riconoscere strutture di eccellenza ,con una distribuzione sul territorio secondo necessita' ,che possano divenire centri di riferimento nazionali a cui si accede seguendo un iter chiaro, approvato e concordato a livello istituzionale.
Fra queste strutture dovranno essere individuate quelle da destinare al trattamento H24 specialmente in condizioni di urgenza .
2. Individuare "Pool di specialisti supervisori" a cui ogni case manager possa far ricorso in caso di difficoltà inerenti al trattamento di DAO gravi sia sul piano clinico che per quello che riguarda il management assistenziale
3. Ufficializzare criteri di gravita'DAO contenuti nel documento di Consensus 2010
Metodologia Operativa
1. Ogni presidente regionale dovra' individuare una o più figure di riferimento all'interno del propio consiglio ,o figura esterna ad esso, che si occupi di censire le strutture di zona, raccogliere la documentazione sul "modus operandi"delle stesse e sottoporle quindi, all'attenzione di "ispettori di qualità "
2. Il CDNR si occupera' di designare "ispettori di qualità " a cui sarà affidato il compito ,prima di individuare quelli che saranno i criteri di appropriatezza delle strutture ,e poi di valutare le stesse secondo detti criteri.
3. Il CRAP dovrebbe occuparsi di mediare i rapporti con le istituzioni in tutte le fasi del progetto:proposta,attuazione,condivisione obiettivi raggiunti.
4. Diffusione del documento attraverso i vari livelli di cura con l'ausilio degli ordini professionali
Risultati Attesi. Documento unico approvato dal Ministero della Sanità in cui siano indicate:
- strutture di eccellenza pubbliche o private sul territorio nazionale e relative modalità di accesso dedicate alla cura di DAO gravi
- criteri di appropriatezza di dette strutture,
- criteri di gravita'DAO ufficiali
- pool di specialisti supervisori di riferimento.

Obiettivo Finale. La formulazione di un documento unico di questo tipo dovrebbe facilitare la divulgazione di linee guida anche a quei livelli di cura meno specialistici,(medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)oltre che presidi ospedalieri e strutture specializzate con la diretta conseguenza di un intervento piu' precoce e mirato con ripercussioni vantaggiose sia sul piano clinico che economico.

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

Contributo di Cerro ds Assemblare (vedi Pannello 10 "action"

*****

8.Linee Guida accreditate per il Clinical Management: ricerca di documenti EBM

Responsabile Tarrini
Vedi B.6.

*****

9.Presentazione, discussione e supervisione di casi clinici complessi. Metodologia Della Ricerca: Verso la creazione di un "Laboratorio clinico"?

Responsabile Di Pietro, Manzi, Manzato
Premesse: Evidente Based è sinonimo di scientifico/universale o è un concetto relativo riferito ai diversi modelli teorici a cui si fa riferimento per definire quale sia la realtà. Cosa è scientificamente obiettivo? Solo quello che poggia sul metodo statistico? E' possibile ipotizzare diverse forme di metodo, valide e utili per la descrizione e definizione di fenomeni diversi?
Il metodo sperimentale trova significativi limiti applicativi nel campo della ricerca umana, in particolare in quella psicologica/psichiatrica: le variabili sono infinite, gli strumenti di valutazione sono poco affidabili, i risultati spesso contraddittori, le popolazioni esaminate insufficienti, il fluire del tempo rende difficile oggettivare l'osservazione. La riproducibilità, quindi, finisce per essere un puro assunto teorico, difficilmente realizzabile. Non esistono laboratori neutrali, ma tutto è sottoposto alla relatività dell'osservatore. Quale evidenza ne risulta? Credo che la Psichiatria e la Psicologia e, parzialmente, anche la medicina, sia ancora in una fase PRE-scientifica. Nell'approcciarsi a fenomeni e problemi che coinvolgono l'uomo risulta spesso limitativo per la conoscenza utilizzare, esclusivamente, un metodo di ricerca statistico/numerico, ma risultano altrettanto validi e utili anche altri, di tipo aneddotico/descrittivo, come l'esame attento e dettagliato dei singoli casi, delle storie individuali e delle dinamiche che si possono individuare. D'altronde a fianco della tendenza "riduzioniztica" di trasformare gli

Area C: **MANAGEMENT ASSISTENZIALE**	uomini in numeri, si avverta quella "fenomenologia" orientata al "Verstehen" per comprendere l'uomo nelle sue diversità. Una ricerca multicentrica può essere orientata verso la **creazione di un database di casi clinici simili o diversi, o confrontabili o esasperatamente unici.** Ovviamente questo orientamento non preclude la strada della ricerca nella direzione della "evidenza" statistica, ma semplicemente la rende altrettanto soggettiva e non universale, affiancabile da altri metodi di osservazioni che nella soggettività trovano la loro"evidenza" oggettiva. **Metologia Operativa:** Come fare per realizzare gli obiettivi? Vedi Progetto B.5. **Obiettivi:** Date come premessa critica le osservazioni precedenti, vorrei proporre un gruppo di lavoro che si dia i seguenti compiti: 1. Discussione e definizione concordata di un "brogliaccio" descrittivo del caso clinico (presentazione al primo colloquio, anamnesi patologica e fisiologica, diagnosi, condizioni mediche generali, psicodinamica e quant'altro…) 2. Punto di raccolta (Vedi B.5.) di casi clinici selezionati sulla base di criteri concordati (per es.: aree problematiche, originalità clinica, difficoltà di gestione, ecc) 3.Registro dei casi, come progetto a medio termine, allo scopo di seguire nel tempo l'andamento clinico; si potrebbe immaginare un registro locale (a gestione del singolo operatore) e uno "Centralizzato" a gestione SISDCA (gruppo ad hoc). **Risultati attesi:** dal lavoro in gruppo è auspicabile che si possa proporre un modello "standard" (sempre nei limiti delle diversità individuali) da cui poter attingere dati per future ricerche. **Risultati Attesi:** La possibilità della attesa è solo dipendente dal reperimento di fondi **Risultato Finale:** Elaborazione di un metodologia comune, come si presenta, l'utilità nella ricerca e generazione di un DataBase di casi interessanti **Compattazione** con B.5. **Vedi Pannello 10 "Action" per full text** ***** **10.Censimento della Strutture deputate alla Prevenzione e Terapia dei DAO** **Responsabile** "Action" **Premesse:** La prevenzione è certamente il focus più importante per tutte le categorie DAO. Modelli basati sulle evidenze sono scarsi e tantomeno strutture organizzate allo spoco specifico. **Metodologia Operativa:** Come realizzare un censimento su eventuali percorsi non ancora noti? Vedi Progetto B.9. Obiettivi Specifici. ** ***** **11.Censimento e Aggregazione di Strutture a livello nazionale particolarmente attive per età 6-12** **Responsabile** Miottello **Premesse.** Insistenti dati di letteratura e l'esperienza clinica sostengono un progressivo anticipo dell'età di esordio dei DAO in età precedenti l'adolescenza. Molte sono le ragioni che stanno alla base di questo fenomeno, in parte biologiche, psicologiche e culturali. Da statistiche internazionali, in particolare americane e canadesi, si evidenzia che i quadri ad esordio precoce presentano una clinica propria in parte sovrapponibile a quella di quadri analoghi ad esordio più tardivo. Inoltre, l'offerta di cura costituisce un'ulteriore variabile critica da considerare non avendo in ambito italiano informazioni precise sulle strutture dedicate e sulle procedure di presa in carico. Un progetto di censimento e aggregazione di strutture a livello nazionale particolarmente attive per gli esordi precoci potrebbe costituire una risposta iniziale per affrontare le problematiche sopra evidenziate. Metodologia Operativa. - Parziale e frammentaria conoscenza dell'incidenza, della prevalenza e delle risposte esistenti in ambito nazionale - Necessità di predisporre un modello di rilevazione dell'esistente che consenta una mappatura dell'offerta specialistica per questo tipo di patologia e valuti la percorribilità di una aggregazione dei servizi dedicati esistenti e la stesura di procedure specifiche condivise a livello diagnostico e terapeutico **Metodologia Operativa:** - Produzione di una scheda dedicata a rilevare le diagnosi, le caratteristiche cliniche dei pazienti e l'offerta di cura - Invio della scheda a tutti i centri italiani che si occupano di DAO in ambito pediatrico - Rilevazione e analisi dei dati - Stesura e condivisione tra i partecipanti di un documento finale di report - Possibili proposte per la creazione di un data base nazionale di servizi che si occupano di DAO ad esordio precoce **Attori e tempi** - Gruppo dedicato della SISDCA

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

- Fase di stesura del progetto e produzione della scheda di rilevazione accompagnata dalla presentazione dell'iniziativa
- Formalizzazione di proposte e percorribilità di successivi sviluppi operativi

Ipotesi di azioni correlate

- Formalizzazione di rapporti stabili con società scientifiche che operano in ambito pediatrico in particolare SIP e SINPIA
- Attivazione e collaborazione con l'ISS per Linee Guida sui DAO a esordio precoce

*****

12.Censimento e Registro Decessi per possibile Prevenzione:

Responsabile Jacoangeli con ……, ……, ……

Obiettivo:

Condivisione: Vedi B.5.

Premesse: Il compito è senza dubbio interessante uongior sia necessario adottare una metodologia uniforme per catalogare i casi e darne una restituzione utile a capire gli aspetti critici legati alla gestione del caso ed alle falle nel sistema assistenziale che ha favorito l'esito fatale.

Metodologia Operativa: Si cercherà di mettere a punto un questionario da diramare forse anche attraverso PLAYDCA ma naturalmente vorrei contributi in questo senso per renderlo migliore ed affrontare tutti gli aspetti delicati:

- anonimato dei pazienti, anonimato della struttura che potrebbe in alcuni casi essere imbarazzata a rivelare qualche aspetto del problema
-completezza della storia clinica e tuttavia necessità di una catalogazione
- altri ???

Risultati Attesi:

Area C:

MANAGEMENT ASSISTENZIALE

*****

13.Rapporti Tavolo Regionale DCA Emilia-Romagna e SISDCA

Responsabile "Action"

*****

14.Strategie per favorire la formazione e la disseminazione della CBT-E

Responsabile: Dalle Grave

Premesse. La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) è considerata il trattamento basato sull'evidenza più efficace per il trattamento dei pazienti con disturbi dell'alimentazione (DA) non sottopeso e sembra essere promettente anche per i pazienti con DA sottopeso. Purtroppo, pochi professionisti applicano la CBT-E e di conseguenza la maggior parte dei pazienti adulti con DA non riceve il trattamento più efficace oggi disponibile. Tale fatto indica che la priorità da affrontare nel trattamento degli adulti con DA è studiare nuove strategie per disseminare la CBT-E.

Metodologia operativa. Il progetto si svilupperà secondo i seguenti passi:

1. reclutare i partecipanti interessati allo sviluppo del progetto (la conoscenza della CBT-E è preferibile ma non necessaria);
2. fissare periodici incontri di lavoro per l'implementazione del progetto;
3. organizzare dei corsi di formazione a numero chiuso sulla CBT-E con nuove metodologie di apprendimento;
4. sviluppare strumenti per valutare la competenza dei clinici che somministrano la CBT-E.

Obiettivi specifici. Il progetto si pone due obiettivi specifici:

1. sviluppare nuove forme di training per somministrare la CBT-E;
2. sviluppare e uongior misure finalizzate a valutare la competenza dei terapeuti a somministrare la CBT-E.

Risultati attesi. Formare 50 clinici competenti nella somministrazione della CBT-E

Obiettivo finale. Disseminare la CBT-E in Italia

*****

15.Messa a punto di un progetto di ricerca longitudinale multicentrico con l'obiettivo di verificare percorsi terapeutici e rispettivi outcomes in strutture residenziali per i DAO

Responsabile Cerro, ……, ……

Area C: **MANAGEMENT ASSISTENZIALE**	**Premessa.** Negli ultimi anni si sta assistendo nel panorama nazionale ad un certo proliferare di strutture riabilitative, anche di tipo residenziale per i DA e al costituirsi di un'offerta di trattamenti piuttosto ampia e diversificata. Considerata la tendenza alla cronicizzazione di questi disturbi e l'elevato costo sociale che la loro cura comporta, sarebbe importante identificare delle correlazioni tra percorsi di trattamento e loro esiti specifici. Cioè verificare la reale efficacia dei percorsi di cura e la loro tenuta nel tempo, considerato anche il problema esistente che spesso i trattamenti creano molti dei cosiddetti "outcome" aspecifici o collaterali"difficili da valutare. **Metodologia.** Identificare alcuni Centri di cura residenziali per i DA sufficientemente omogenei per modelli organizzativi e tipo di intervento. Seguire per un periodo di tempo congruo un campione di pazienti, valutati con un'apposita batteria di tests all'inizio e alla fine del trattamento e sottoposti ad un follow up ad un tempo stabilito a una certa distanza dalla fine del trattamento. Valutare gli outcomes dei trattamenti, nei vari aspetti di: effectiveness, aspetti umani e costi economici. **Obiettivo** specifico. Valutare l'efficacia di protocolli di trattamento sufficientemente simili e confrontabili effettuati da centri di riabilitazione residenziali per i DA. **Risultati attesi:** Verificare la coerenza o l'incongruenza tra pratiche terapeutiche,obiettivi dichiarati,obiettivi perseguiti e risultati ottenuti **Obiettivo finale.** Identificare standards di buone pratiche per le strutture residenziali.

Appunti Area C

Pannello 7.

Area D:

BUSINESS SOCIETARIO

Referente Spera: Tarrini, Gravina, Lanzarone, Manzato
Responsabili di Progetto: Di Pietro, Tarrini, Melchionda, Cerro, Spera, Lanzarone, De Salvo

Come portare la Società alla posizione di Leader nello scenario italiano dove imperano le promozioni e le azioni malamente supportate dal "palazzo" o più spesso sottovalutate per inadeguatezza del commissioner?
Come arrivare ad un numero di Soci che corrisponda alla effettiva domanda clinica dell'utenza e non alle lobby delle Discipline?
In poche parole può la SISDCA diventare rappresentativa quello che dovrebbe essere considerando i dati epidemiologici?
Come può il Consiglio Direttivo collaborare con le Sezioni Regionali aiutandole a migliorare il livello dell'offerta assistenziale delle strutture pubbliche o private soprattutto nelle sedi in cui è inesistente o insufficiente?
La SISDCA è l'unica Società Scientifica che si occupa a pieno titolo (scientificità, rappresentatività, esperienza, coesione culturale e di intenti degli esponenti multidisciplinari) di Disturbi dell'Alimentazione, Obesità compresa. Il relativamente esiguo numero di soci e la ridotta visibilità rispetto al bacino epidemiologico è verosimilmente legato a:
1. Appetibilità, sono oggetto di dibattiti, forum, interviste, ecc. nelle sedi più diverse e suggestive piuttosto che in quelle scientifiche.
2. L'attrattività delle Società di riferimento è forte
3. Manca completamente un Commissioner
4. All'enorme bacino potenziale di soci "utenti" non giunge evidentemente chiaro il messaggio scientifico
5. Il progetto di business societario deve porsi come obiettivo di affrontare i singoli ostacoli all'ampliamento degli aderenti ed all'incremento di visibilità.

Il razionale può essere sintetizzato in due parole: cultura e formazione. La multidisciplinarietà cementata dalla lunga esperienza del comitato di promozione del progetto potrebbe essere il veicolo più potente per un messaggio capillare.
Vedi Pannello 10 per il "cappelo" esteso di questa area.
Metodologia Operativa: Aprire rapporti con il CUN, il MIUR e l'ISS da parte del Comitato per i Rapporti con la Pubblica Amministrazione (CRAP) coordinato da Spera e coadiuvato dal Presidente. Naturalmente occorre l'impegno di tutto il CDNR, del CDNA e del CDNE.

Area D

BUSINESS SOCIETARIO

Compito del Gruppo di Lavoro Area D da sviluppare dalle 16 alle 19.30 del 20 Gen e da riferire in plenaria il 21 Gen in 30':
Elaborare strategie di arruolamento di Nuovi Soci per la Leadership della SISDCA presso le Istituzioni Centrali e Regionali con riferimento a Linee Guida e Consensi in base alle seguenti presentazioni di 10'

1. Spera: Rapporti con la **Pubblica Amministrazione (D.6.)**
2. Dalle Grave: Standardizzazione **CTE e CBT.E (C.14.)**
3. De Salvo: **Comunità (D.9.)**
4. Gravina: Coordinamento informatico e didattico-formativo delle **Sezioni Regionali (B.2., A.8.)**
5. Cuzzocrea: Un Progetto Formativo Articolato in Sicilia **(A.10)**
6. Melchionda: Collaborazione con tutte le Società Scientifiche con la prosecuzione del **PROFFDAO** (SISDCA, ADI, ANSISA, ANDID, SIP, SIE, SID, ecc.) **(D.3.)**
7. Guidi: Organizzazione di un evento per la messa a punto della Terapia Farmacologico delle Comorbidità Psichiatriche dei DAO.

Progetti Prospettati

1. Di Pietro: Collaborazione tra il CD Nazionale e CD della Sezioni Regionali attraverso l'implementazione della loro crescita promuovendo almeno un evento annuale locale e incontri anche informali tra le diverse strutture spesso eterogenee e di nuova istituzione (strutture pubbliche e private residenziali e riabilitative appena espletato il censimento, vedi D.5.)**
2. Tarrini: Collegamento tra Soci locali e CD Nazionale tramite la gestione del Database (Referente Amministrativo Regionale col Referente Amministratote Nazionale, RAN) e scambio di informazioni attraverso PLAYDCA
3. Melchionda: Collaborare con altre Società Scientifiche facendo riferimento al PROFFDA
4. Cerro: Promuovere collegamento della Società con le associazioni di volontariato, di familiari, di gruppi auto-aiuto
5. "**Action**": Censire le varie realtà di cura esistenti, coordinandole in un percorso comune sotto la guida della SISDCA avvalendosi della collaborazione delle Sezioni regionali e Inter-Regionali

Area D

BUSINESS SOCIETARIO

6. Spera: Redigere Regolamenti: Funzionamento Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) con estensione ai Consigli Direttivi Regionali (CDR), Sezioni Regionali, Gruppi di Studio, Commissioni, Comitati
7. Lanzarone: Implementazione di Strutture per i DAO in Sicilia
8. De Salvo: Censimento e Regolamentazione delle Comunità Residenziali
9. Guidi: Organizzazione di un evento per la messa a punto della terapia farmacologia della comorbilità psichiatrica

Progetti sviluppati ricevuti

1.Collaborazione tra il CD Nazionale e CD della Sezioni Regionali attraverso l'implementazione della loro crescita promuovendo almeno un evento annuale locale e incontri anche informali tra le diverse strutture spesso eterogenee e di nuova istituzione (strutture pubbliche e private residenziali e riabilitative appena espletato il censimento (vedi D.5.)

Responsabile Di Pietro: con Todisco
Premesse: **
Procedura Metodologica ovvero come si struttura la collaborazione che possa coinvolgere CDN, CDR e strutture della regione
Obiettivo: Crescita della Sezione qualitativa per le strutture-numerica relativamente alle nuove iscrizioni
Risultati Attesi: **
Risultato Finale: **

*****

2.Collegamento tra Soci locali e CD Nazionale tramite la gestione del Database da parte del Referente Amministrativo Regionale, (RAR) col Referente Amministratote Nazionale (RAN: Tarrini) e scambio di informazioni attraverso PLAYDCA

Responsabile Tarrini: con Gravina, Di Pietro
Premesse. Attualmente il DataBase dell'archivio Soci contiene solo i dati essensiali (Cognome, nome, mail, pagameno della quota 2009, 2010, 2011, 2012. Per ovvie ragioni, in assenza di una segretaria a tempo pieno non è stato possibile memorizzare tutti i dati previsti (indirizzo postale, cellulare e tel fisso, professione, e altri in fieri).
Metodologia Operativa: Formazione dei RAR (Referenti Amministratori Regionali) da parte del RAN. Hanno la possibilità di amministrare i dati dei Soci della Sezione di appartenenza e la responsabilità dell'aggiornamento.
Obiettivo Specifico: Ottenere che ogni CD regionale comunichi entro Febbraio del 2012 il RAR per iniziare il percorso di formazione relativo all'uso del DataBase.
Risultati Attesi: Contatto tra il Coordinatore (Gravina) e ciascun Presidedente di Sezione comunichi nome, cellulare e indirizzo mail del RAR.
Obiettivo Finale: Completamento del DataBase con i dati essenziali di ciascuna scheda da parte di ciascun Socio direttamente per codificarne l'identikit.

*****

3.Collaborare con altre Società Scientifiche facendo riferimento al PROFFDAO

Responsabile Melchionda
Premesse: Almeno 11 Società scientifiche sono coinvolte nella prevenzione e nel trattamento dei DAO e non operano in mdo integrato
Metodologia Operativa: Riprendere il Progetto PROFDAO (vedi Appendice 2)
Risultati Attesi: Considerando l'insuccesso del PROFFDAO si spera che i Consigli Direttivi prendano in considerazione di organizzare eventi satellite nei rispettivi Congressi Nazionali e organizzare anche nel Congresso Nazionale SISDCA eventi in collaborazione
Obiettivo Finale: Unificare tutte le Società coinvolte nel DAO identificando un obiettivo specifico comune

*****

4.Promuovere collegamento della Società con le associazioni di volontariato, di familiari, di gruppi auto-aiuto

Responsabile Cerro

Area D

BUSINESS SOCIETARIO

Premessa: Il difficile compito di chi lavora oggi in Sanità è quello di coniugare l'appropriatezza e la specificità tecnica degli interventi con la comprensione di bisogni di salute nuovi e sicuramente più complessi.
Tra i diversi livelli di intervento,accanto a quelli effettuati da tecnici o da esperti,è sempre più riconosciuto il ruolo svolto da interventi tipo mutuo aiuto o da attività di informazione e sostegno svolte da gruppi di volontariato sia con pz che con familiari.
Questo vale ancora di più con disturbi, come i DAO,che hanno un esordio in età giovanile,una tendenza alla cronicizzazione, e una forte difficoltà ad accettare le cure.
Questi interventi vanno tuttavia integrati in percorsi assistenziali e terapeutici articolati e coerenti ,rispondenti ai diversi bisogni emergenti nelle varie fasi del disturbo.
Metodologia operativa: In una prima fase,conoscitiva,andrà realizzato un censimento di tutte le iniziative di questo tipo esistenti in un determinato territorio.Successivamente si potranno realizzare ,all'interno delle sez regionali SISDCA,degli incontri strutturati con i conduttori delle varie iniziative di volontariato,self help,etc.,al fine di una conoscenza reciproca. In una terza fase si potranno mettere a punto iniziative congiunte,sia di formazione degli operatori coinvolti che di messa a punto di protocolli di intervento che coniughino in maniera coerente livello scientifico,educativo e sociale.
Obiettivi: Costruzione di attività congiunte tra SISDCA e gruppi di volontariato.
Risultati attesi: Maggior conoscenza reciproca e integrazione tra livello tecnico-scientifico del'intervento e sociale;maggior formazione degli operatori che lavorano nel volontariato; miglioramento nella compliance al trattamento dei DAO soprattutto all'esordio; maggior tenuta del rapporto di cura nel tempo.
Obiettivo finale: Miglior sinergia nelle diverse fasi d'intervento e utilizzo razionale di tutte le risorse presenti sul campo.

*****

5.Censire le varie realtà di cura esistenti, coordinandole in un percorso comune sotto la guida della SISDCA avvalendosi della collaborazione delle Sezioni regionali e Inter-Regionali

Responsabile "Action"
Premesse: Numerose strutture Regionali e Professionisti che operano nel campo dei DAO sono isolate e non inserite nella SISDCA come Soci.
Metodologia Operativa: creare interesse culturale attraverso l'organizzazione di Seminari (vedi Progetto A.9.)
Obiettivo Specifico: strutturare un DataBase di strutture e Professionisti regionali che operano nel campo dei DAO.
Risultati Attesi: Ogni Sezione Regionale dovrà organizzare un evento seminariale
Obiettivo Finale: Ottenere la iscrizione alla SISDCA di tutti i Professionisti che operano nel campo dei DAO.

*****

6.Redigere Regolamenti: Funzionamento Consiglio Direttivo Nazionale (CDN) con estensione ai Consigli Direttivi Regionali (CDR), Sezioni Regionali, Gruppi di Studio, Commissioni, Comitati:

Responsabile Spera
Premesse: Il 20 Gennaio il CDNR attribuirà l'incarico del Coordinamento della Commissione Regolamenti a Spera coadiuvato da Di Pietro e Milano (vedi Pannello 11)

*****

7.Implementazione di Strutture per i DAO in Sicilia

Responsabile Lanzarone: con Bongiorno, Cuzzocrea, Notarbartolo, Minì
Premessa: La SISDCA, impegnata nella promozione di iniziative culturali e pratiche che riguardano i DAO, ha il compito di monitorare e promuovere reti assistenziali a livello nazionale e locale; in particolare in quelle regioni in cui si registra una carenza di strutture dedicate, come la Sicilia e la Sardegna.
Metodologia operativa: Censire le strutture esistenti e favorire la creazione di una rete assistenziale anche attraverso la promozione della SISDCA come coordinamento scientifico. Sensibilizzare le istituzioni locali rispetto alla mancanza di risorse per i DAO.
Obiettivi specifici: mappatura delle strutture e risorse esistenti per i DAO (attraverso ricerca sul web, contatti telefonici, sopralluoghi,..); verifica del management assistenziale; promozione di confronto scientifico e di una rete assistenziale regionale (linee guida comuni, creazione di un forum tematico per operatori); sensibilizzazione delle istituzioni politiche e sanitarie; sensibilizzazione e coinvolgimento dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia, degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi, delle Federazioni di MMG, PLS, ginegologi; promozione dell'attivazione della Sezione Sardegna della SISDCA; creazione di servizi di orientamento sui DAO rivolti a professionisti e utenti (sportello DAO, linea telefonica dedicata).

Area D

BUSINESS SOCIETARIO

Risultati preliminari: da una prima analisi effettuata a dicembre 2011, si registra una carenza di strutture ambulatoriali peraltro non adeguatamente distribuite nel territorio, assenza di strutture residenziali, eterogeneità dei trattamenti, assenza di rete territoriale.
Risultati attesi: incremento dei servizi dedicati ai DAO con distribuzione omogena sul territorio regionale, aumento del numero di soci SISDCA, definizione e condivisione di linee guida comuni per il trattamento, maggiore attenzione ai DAO da parte delle istituzioni locali.

*****

8.Censimento e Regolamentazione delle Comunità Residenziali

Responsabile De Salvo
Premessa. Che cosa si può intendere per Comunità Terapeutica Riabilitativa Residenziale per il trattamento dei disturbi del comportamento, dei disturbi alimentari, dei disturbi di personalità. Domanda significativa per la eterogeneità delle esperienze esistenti.
Razionale. Si intende effettuare un viaggio panoramico nelle forme e nei linguaggi del trattamento in comunità dei disturbi del comportamento alimentare come proposta di presa in carico globale quando il trattamento terapeutico ambulatoriale o ospedaliero di breve termine si rivela del tutto insufficiente e dall'altro dalla necessità di offrire una alternativa assistenziale convincente alle istituzioni di tradizione ospedaliera. Senza le idee, gli ideali, senza una fede è difficile che si realizzi un pensiero creativo, è difficile desiderare di prendersi cura dei disturbi alimentari, dei disturbi del comportamento, dei disturbi di personalità.
Metodologia operativa: Prima fase conoscitiva di tutte le comunità riabilitative residenziali che si occupano della cura dei DAO presenti sul territorio nazionale.
Produzione di una scheda che raccolga dati sull'assetto organizzativo e di cura della comunità riabilitativa e residenziale che si occupano della cura dei DAO.
Invio della scheda a tutte le comunità individuate e creazione di un data base nazionale.
Obiettivi specifici: Promozione di un Seminario che coinvolga i Responsabili di comunità che aderiranno alla raccolta dati.
Risultati attesi: Raccolta dati e confronto su percorsi condivisibili e accessibili a tutti.
Obiettivi finali:
a. Fornire materiali di documentazione e riflessione necessari per un bilancio, permettendo di valutare le trasformazioni odierne, le realizzazioni attuali delle comunità terapeutiche per il trattamento dei disturbi alimentari esistenti e in fase di realizzazione .
b. Evidenziare il bisogno di iniziative che rispettino sia la realtà delle esperienze in corso che la necessità di standard organizzativi che rispondano alla finalità di un impiego razionale delle risorse pubbliche e private.
c. Individuare una prima base comune derivante da teorie ed esperienze pratiche, nella direzione di integrare i modelli organizzativi più diffusi rispettando tuttavia la ricca diversità delle forme culturali.
d. Fornire un panorama delle tipologie delle comunità terapeutiche esistenti. Una caratteristica delle comunità terapeutiche è la presenza di figure professionali nuove accanto alle tradizionali in particolare quelle che si occupano della vita quotidiana dei pazienti, all'interno di percorsi che sono in via di definizione.
e. Rendere noto come ciascuna comunità ha la sua storia, il suo patrimonio teorico, le sue figure fondatrici, il suo assetto proprietario e organizzativo.

*****

9.Organizzazione di un evento per la messa a punto della Terapia Farmacologica nei DAO e Patologie Psichiche in Comorbilità

Responsabile Guidi
Premesse. Le linee guida più recenti concordano sul trattamento integrato multidisciplinare come terapia elettiva nei DAO. E' previsto il coinvolgimento di più figure professionali e quindi l'impiego di strumenti terapeutici diversi: terapia farmacologica (medica e psicofarmacologica),terapia psicologica e terapia alimentare. Ad oggi l'utilizzo della sola terapia farmacologica sembra non avere dato risultati soddisfacenti; tuttavia la ricerca in campo farmacologico continua a darci la possibilità di utilizzare principi attivi sempre nuovi che meritano di essere testati nei DAO. I dati della letteratura non sono incoraggianti per quello che riguarda gli studi clinici controllati,ma lasciano molti interrogativi a cui sarebbe auspicabile dare una risposta.
Chi si occupa di DAO sa che la terapia farmacologica rappresenta un valido aiuto nella gestione della maggior parte dei casi e non solo per il trattamento delle patologie in comorbilita che dovrebbe essere scontato.
Obiettivi Specifici
1. Ottenere review complete della letteratura nazionale ed internazionale.

	2. Condividere esperienze cliniche che non siano necessariamente trial controllati e che come tali non possono essere pubblicati. 3. Condividere case report. 4. Proporre nuovi protocolli di studio e trial clinici. **Metodologia operativa.** Coinvolgimento dell'industria nell'organizzazione di un evento monotematico patrocinato dalla SISDCA in tema di terapia farmacologica. A questo scopo i soci SISDCA che ne abbiano la possibilità e l'interesse dovrebbero utilizzare i propri contatti nel settore e sottoporre all'attenzione delle idonee figure aziendali ipotesi di protocollo di studio che vedano in campo I loro principi attivi. **Rosiltati Attesi.** Giornata/e di studio patrocinata/e dalla SISDCA con l'eventuale collaborazione di altre società scientifiche sponsorizzate dall'industri farmaceutica come evento start per lo studio della farmacoterapia nei DAO. **Obiettivo Finale.** Lo scopo ultimo dovrebbe essere quello di ottenere una sinergia SISDCA industria, per lo studio e la ricerca in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare ed Obesità **Appendice.** Case farmaceutiche produttrici di principi attivi che sono stati studiati o che potranno essere studiati in funzione di una qualche efficacia nei DAO . ELY LILLY: DULOXETINA FLUOXETINA OLANZAPINA LUNDBECK: CITALOPRAM,ESCITALOPRAM ASENAPINA GLAXOSMITHKLINE: BUPROPIONE LAMOTRIGINA PAROXETINA CLOR. ANGELINI: PAROXETINA MESILATO RATIOPHARM: VENLAFAXINA STRODER/SERVIER:AGOMELATINA PFIZER: SERTRALINA ASTRA ZENECA: QUETIAPINA BRISTOL-MYERS-SQUIBB: ARIPIPRAZOLO JANSSEN-CILAG: TOPIRAMATO SPECCHIASOL: FITOFARMACI **Bibliografia.** Pacciardi B: Escitalopram e calo ponderale, dati preliminari 2011 Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Welge JA, Nelson E, Lake K, D'Alessio D, Keck Jr PE, Hudson JI: High dose escitalopram in the treatment of binge eating disorder with obesity: a placebo controlled monotherapy trial 2007 Hazen E, Fava M: Successful treatment with duloxetine in a case of tratment refractory bulimia nervosa: case report 2006 Bernardi S, Pallanti S: Successful duloxetine treatment of a binge eating disorder : case report 2010 Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradweijn J: Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa : a randomized, double- blind, placebo controlled trial 2008 Le Grange D, Bremer J: Case report – Olanzapine use in adolescent anorexia nervosa 2006

Appunti Area D

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

SPECCHIETTO DI RIEPILOGO CONSUNTIVO **: Non pervenuti

	Formazione	Ricerca	Management	Business	Presentaz.	Note e Valutazione dello Steering C
Ballardini	-	B.2.	-	-	B.04.GL.	
Bertelloni	-	B.10. – B.11.	-	-	B.09.GL.	
Bosello	A.13.	-	-	-	A.08.GL.	
Capezzali	A.12.	-	-	-	A.01.GL.	
Cerro	-	B.7.	C.3.** - B.15.	D.4.	C.04.GL.	C.3. manca word
Cuzzocrea	A.10.	-	-	-	D.05.GL.	
Cuzzolaro	-	B.8. – B.9.	-	-	B.03.GL.	
Dalle Grave	-	-	C.14.	-	D.02.GL.	
De Salvo	-	-	-	D.8.	D.03.GL.	
Di Pietro	-	-	C.9.	-	C.05.GL.	Incorpora B.4.a.
Donini-Vanzo	-	B.3.a.	-	-	B.01.GL.	
Gravina	A.8.	-	-	D.2.	D.04.GL.	
Guerri	A.4.	-	C.6.	-	A.06.GL.	
Guidi	-	B.4.d.**	C.7.	D.9.	C.07.GL.	Include Cerro C.7.
Jacoangeli	-	-	C.12.	-	(C.08.GL.)	Completare C.12.
Lanzarone	-	-	-	D.7.	C.02.GL.	
Manzato	A.6.	B.4.a	-	-	A.05.GL.	B.4.a. include in C.05.GL
Manzi	-	-	C.1.	-	C.01.GL.	
Melchionda	-	B.3.b.1. – B.5.	-	D.3.	D.06.GL.	DataBaseMulti
Milano	A.3.	B.4.c.	-	-	C.06.GL.	
Miottello		-	C.11.	-	C.03.GL.	
Molinari	A.1.	-	-	-	A.02.GL.	
Nizzoli	A.9.	-	-	-	A.04.GL.	
Prosperi	A.5.	-	-	-	A.03.GL.	
Renna	-	B.4.b.	-	-	B.07.GL.	Contributo di Milano
Ruggiero	A.11.	-	-	-	(A.07.GL.)	
Scaglia	-	B.12	-	-	B.08.GL.	
Schumann	A.7	-	C.13.	-	B.10.GL.	
Spera	A.2.	-	-	D.6.	D.01.GL.	D.6. accorpato a A.2.
Tanas	-	B.3.b.2. – B.4.	-	-	B.02.GL.	
Tarrini	-	B.3.b.3. – B.6	C.8.	D.2.	B.05.GL.	
Todisco	-	-	C.2.**	-	-	

"ACTION" (Vacanti)	**B.4.a. Correlazione tra disturbo dell'Immagine Corporea e Comorbilità psichiatrica** **B.4.e. Modelli di Prevenzione Sociale dei DAO** **B.4.f. Validazione della BES di Gormally** **C.4. Definizione di standard qualitativo di strutture, i processi e i risultati di esito e di processo** **C.5. Sollecitare le Regioni a legiferare in merito ai DAO e a destinare risorse** **C.10. Censimento delle strutture deputate alle prevenzione e alla terapia dei DAO** **C.13. Rapporti tra Tavolo Regionale DCA e SISDCA** **D.5. Censire le varie realtà di cura coordinando un percorso comune sotto la guida della SISDCA con la collaborazione delle Sezioni Regionali**

PANNELLO 7.1 RIEPILOGO **REFERENTI DI AREA**	**Referenti di Area** **A:** Melchionda: Nizzoli-Guerri-Guidi **B:** Donini: Di Pietro, Ballardini, Todisco **C:** Bongiorno con Milano, Lanzarone, Cerro, Manzi **D:** Spera con Gravina, Manzato, Tarrini

Responsabili di Progetto	**Progetto**
Ballardini	B
Bertelloni	B
Capezzali	A
Cerro	B, C, D
Cuzzolaro	B
Cuzzocrea	A
Dalle Grave	C

De Salvo	D
Di Pietro	C, D
Donini	B
Gravina	A
Guerri	A, C
Guidi	B, C
Jacoangeli	C
Lanzarone	D
Manzato	A

Manzi	B, C
Melchionda	B, D
Milano	B
Miottello	C
Molinari	A
Nizzoli	A
Prosperi	A
Renna	A, B
Ruggiero	A

Schumann	A
Spera	A, D
Tanas	B
Tarrini	B, C, D
Todisco	B, C
Vanzo-Donini	B

CoResponsabili di Progetto	**Progetto**
Castelnuovo	A.2.
Gagliardini	A.4.

Gnessi	A.2.
Meneghini	B.3.a.
Minì	D.7.
Poggioli	A.1.

Ruggero	A.2.
Notarbartolo	D.7.
Scaglia	B.e.a.
Tridenti	B.3.b.1.

Zanetti	B.5.

Pannello 8. AFFERENZA	**INCARICHI**
CDNR Ristretto	**Melchionda . . . Referente Area A., Responsabile B.3.b.1., D.3., CoResponsabile A.4., B.3.b., B.5., C.6.** **Donini . . . . . Referente Area B., Responsabile B.3.a., CoResponsabile A.4., C.2., C.6.** **Ballardini . . . Responsabile B.2., CoResponsabile A.4., B.3.a., C.1., C.6., C.13.** **Bongiorno . . . Referente Area C., CoResponsabile A.3., A.8., D.7.** **Cerro . . . . . CoResponsabile A.3., A.8., B.4.d., B.7., C.7., Responsabile C.3., C.15., D.4.** **Di Pietro . . . CoReferente Area B., Responsabile C.9., D.1., CoResponsabile D.2.** **Gravina . . . . CoReferente Area D., CoResponsabile A.3., B.3.a., Responsabile, A.8., D.2.,** **Guidi . . . . CoReferente Area A., CoResponsabile A.4., A.7., B.4., C.6., Responsabile C.7., B.4.d.** **Lanzarone . . . CoReferente Area C., CoResponsabile A.4., C.6., Responsabile D.7.** **Manzato . . . . CoReferente Area D., Responsabile A.6., CoResponsabile B.3.a., C.9.** **Manzi . . . . . Responsabile B.1., C.1., C.9.** **Milano . . . . . CoReferente Area C., Responsabile A.3., B.4.c., CoResponsabile A.8.,** **Prosperi . . . . Responsabile A.5., CoResponsabile A.6., B.3.a., B.4.c.** **Spera . . . . . Referente Area D., Responsabile A.2., D.6., CoRresponsabile A.1.** **Tarrini . . . . Responsabile A.5.d., B.3.b.3., B.6., C.8., D.2., CoResponsabile A.4., B.3.a., B.5.**
Pannello 9. **CDNA e CDNE Allargato e Esteso**	**Bertelloni . . . Responsabile B.10., B.11., CoRresponsabile B.3.b.1.** **Bosello . . . . Responsabile A.13., Elzeviro (Razionale della Mission e della Vision(** **Capezzali . . . Responsabile A.12., CoResponsabile A.4.** **Castelnuovo . . CoResponsabile A.2., A.3.** **Cuzzocrea . . . Responsabile A.10., CoResponsabile D.7.** **Cuzzolaro . . . Responsabile B.8., B.9.** **Dalle Grave . . Responsabile C.14.** **De Salvo . . . . CoResponsabile A.3., A.4., A.8., B.4.c., C.6., Responsabile D.8.** **Gagliardini . . CoResponsabile A.4.** **Gnessi . . . . . CoResponsabile A.1., A.2.** **Guerri . . . . . CoReferente Area A., Responsabile A.4., C.6.** **Jacoangeli . . . CoResponsabile A.3., A.8., Responsabile C.12.** **Meneghini . . . CoResponsabile B.3.a.** **Minì . . . . . CoResponsabile D.7.** **Miottello . . . CoResponsabile B.3.b., Responsabile C.11.** **Molinari . . . . Responsabile A.1., CoResponsabile A.2.** **Nizzoli . . . . CoReferente Area A, CoResponsabile A.4., C.6., Responsabile A.9.** **Notarbartolo . . CoResponsabile D.7.** **Poggioli . . . . Poggioli CoRedponsabile A.1.** **Renna . . . . . Responsabile A.3., B.4., B.4.b., CoResponsabile A.8., B.3.a., B.4.d.** **Ruggiero . . . . CoResponsabile A.1., A.2.** **Scaglia . . . . Responsabile B.12., CoResponsabile B.3.a.** **Schumann . . . . Responsabile A.7., C.13.** **Tanas . . . . . Responsabile B.3.b.2., B.3.b.4.** **Todisco . . . . CoReferente Area B., CoResponsabile A.3., A.8., B.4.b., B.4.d., D.1., Responsabile C.2.** **Tridenti . . . . CoResponsabile B.3.b.1.** **Zanetti . . . . CoResponsabile Web Master B.5.**

Pannello 10. “Action”	**PROPOSTE OPERATIVE IN PROGRESS**
A.3.	Corsi regionali con lavoro per piccoli gruppi indirizzati a professionisti del Team Multi-disciplinare delle strutture regionali esistenti. **Contributo di Milano** **Premessa:** I soci, il CDR ed il presidente delle Sezioni Regionali dovrebbero, nel prossimo futuro, rendersi partecipi di una mappatura delle strutture, principalmente pubbliche ma anche private, che operano nel campo dei disturbi delle condotte alimentari sul territorio regionale. La sezione campana sta programmando, non solo una ricerca su tutto il territorio regionale delle strutture operanti sui DAO ma anche di monitorare le differenti metodiche di approccio diagnostico e terapeutico. **Metodologia operativa.** Sommario del disegno progettuale finalizzato agli obiettivi individuati Il CDR della sezione campana della SISDCA sta assegnando ai soci residenti nelle varie province la responsabilità di coordinatore provinciale, al fine di monitorare al meglio il territorio di competenza, di sensibilizzare gli operatori dei servizi locali ed, in fine, di organizzare incontri di aggiornamento o corsi ECM in ambito provinciale. I responsabili provinciali, conoscendo al meglio le realtà locali, possono esprimere un’ulteriore opportunità, coinvolgendo anche figure professionali non specialistiche come i medici di medicina generale, i pediatri di base, le strutture socio-sanitarie, le organizzazioni scolastiche o strutture di volontariato no-profit in manifestazioni di prevenzione o di sensibilizzazione . **Obiettivi specifici.** Sintesi degli obiettivi, singoli scopi e finalità Da ricerche epidemiologiche recenti in Campania il tasso di incidenza dei DAO, nel suo continuum sintomatologico, è pressoché sovrapponibile ai tassi nazionali; una significativa differenza, rispetto ai dati nazionali, si rileva nel tasso di obesità, non solo tra gli adulti ma soprattutto nella fascia d’età infantile ed adolescenziale. Pertanto si stanno progettando seminari ed incontri formativi, a livello provinciale, indirizzati a sensibilizzare i professionisti del settore non solo alle problematiche legate ai DAO ma anche alla prevenzione ed al trattamento dell’eccesso ponderale. L’indirizzo formativo sarà, naturalmente, incentrato non solo sull’accrescimento delle competenze del singolo professionista ma, soprattutto, sulla condivisione dei saperi delle singole figure professionali e nell’accrescimento dell’integrazione del team multidisciplinare. **Risultati attesi.** Sintesi dei possibili risultati di processo e dei risultati di esito Nel prossimo anno la sezione campana sta organizzando, nei vari territori provinciali, una serie di incontri, prevalentemente monotematici e su piccoli gruppi di partecipanti, con l’ausilio di formatori non solo locali ma anche nazionali, al fine di sensibilizzare al lavoro in team multidisciplinare ma anche per integrare le esperienze, non solo tra i singoli gruppi ma anche per relazionarsi al meglio con gli operatori delle altre realtà provinciali e regionali. **Obiettivo finale.** Ipotesi dei risultati ottenibili dal lavoro del gruppo, le ricadute all’esterno e i suggerimenti per il prosieguo nel futuro a breve, medio e lungo termine Le esperienze così codificate dovranno essere coordinate ad un primo livello dai vari responsabili provinciali e successivamente a livello regionale. In tale maniera si potrà non solo monitorare gli eventi formativi ma anche riassumere in un elaborato formalizzato o in un incontro da tenersi a livello regionale che possa comprendere le conclusioni dei vari incontri periferici.
A.8.	Gravina: Seminario-dibattito annuale monotematico a carattere regionale: sezione Campania. **Contributo di Milano** **Premesse.** I soci ed il consiglio direttivo della sezione campana della SISDCA, nella riunione che ne ha determinato la fondazione nel giugno scorso, hanno deciso di organizzare nel prossimo anno un corso di formazione ECM, in collaborazione con il Servizio per la Diagnosi ed il Trattamento dei DCA della ASL Napoli 1 Centro. La formazione e l’aggiornamento per le varie figure professionali che lavorano nei servizi ambulatoriali e ospedalieri che seguono pazienti con DAO rientra, a nostro avviso, nelle funzioni precipue di una sezione regionale di una società scientifica come la SISDCA. Metodologia operativa. Sommario del disegno progettuale finalizzato agli obiettivi individuati L’argomento trattato nell’incontro sarà incentrato sulle problematiche di addiction nei pazienti sofferenti di alterazioni del comportamento alimentare.

A.8.	Il corso avrà valenza ECM e si svolgerà a Napoli nell'ambito di una intera giornata; La prima parte della giornata sarà caratterizzata da varie presentazioni frontali; nella seconda parte, nel pomeriggio, si discuteranno alcuni casi clinici complessi, in piccoli gruppi. Obiettivi specifici. Sintesi degli obiettivi, singoli scopi e finalità L'uso di droghe, di alcool o una sessualità caotica, si intreccia a molti livelli con le problematiche dei DAO. Il modello dell'addiction, che accomuna per molti aspetti l'abuso di sostanze, la sessualità nei suoi aspetti compulsivi e alcuni tratti dei disturbi del comportamento alimentare, viene considerato da molti come un terreno comune nell'ambito delle dipendenze. Un possibile modello di comprensione unitaria può aiutare gli operatori, non solo nella prospettiva di un approfondimento teorico ma anche per impostare una corretta clinica e terapia di questi disturbi. **Risultati attesi.** Sintesi dei possibili risultati di processo e dei risultati di esito Al food addiction, inteso come strumento per favorire un cambiamento dell'umore abbuffandosi o digiunando, si aggiungono sovente il sex o il drug addiction con comportamenti che vanno ad incrementare la dipendenza dall'oggetto, nel tentativo di una risposta ai bisogni emotivi. Al modello di addiction si possono associare i criteri di compulsione con un desiderio incoercibile ad attuare il comportamento, di pensiero ossessivo che limita gli altri obiettivi esistenziali e le attività sociali e la ripetitività nonostante le conseguenze di tipo negativo, sia di tipo medico che sociale. Cibo, sesso e droghe vengono in questa prospettiva utilizzati per regolare le emozioni ed affrontare lo stress. Le recenti evidenze della neurobiologia ci consentono di pensare anche ad un modello biologico determinato da alterazioni del meccanismo di ricompensa (in particolare ai circuiti delle endorfine, degli endocannabinoidi e della dopamina) che, in un prossimo futuro, possano consentire anche un approccio di tipo psicofarmacologico mirato. **Obiettivo finale.** Ipotesi dei risultati ottenibili dal lavoro del gruppo, le ricadute all'esterno e i suggerimenti per il prosieguo nel futuro a breve, medio e lungo termine L'analisi del modello addiction, dalle alterazioni del comportamento alimentare al sesso caotico fino all'uso di sostanze, attraverso le esperienze di relatori con specifiche competenze nei vari campi (ricerca biochimica, farmacologia, psichiatrica, psicologica ed internistica) e la discussione, in piccoli gruppi, di selezioni casi clinici dovrebbe portare gli operatori invitati ad una riflessione sui modi operandi quotidiani e sulle prospettive terapeutiche future.
A.2. **A.2.**	**Master Universitari con la collaborazione della SISDCA** **Responsabile Spera** **Premesse.** Il Master è l'unico strumento didattico di empowerment professionale (non professionalizzante!) post laurea, a parte le Scuole di Specializzazione, disponibile tra le proposte formative accademiche ufficiali. Sono legalmente proponibili e di fatto presenti sul mercato culturale e di solito ben pubblicizzati, Master in tema di Alimentazione, Dietetica, trattamento e prevenzione di DAO, anche non accademici e con questi ultimi in concorrenza, spesso con non reconditi fini commerciali. La SISDCA ha l'opportunità di proporsi come riferimento tecnico/culturale di tutti i Master Universitari in tema DAO creando le basi per la formulazione di un percorso didattico interuniversitario omogeneo nelle basi scientifiche, nei piani di studio e di fatto nell'efficacia dell'arricchimento e del'aggiornamento culturale e di conseguenza dell'operatività dei professionisti nelle struttura terapeutiche. **Metodologia Operativa.** Il seguente Master di 1° Livello, di cui leggete a titolo esemplificativo, una sintesi del Bando, è stato concepito cinque anni fa dal sottoscritto e da Massimo Cuzzolaro, si attiva ogni Anno Accademico alla Sapienza-Università di Roma ed è attualmente diretto da Lucio Gnessi**: MASTER 1° LIVELLO – PREVENZIONE E ASSISTENZA A SOVRAPPESO, OBESITÀ E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE.** Il Master si propone di realizzare un percorso formativo finalizzato a fornire una approfondita preparazione teorico pratica sulla fisiopatologia, prevenzione e trattamento dell'obesità, disturbi del comportamento alimentare e malattie correlate. Gli studenti, in funzione del suddetto percorso formativo, devono raggiungere competenze sugli obiettivi formativi del Master che sono: 1. Acquisizione di una cultura interdisciplinare per la gestione dei programmi di prevenzione e per la cura dei disturbi dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa, dei disturbi dell'alimentazione sotto soglia, del sovrapeso, dell'obesità e delle loro complicanze. 2. Promozione di un aggiornamento culturale, scientifico e clinico. Sviluppo di capacità educazionali al fine di contrastare la diffusione epidemica dei problemi medici, psicologici e sociali legati a errori comportamentali nell'ambito della nutrizione e dello stile di vita. **Attivita' Formative** 1. Modulo 1 (Discipline di base) - Fornire le conoscenze biologiche, genetiche ed epidemiologiche di base per lo studio del sovrappeso, dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare 2. Modulo 2 (Valutazione psicologico-psichiatrica) - Fornire le conoscenze necessarie alla comprensione e alla valutazione degli aspetti psicosociali, psicopatologici e psicometrici dei

A.2.	disturbi del comportamento alimentare del sovrappeso e dell'obesità 3. Modulo 3 (Diagnostica di laboratorio e strumentale) - Fornire le conoscenze e le abilità necessarie alla valutazione obiettiva e strumentale del peso corporeo in relazione a età, sesso, statura e di altri parametri antropometrici. - Valutazione della composizione corporea. - Valutazione dell'attività metabolica di base e nelle diverse situazioni fisiologiche e fisiopatologiche 4. Modulo 4 (Interventi Nutrizionali) - Fornire le conoscenze e le abilità necessarie alla costruzione di piani di riabilitazione ed educazione nutrizionale e di programmi dietoterapeutici nel sovrappeso, nell'obesità, nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa. - Fornire le conoscenze e le abilità relative a interventi di nutrizione artificiale. - Addestrare a modalità comunicative corrette per la diffusione di conoscenze e abitudini dirette a contrastare i problemi legati al comportamento alimentare e a favorire stili di vita che promuovano la salute 5. Modulo 5 (Interventi farmacologici e chirurgici) - Fornire le conoscenze di base per capire il meccanismo d'azione dei farmaci comunemente utilizzati nella terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare. - Conoscere gli interventi di chirurgia bariatrica in uso e le valutazioni mediche, psicologiche e psichiatriche necessarie per l'indicazione all'intervento e per il follow-up 6. Modulo 6 (Modulo Interventi psicoterapeutici e psicoeducativi) - Psicoterapie psicoanalitiche, cognitivo-comportamentali e relazionali-sistemiche nel trattamento dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa, dei disturbi dell'alimentazione, dei disturbi compulsivi del comportamento alimentare e dell'obesità. Educazione Terapeutica e programmi di auto-aiuto guidato. - Trattamenti residenziali, semiresidenziali (ospedale diurno) e comunità terapeutiche. Maggiori dettagli si possono leggere sul sito Uniroma1.it seguendo il percorso: didattica – offerta formativa – master – corsi anno 2011/12 – medicina ed odontoiatria – "Prevenzione e assistenza…ecc." – bando. Ora è sufficiente che tutti i componenti del GL-LPS che hanno notizia, diretta o per contiguità accademica od assistenziale, dell'esistenza di un Master sul tema DAO presso una qualunque altra Università, ma anche presso altre Istituzioni in qualche modo autorizzate ed accreditate ad organizzarne, ne confrontino i titoli, i presupposti, i programmi, i piani di studio e le finalità per provare a suggerire ai promotori di stilare un percorso didattico uniforme. La denominazione ed il bando di un Master sono modificabili ogni anno accademico e la SISDCA, tramite i suoi rappresentanti può mettere a disposizione, oltre che i propri docenti, le proprie Linee Guida / Consensus, l'esperienza sul campo dei propri componenti ed anche le strutture operative. Il collegamento, la rete tra le diverse strutture didattiche dovrebbe essere garantita anche da un accordo, facilmente raggiungibile, che preveda lo scambio di allievi tramite borse di studio ricavabili dalle tasse di iscrizioni o da donazioni ovvero offerte dalla SISDCA, per alcuni periodi o per tutta la durata del master. In alternativa si possono prevedere stage e tirocini pratici da effettuare, oltre che nelle sedi di istituzione del Master, anche in quelle di sedi magari adiacenti. Il comune denominatore scientifico di aggiornamento può essere rappresentato da UNO SPECIFICO ORGANO DELLA SISDCA ADDETTO ALLA FORMAZIONE tramite una convenzione, stipulabile con relativa facilità, che trovi riscontro nello statuto del master e che preveda anche un ruolo della Società, nella assegnazione delle borse di studio. **Obiettivi e Risultati Attesi.** Tutti gli attori del programma trarrebbero vantaggio. Le sedi promotrici dei Master avrebbero garantito dalla rete un aggiornamento teorico e pratico continuo e la leale concorrenza per le iscrizioni finirebbe per consentire solo una ridistribuzione prevalentemente "geografica" degli allievi senza però far loro rinunciare a esperienze proficue in altre sedi. I docenti ed operatori uniformerebbero in senso qualitativamente migliore i loro programmi e protocolli ed usufruirebbero di una banca dati enormemente più vasta per studi di esito didattico e di sviluppo professionale oltre che per eventuali trial clinici multicentrici. Gli allievi avrebbero garantita la qualità della formazione e maggiori possibilità di inserimento professionale nella coincidenza della rete didattica con quella operativa. Se la SISDCA riuscisse a rendere operativo il programma, meno complesso di quanto possa apparire, aggiungerebbe un importante tassello alla impegnativa operazione di Business societario in corso.
A.2.	**Contributo di Molinari** **Rationale del Master sui DAO** Il Master sui DAO si propone un percorso formativo biennale finalizzato all'acquisizione di competenze professionali relative a: •la valutazione diagnostica, l'impostazione di un piano riabilitativo ed il trattamento delle principali forme di DAO; •la cura, la promozione del benessere e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti con DAO e familiari (e caregivers) che accedono ai contesti ospedalieri, ai servizi socio-sanitari, agli ambulatori e agli altri medical settings; •la dimensione di lavoro clinico integrato in equipe in un'ottica mulidisciplinare ed in una prospettiva biopsicosociale; •le principali psicopatologie connesse ai DAO e le attuali possibilità di cura e riabilitazione;

	•le tematiche etiche connesse all'attività di cura e alla valutazione degli outcome clinici; •gli aspetti organizzativi del lavoro di cura. **Struttura del Master sui DAO** L'ordinamento didattico è articolato come segue: - 320 ore d'aula per approfondimenti teorici, esercitazioni simulate e lavori in gruppo - 80 ore di accompagnamento nel percorso formativo anche attraverso strumenti informatici - 250 ore di stage in strutture sanitarie in Italia o all'estero L'attività formativa comprende lezioni, discussioni, lavori di gruppo, analisi di casi, laboratori ed esercitazioni pratiche guidate da esperti e da tutor, stage formativi in un contesto teso a favorire l'integrazione tra diverse competenze e professionalità. Il rimanente monte orario (850 ore) è riservato all'approfondimento e studio individuale o di gruppo, alla produzione di elaborati individuali e di una tesi conclusiva. **I crediti formativi sono così suddivisi:** Laboratori/stage/tirocini (25 crediti) - Attività d'aula (25 crediti) Prova finale (10 crediti) **Organizzazione del Master sui DAO** - Il calendario del Master si articola in 8 moduli di 2/3 giorni a cadenza mensile ed in moduli intensivi di 5 giorni. - La sede del Master è l'Alta Scuola di Psicologia Agostino Gemelli (Università Cattolica) - Si possono valutare altre sedi per specifici moduli. - I moduli potranno essere dedicati ad approfondire tematiche specifiche (come l'Anoressia, la Bulimia, i DCA NAS ed in particolare il Binge Eating Disorder, l'Obesità) inquadrate da un punto di vista internistico, dietologico, psicologico, riabiliativo, ecc… dando spazio a tutte le voci e specialità per ciascun tema. **Destinatari del Master sui DAO** - Il master è rivolto sia a chi già opera in ambito sanitario allo scopo di perfezionare le proprie competenze professionali, sia a chi intende dedicarsi a questi ambiti di intervento clinico. - Le iscrizioni al Master sono dunque riservate a: Laureati in Psicologia –Laureati in Medicina Il limite dei partecipanti al Master è 30.
A.10	**Cuzzocrea** **Proposta di documento** La Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA) , al termine 1° GIORNATA DI STUDIO FULL IMMERSION GRUPPO DI LAVORO LPS.SISDCA tenutasi presso il Polo Tecnologico a Navacchio (Pisa) il 20-21 Gennaio 2012, promossa dalla stessa Società hanno convenuto quanto segue: - Le condizioni sociali ed economiche e i momenti di crisi quale quello che stiamo attraversando rendono importante la presenza di professionisti qualificati in grado di affrontare i Disturbi del Comportamento Alimentare per rispondere al crescente aumento di tali problematiche e alla progettazione professionale che proviene dai giovani, dagli studenti e dai lavoratori; - Gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria devono essere svolti da professionisti aventi una qualifica universitaria specifica post lauream. Questi devono dimostrare di essere in possesso almeno delle competenze di base dettate da organismi e organizzazioni riconosciute a livello europeo e dichiarare l'adesione ad uno specifico codice deontologico. Sulla base di queste premesse, i partecipanti, sostenendo la necessità di prevedere nuove e sistematiche occasioni di approfondimento della tematica della formazione, concordano sui seguenti punti: - è necessario dare vita ad azioni formative pubbliche e private, universitarie e non universitarie, ad elevata qualificazione, e multidisciplinari; - è opportuna e auspicabile la realizzazione, nel limite del possibile, di azioni formative congiunte e coinvolgenti, per ragioni di natura economica, per facilitare scambi culturali e scientifici; - le iniziative formative dovranno riguardare l'istituzione di: - Corsi di Formazione (1 Mese – 10 CFU – x ECM) finalizzati alla formazione dei professionisti non adeguatamente formati per affrontare le problematiche legate ai Disturbi del Comportamento Alimentare; - Corsi di perfezionamento e di Aggiornamento professionale (6 Mesi – 30 CFU – x ECM) da proporre soprattutto professionisti già inseriti professionalmente e che vogliano sviluppare la propria professionalità; - Corsi di Aggiornamento / Master di II livello (I anno – 60 CFU – x ECM) rivolti a soggetti impegnati in diversi ruoli professionali che, tuttavia, necessitano di specifiche competenze; - le iniziative di formazione dovranno essere progettate in una prospettiva multidisciplinare e rendere possibile il riconoscimento di un insieme di competenze professionali che dovranno essere possedute dai professionisti; - le iniziative di formazione dovranno prevedere elementi in comune ed elementi specifici, in relazione alle esigenze presenti nel territorio.

A.10	***Da un punto di vista metodologico:*** La formazione post-Universitaria in materia di DCA, nel limite del possibile, dovrà favorire la partecipazione attiva dei corsisti tenendo conto sia della formazione pregressa che delle competenze che si terrà opportuno sviluppare. Le sedi formative dovranno mettere a disposizione del network della SISDCA i progetti formativi; Le azioni formative dovranno prevedere il coinvolgimento di tutor e di esperti appositamente formati allo svolgimento di questo delicato ruolo di supporto e prevedere tirocini mirati e personalizzati presso enti ed agenzie all'interno delle quali operi almeno un professionista in possesso delle competenze necessarie; La SISDCA metterà a disposizione l'elenco dei servizi accreditati e degli esperti e potrà accertare le singole attività formative attraverso il proprio patrocinio.
A.11.	Aspetti Cognitivi Cartella Disturbi Alimentari **Responsabile** Ruggiero **Contributo di Ruggiero** **Premesse.** Il trattamento cognitivo si basa sul presupposto che gli stati di disagio emotivo (ansia, depressione) e molti sintomi (come ad esempio il comportamento di restrizione alimentare nell'anoressia) dipendano da pensieri negativi sulla realtà. In breve, il paziente tende a valutare la realtà come negativa e pericolosa, e in qualche modo preferisce farlo poiché ritiene che un atteggiamento positivo gli impedirebbe di evitare i supposti pericoli. Nell'accertamento cognitivo si parte dal presupposto che: 1. I sintomi corrispondono a valutazioni, opinioni, credenze, convinzioni sulla realtà, se stessi e gli altri. 2. Che queste convinzioni posseggano una funzione in qualche modo soggettivamente utile. Insomma, esse servono a qualcosa al paziente. A che cosa? 3. Queste convinzioni sono essenzialmente di tipo negativo: il paziente concepisce il mondo e gli altri come apportatori di pericoli, e se stesso/a come incapace di fronteggiare questi pericoli 4. Queste convinzioni servono un obiettivo: evitare dei problemi, dei guai. Quali? A questo punto si possono esplorare i significati cognitivi dei sintomi alimentari, tenendo conto che le credenze cognitive si possono ridurre a tre o quattro, una immediatamente connessa al sintomo (detta di primo livello) una di livello intermedio e due finali (obiettivi globali di vita del paziente con disturbo alimentare) **Credenza di primo livello: Timore di ingrassare** Naturalmente, i comportamenti di restrizione alimentare e di compenso bulimico servono una convinzione e un obiettivo molto semplice: il timore di ingrassare. Ingrassare è ritenuto, per la paziente, un danno inaccettabile e da evitare a tutti i costi. **Credenza intermedia: timore di sbagliare (perfezionismo)** Il timore di ingrassare può essere un aspetto ristretto di una più generale aspirazione a una generica e spesso maldefinita "perfezione", uno stato di perfezione e di mancanza di "errori" anche in altri campi: lavorativo, scolastico e perfino relazionale. Nei casi più gravi, comunque, l'impoverimento cognitivo ha eliminato dalla visione della paziente l'attenzione per questi scenari alternativi. Tutto si è ridotto al timore di ingrassare. **Credenze finali: senso di inadeguatezza e tendenza al controllo** Le credenze finali del paziente affetto da disturbi alimentari sono il senso di inadeguatezza e la tendenza al controllo. Il paziente è in genere abbastanza consapevole di queste due credenze. Di conseguenza, esse sono facilmente accertabili come obiettivo successivo alla magrezza, sia in via diretta ("a che le serve non ingrassare? Cosa ottiene?") che per via inversa ("cosa accadrebbe se ingrassasse? Quale danno ne avrebbe?"). Il paziente affetto da disturbo alimentare dovrebbe esprimere con una certa facilità sia il suo timore pervasivo di non essere all'altezza e di essere inadeguato, sia il suo timore di non avere il controllo della propria vita e la sua aspirazione ad ottenerlo. Si badi che queste convinzioni sono sempre tendenzialmente molto generiche e astratte. Il paziente dice di non essere adeguato, ma spesso non è in grado di dire in rapporto a cosa. Inadeguato rispetto a che cosa? Rapporti personali? Prestazioni di vario tipo? Tutto questo spesso rimane indefinito. Lo stesso accade per io controllo. Controllo di che? Della vita, degli altri, di se stessi. Non si sa mai bene. E' questa stessa genericità che spesso contribuisce alla disfunzionalità cognitiva di questi pazienti. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 41, 509-528. Sassaroli, S., Gallucci, M., & Ruggiero, G.M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 467-488. Sassaroli, S., Ruggiero, G.M. (2008). The control and worry-centered treatment of eating disorders (CWT-ED). International Journal of Child and Adolescent Health, 2, 229-242. Vitousek, K. B., & Hollon, K. B. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. Cognitive Therapy and Research, 14, 191-214.

A.12.	**Proposta Articolata a tre livelli A – B – C: Trattamento dell'Obesità BED** **Responsabile Scaglia** L'idea di un inquadramento del paziente obeso è molto interessante e anche quella della costruzione di un modello di cura per paziente obeso/con DCA. Oltre ad essere un'impresa per se stessa interessante, darebbe un prodotto sicuramente vendibile sia alle istituzioni (sotto forma di protocolli terapeutici con un migliore rapporto costi-benefici), sia come corso d'aggiornamento/formazione professionalizzante. Se il prodotto della ricerca deve essere vendibile alle istituzioni, tale prodotto deve essere allora la dimostrazione che una certa tecnica o alcune tecniche ottengono buoni risultati, quindi l'oggetto della ricerca deve consistere nel confronto tra modelli di trattamento in uso. Vedo cosi un possibile protocollo di ricerca: A. Fase 1: Costituzione del gruppo di ricerca. Condivisione degli obiettivi. Fase 2: Raccolta delle tecniche che devono essere messe a confronto. Per ogni tecnica che viene messa a confronto, occorre uno "spazio" clinico nella quale è praticata, operatori praticanti disposti ad essere testati e valutati e un numero di pazienti per tecnica pari almeno a 400. Fase 3: Decisione dei parametri e dei valori di tali parametri che definiscono la riuscita del trattamento. Costruzione della cartella clinica. Fase 4: Decisione degli strumenti di valutazione (si misura il cambiamento di parametri antropometrici, fisiologici, delle cognizioni, degli atteggiamenti, delle informazioni, della motivazione, ecc), dei vari momenti di valutazione ("prima", "durante", "dopo" il trattamento…) e delle modalità di conservazione temporanea dei dati e del loro conferimento. Fase 5: (Da valutarne l'opportunità) Formazione precedente e durante la ricerca, alla tecnica oggetto della ricerca, degli operatori del gruppo sperimentale (la formazione durante la ricerca garantisce che la tecnica che si valuta sia quella che si è scelto di valutare, la formazione antecedente alla ricerca permette di includere nel gruppo sperimentale più operatori). Fase 6: Svolgimento della ricerca Fase 7: Elaborazione dei dati. Scelta delle aree di presentazione dei risultati dell'elaborazione: convegni, articoli, libri, ecc. Valutazione dell'opportunità di pubblicazione di linee guida per le specifiche situazioni cliniche incontrate nella ricerca. Valutazione dell'opportunità di proporre corsi di formazione per le tecniche testate nella ricerca.
A.12.	B. Come Gruppo Vanzo –Scaglia – Meneghini, che (assieme a Spiller) ha messo a punto L'EMME3, per il canovaccio sopra descritto, potremmo offrire oltre allo strumento per la valutazione della motivazione (l'EMME3, appunto, il cui uso concediamo liberamente senza altra condizione che avere anche noi i dati che risultano dalla sua somministrazione: a noi servono per studiare e migliorare le sue caratteristiche), anche la nostra esperienza del suo uso e delle problematiche di valutazione. L'EMME3 potrebbe essere utilizzato per indirizzare il paziente al trattamento più efficace: la valutazione della motivazione al cambiamento (in tema di corretta alimentazione e attività fisica) all'inizio di un trattamento permette, infatti, di comprendere quali sono, per quello specifico paziente, le formule di trattamento adeguate alla sua condizione motivazionale e con maggiore probabilità di successo nel farlo avanzare verso una condizione motivazionale di livello superiore. Inoltre, l'EMME3 potrebbe essere utilizzato per misurare le variazioni della motivazione al cambiamento durante un trattamento, potendo costituire, assieme ad altri indici, un indicatore di riuscita del trattamento. C. Come Gruppo Scaglia – Meneghini – Gulino (la dr.ssa Margherita Gulino è la coordinatrice del Gruppo dei Nutrizionisti che hanno partecipato alla ricerca, provenienti dai SIAN di quattro ASL, due torinesi, ASL TO5, ASL TO4, una di Alessandria, ASL AL, e una di Novara, ASL NO,) abbiamo avuto il finanziamento dalla Regione Piemonte per una ricerca sanitaria finalizzata di cui sono il responsabile. In tale ricerca abbiamo coinvolto due epidemiologi, provenienti dal Do.r.s. (Centro di documentazione dell'ASL TO3, che svolge compiti di documentazione, assistenza alla progettazione e valutazione di interventi per la promozione della salute), con competenze statistiche e sui protocolli di ricerca. La ricerca vuole verificare l'ipotesi che la motivazione della persona a modificare abitudini e stile di vita non salutari riveste un ruolo fondamentale per la realizzazione di tale cambiamento e verificare l'efficacia del counseling nutrizionale motivazionale nell'aumentare la motivazione al cambiamento di stili di vita non salutari. A questo scopo la ricerca, ha previsto un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo, l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata elaborata appositamente, l'utilizzo dell'EMME3 e di un altro test da noi costruito, il CliCo, finalizzato alla valutazione, da parte del paziente, del clima del colloquio. La ricerca è durata tre anni, è terminata nel dicembre appena passato, l'elaborazione dei risultati è in corso e al momento siamo in possesso soltanto di dati parziali. Una conclusione provvisoria (non tutte le schede sono state inserite) è che, alla fine del percorso, il gruppo sperimentale (i pazienti trattati con il counseling nutrizionale motivazionale) ha visto ridotto il peso corporeo in media di 4,45 kg (IC 95% 3,60 – 5,29),

	mentre il gruppo di controllo ha ridotto il peso in media di 3,59 kg (IC 95% 2,79 – 4,38). Questa differenza, seppur non statisticamente significativa, suggerisce una maggiore efficacia del trattamento con il counseling nutrizionale motivazionale rispetto al tradizionale percorso nutrizionale nella riduzione del peso dei pazienti. Come Gruppo Scaglia – Meneghini – Gulino, quindi, potremmo offrire la nostra esperienza, come clinici, proveniente dalla ricerca sanitaria per la Regione Piemonte di cui ho detto sopra.
B.2. **B.2.**	Progettare la ricerca dell'efficacia di indicatori di processo e di esito di percorsi diagnostico-terapeutici: **Responsabile** Ballardini, …… **Valutazione della strutturazione dei percorsi di riabilitazione nutrizionale applicati nell'approccio interdisciplinare ai disturbi dell'alimentazione.** Tipologia di studio: progetto di ricerca finalizzato alla valorizzazione di integrazione fra pratica e ricerca clinica , con l'obiettivo di ampliare la formazione e quindi la diffusione di buone pratiche nel campo della riabilitazione nutrizionale. Proponente e ideatore del progetto: Donatella Ballardini **Razionale e stato dell'arte** L'approccio interdisciplinare ai DAO viene supportato dalle principali linee guida e raccomandazioni a livello internazionale1,2,3,4 (APA, NICE, ADA, AED). Dalle evidenze scientifiche riportate dagli organismi citati emerge che l'intervento specialistico medico e nutrizionale, effettuato da medici internisti, nutrizionisti e dietisti, è un elemento primario negli approcci riabilitativi nei DAO. L'intervento nutrizionale si presenta come critico non solo in casi di sottopeso o grave obesità, ma anche in pazienti normopeso che possono essere all'interno di meccanismi disfunzionali di controllo del peso; in particolare va sottolineato che la malnutrizione acuta è un'emergenza medica e si può avere a qualunque peso corporeo, non solo nell'Anoressia Nervosa (AN). Un caso poi critico è rappresentato dai bambini e dagli adolescenti dove un danno nutrizionale non gestito o gestito in modo non tempestivo e specialistico può causare arresto dello sviluppo puberale e somatico. Lo strutturare un trattamento che escluda l'aspetto medico-nutrizionale sembrerebbe associato ad una mancata gestione di rischi legati alla salute del paziente oltre che evidenziare una malpractice nella strutturazione dell'intervento. Il rischio medico-nutrizionale non gestito, i sintomi, i comportamenti e le cognizioni disfunzionali inerenti all'area cibo-peso-corpo, non essendo specificatamente trattati si manterrebbero in qualità di fattori favorenti il mantenimento della malattia e quindi, come tali, anche come fattori di ricaduta. Nonostante venga da più parti sostenuto un intervento di riabilitazione nutrizionale, a tutt'oggi, non esistono sufficienti evidenze atte a definire le caratteristiche del modello di trattamento nutrizionale e le pratiche integrative fra approccio psicoterapico e approccio medico-nutrizionale. In particolare troviamo deficit di definizione per i protocolli nutrizionali ambulatoriali, mentre meglio supportati da manuali e procedure descritte sono i trattamenti residenziali. Va ricordato che la terapia nutrizionale rivolta ai disturbi dell'alimentazione si è sviluppata in associazione ai percorsi terapeutici interdisciplinari ad orientamento cognitivo e cognitivo-comportamentale (CT- CBT) rivolti ai DAO proprio con lo scopo di rimuovere i sintomi psico-fisici collegati alla malnutrizione o alle condotte alimentari invalidanti5. Gli approcci CBT sono stati particolarmente studiati per la Bulimia Nervosa (BN), il Binge Eating Disorder (BED) e il sovrappeso/obesità; solo per la BN è a tutt'oggi risultata molto forte un'evidenza di efficacia della CBT 6. Altre prove supportano l'utilizzo di tale approccio allo scopo di gestire il binge nel BED1, ma non vi sono prove su di un effetto positivo sul calo di peso. Ancora da pubblicare o in fase di pubblicazione sono studi conclusivi sulla CBT nell'Anoressia Nervosa (AN)7 Anche tali studi però fanno riferimento a protocolli in cui la valutazione delle componenti nutrizionali è resa difficoltosa dal fatto che queste ultime non sempre vengono chiaramente delineate; allo stesso modo non sono descritti i rapporti fra intervento psicoterapico, intervento psico-nutrizionale e terapia internistico-nutrizionale. Anche quando vengono riferiti "trattamenti multidisciplinari e interdisciplinari" sono forniti pochi dettagli sulle caratteristiche dell'intervento medico-nutrizionale. In una recente review sulla letteratura al riguardo Hart et al. (2011) 8, hanno concluso che la pratica dell'intervento nutrizionale nei DAO non è ben definita, inoltre gli autori auspicano la definizione di gold standard nelle strategie terapeutiche dei programmi nutrizionali e la realizzazione di un maggior numero di studi sull'efficacia. Se da un lato, per quanto sopra affermato, sembrano esservi molti ostacoli alla definizione di protocolli di intervento riabilitativi in campo nutrizionale nei DAO, dall'altro ne risulta incontrovertibile la necessità. E' degli anni '90 la pubblicazione di Fairburn C. G., Marcus M. D., Wilson G. T. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. (1993)9, in cui fra l'altro si sostiene che la prescrizione di un pattern di alimentazione regolare è probabilmente la procedura più efficace nel programma di trattamento. Un altro passo importante per lo sviluppo della riabilitazione nutrizionale è stato l'affiancamento delle tecniche di counselling ai contenuti nutrizionali (Herrin, 2003)10, in risposta alla necessità di potere fare acquisire capacità nella costruzione di una relazione d'aiuto a figure quali medici e dietisti. La necessità della riabilitazione nutrizionale viene inoltre avvalorata dal fatto che il ripristino di un sano assetto nutrizionale è obiettivo principe e rappresenta il pre-requisito affinché la psicoterapia possa esplicare la propria efficacia, dal momento che la terapia nutrizionale promuove il mantenimento e/o il ripristino del funzionamento cognitivo necessario per il trattamento psicoterapico

B.2.	(Rock, 2009)11. Infine anche nelle raccomandazioni al trattamento e nelle linee guida internazionali più recenti viene dato un ruolo critico agli interventi medico nutrizionali4 (AED 2011). A tutt'oggi parlare di approcci interdisciplinari, in particolare facendo riferimento alle nostre strutture e ai nostri servizi sanitari, sembra ancora avere il "sapore" di un trattamento innovativo, anche se, come sopra citato, in realtà sono più di vent'anni che la ricerca più avanzata nel campo dei DAO sostiene l'indispensabilità di tale approccio. E' quindi necessario, per favorire la diffusione e la cultura della cura nutrizionale come buona pratica, per assicurare una migliore qualità di trattamento ai malati e per migliorare la formazione degli operatori nel campo della riabilitazione nutrizionale una maggiore integrazione fra pratica e ricerca clinica. L'integrazione fra ricerca applicata e pratica clinica, ha come condizione indispensabile la strutturazione degli interventi, cioè l'applicazione di un metodo scientifico che tenga conto della descrizione delle procedure dell'intervento stesso, della sua ripetibilità, della definizione di indicatori d'efficacia e della loro valutazione: queste modalità di "gestione" dei protocolli terapeutici rappresentano una indicazione critica proprio quando non vengono identificate linee guida specifiche o queste risultano incomplete1,2. Un altro elemento che pone la necessità di ampliare gli studi è rappresentato dal fatto che sia le linee guida che gran parte della letteratura scientifica prodotta derivano principalmente dal mondo anglosassone. Ci troviamo di fronte alla necessità di una traduzione culturale sia per aspetti formali che clinici, data la diversità dei sistemi sanitari pubblici di riferimento, delle caratteristiche dei professionisti, degli iter fomativi, e probabilmente anche per diversità di natura legislativa relative alle responsabilità deontologiche; quale esempio si riporta la diversità nell'iter formativo e di responsabilità legale di figure professionali quali educatori, assistenti sociali e dietisti. Un altro elemento da prendere in considerazione quando si vogliono identificare buone pratiche di integrazione fra pratica e ricerca clinica sono le modalità con cui viene a realizzarsi l'interdisciplinarietà. La frammentazione è il rischio maggiore e la mancanza d'integrazione potrebbe lasciare spazio ad interventi casuali, basati sul "buon senso". Molteplici sono i problemi che possiamo incontrare quando l'interdisciplinarietà viene sostituita con una somma di interventi, un assemblaggio di diverse competenze integrate solo sul piano formale. **Metodologia operativa. Disegno progettuale e risultati attesi** 1° FASE: Valutazione policentrica delle caratteristiche dell'intervento nutrizionale rivolto ai DAO (AN, BN, BED, DANAS) secondo una visione trans-diagnostica e con particolare riferimento alla riabilitazione nutrizionale ambulatoriale, di day hospital e nelle terapie intensive giornaliere applicata in setting interdisciplinari, in quanto tipologie di intervento più diffuse , ma in cui risultano più carenti gli studi. Costruzione di un questionario atto alla identificazione delle equipe che applicano la riabilitazione nutrizionale secondo criteri di integrazione fra pratica e ricerca clinica. Questo questionario non entrerà nello specifico delle scelte terapeutiche o dei risultati,
B.2.	ma farà riferimento alla metodologia. Il questionario dovrà mirare all'identificazione dei seguenti criteri di buona pratica: I team devono possedere una struttura che permetta un approccio multidisciplinare e interdisciplinare da parte di specialisti in ED tra cui medici internisti e nutrizionisti, psicologi e psicoterapeuti, psichiatri, dietisti Le equipe devono produrre risultati misurabili (come criterio indispensabile), cioè avere un orientamento alla valutazione degli effetti del percorso applicato, dichiararne le caratteristiche attraverso documenti quali manuali, protocolli terapeutici, carta dei servizi ecc…. I protocolli applicati devono puntare su aspetti e problemi prioritari per la salute del paziente (rilevanza ed efficienza) Devono fare riferimento ad un solido fondamento etico (es. dichiarare le linee guida di riferimento, seguire protocolli al riguardo della privacy e del segreto professionale, consenso informato ecc..) I protocolli devono prevedere percorsi formativi interni, cioè vi deve essere possibilità di replicazione (produrre una formazione). Risultati attesi dalla 1° fase : Identificazione delle equipela cui mission sia rivolta al miglioramento e alla formazione continua, con un orientamento alla ricerca clinica, e con una strutturazione caratterizzata da un buon livello organizzativo e un interesse scientifico verso la valutazione dei propri percorsi. 2° FASE: Valutazione dei percorsi di team selezionati attraverso un secondo questionario mirante a identificare indicatori di processo e di esito con particolare riferimento ai sintomi nutrizionali dei DAO e alle metodologie di integrazione con la psicoterapia. I professionisti che si occupano di DAO dovrebbero conoscere ed avere come riferimento sia i dati scientifici che le osservazioni, i giudizi e l'esperienza clinica (cioè le conoscenze implicite) che contribuiscono alle conoscenze di base: condividere questo punto sarebbe fondamentale per una vera integrazione di ricerca e pratica clinica oltre che rappresentare il terreno per una strutturazione degli interventi12. Per un'équipe strutturare un intervento significa definire un percorso, condividerlo e verificarlo; significa cioè delineare quale strada si vuole intraprendere e percorrerla tutti assieme, definire degli indicatori d'efficacia del percorso e verificarli, descrivere chiaramente gli obiettivi e valutarne il raggiungimento. Le aree d'indagine della ricerca potranno riguardare : a. Aspetti relativi all'organizzazione del team: Definizione delle linee guida e delle raccomandazioni di riferimento.

B.2.	Organizzazione del team terapeutico, caratteristiche formative dei professionisti, definizione dei ruoli e delle pratiche d'integrazione . Verifica dell'applicazione delle procedure d'interdisciplinarietà. b)Aspetti relativi alle tecniche terapeutiche utilizzate sia relativamente al trattamento nutrizionale , al trattamento psicoterapico e alle modalità integrative. c) Aspetti relativi alla sorveglianza medica (indcatori di tempestività della valutazione e dello screening medico- nutrizionale) d)Aspetti relativi ai percorsi diagnostico-terapeutici Definizione di presa in carico, assessment, percorsi terapeutici definiti da un progetto personalizzato sul paziente : la pianificazione del trattamento deve essere diretta in maniera tempestiva e responsabile e fornire sufficienti informazioni ai pazienti e ai membri dello staff affinché essi siano a conoscenza di come procedere nel corso del trattamento. Monitoraggio degli effetti del percorso con definizione di strumenti e tempi di verifica e organizzazione della raccolta dei dati. Verifica nell'applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche sostenute da modalità costanti nel tempo; ricerca di alcuni indicatori di percorso atti verificare gli effetti prodotti sui sintomi e i comportamenti nutrizionali; Protocolli di prevenzione delle ricadute **Risultati attesi dalla 2° fase:** Identificazione e descrizione di percorsi di cura caratterizzati da buone pratiche definite da metodologie efficienti, cioè in grado di produrre i risultati desiderati. Identificazione di campi di formazione specifici per l'applicazione dei percorsi di riabilitazione nutrizionale. **Obiettivi finali** 1) Inquadrare l'approccio nutrizionale e la riabilitazione psiconutrizionale rivolta ai disturbi dell'alimentazione come una pratica promettente, cioè una tecnica o metodologia che attraverso ricerca ed esperienza, possa dare prova di condurre ai risultati desiderati configurandosi come una Best Practice provata in campo, cioè una pratica che ha dimostrato di lavorare in modo efficace e produrre risultati positivi supportati da prove soggettive e fonti di dati. 2)Organizzazione di un corso di formazione in cui le equipe coinvolte nel progetto e che abbiano attivamente partecipato alla raccolta e all'elaborazione dei dati possano fungere da formatori. Il corso potrà essere aperto alle equipee ai professionisti interessati alle metodologie emerse dallo studio. **Ricadute future** Ampliare lo studio approfondendo le tematiche d'integrazione con l'approccio psicoterapico ai fini di acquisire competenze e strategie per superare gli ostacoli esistenti nell'integrazione fra medicina e psicoterapia. In particolare ostacoli quali: Deficit di definizione e comprensione delle pratiche integrative specifiche. Confusione tra significati formali e personali di integrazione delle terapie. Scarsità di studi scientifici. Ambiguità teoriche sui fattori d'integrazione. Necessità di chiarezza sulle responsabilità deontologiche specifiche. Aspetti politico- sanitari. **BIBLIOGRAFIA** 1) APA- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2006), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (3th ed.). Washington DC: APA. 2) NICE- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004), Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders. The British Psychological Society and Gaskell, London. 3) ADA – AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (2006), Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders. J Am Diet Assoc, 106 (12), pp. 2073-82. 4) AED – ACADEMY FOR EATING DISORDERS (2011), Eating Disorders. Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care patients with Eating Disorders. Report, 2nd ed. AED. 5) BALLARDINI D., SCHUMANN R. (2011) La riabilitazione psiconutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Roma: Carocci ed. 6) TREASURE J., CLAUDINO A. M., ZUCKER N. (2010), Eating Disorders. Lancet, 375 (9714), pp. 583-93. 7) FAIRBURN C. G. (2008), Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press. 8) HART S., RUSSELL J., ABRAHAM S. (2011), Nutrition and Dietetic Practice in Eating Disorder Management. J Hum Nutr Diet, 24, pp. 144-53. 9) FAIRBURN C. G., MARCUS M. D., WILSON G. T. (1993), Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating and Bulimia Nervosa: A Comprehensive Treatment Manual. In: C. G. FAIRBURN, G. T. WILSON, Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. New York: Guildford Press, pp. 361-404 10) HERRIN M. (2003), Nutrition Counselling in the Treatment of Eating Disorders. New York: Brunner Routledge. 11) ROCK C. L. (2009), Nutritional Rehabilitation. In: C. Grilo, J. E. Mitchell, The Treatment of Eating Disorders. New York: Guilford Press, pp. 187-97. 12) DONOVAN M. S., BRANSFORD J. D., PELLEGRINO, J. W. (2007), How People Learn; Bridging Research and Practice, Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington

	dc: National Academy Press.
B.3.b	**Prevenzione e Terapia Obesità dell'Età Evolutiva** **Responsabili** Tarrini, Tanas, ……
B.3.b.1.	**B.3.b.1.** **Gruppo si Studio Nazionale con cooptazione di Pediatri e Adolescentologi:** **Promotore Melchionda** **Metodologia Operativa:** Coinvolgere i Presidenti di tutte le Società Scientifiche (SISDCA, SIMA, SIGP, ANDID, ANSISA, SIP, ecc). La difficoltà è estrema per cui è necessario procedere per gradi attraverso anche conoscenze personali, telefonate esplicative, amicizie, ecc). **Obiettivi Specifici:** Promozione di una Riunione di Presidenti **Risultati Attesi:** SISDCA, ANSISA, SIEDP, SIMA, ANDID, SIGA **Obiettivo Finale:** Tutte le Società fino ad ora non complicanti (SID, SIE, SIP) **Compattazione con D.3.** http://www.repubblica.it/economia/2011/12/30/news/tassa sui junk food quanto ci costano all italia gli costano gli obesi-27402176/?ref=HREC1-5 Obesi in Italia oltre i 5 milioni per un costo di 8 miliardi Il governo italiano pensa a tassare il cibo spazzatura, come la Francia e gli Stati Uniti. Tutti i numeri di un'emergenza che potrà solo peggiorare. Con il nostro Paese maglia nera in Europa per bambini obesi di GIULIA SANTERINI, Repubblica 30 Dicembre **TASSA sul junk food** sì, tassa no. Mentre il Ministero della Salute precisa che per finanziare la Sanità (pare, la costruzione di nuovi ospedali) non c'è ancora alcuna tassa sul cibo spazzatura, ma solo una "bozza in vista del nuovo Patto per la salute da concordare con le Regioni", nascono due domande: quanti obesi abbiamo in Italia e quanto ci costano? L'ultimo studio 1condotto dalla Scuola Superiore Sant'anna di Pisa parla di obesi in età adulta pari al 10% della popolazione, poco meno di 5 milioni di persone. Per un costo sociale annuo di 8,3 miliardi, pari circa al 6,7% della spesa pubblica in cure mediche soprattutto per malattie cardiovascolari e diabete, ma anche per dietologi e psicologi (negli Usa il costo dell'obesità per lo Stato tocca il 9% della spesa medica complessiva, 147 miliardi di dollari). Un prezzo che senza qualche intervento (o qualche tassa) non potrà che peggiorare: nel 2025 è previsto un tasso di obesità negli adulti che arriverà al 43%. **Secondo lo studio più ampio mai svolto dalla commissione europea Idefics 2(Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS; Identificazione e prevenzione di effetti dietetici e stile di via indotti in giovani e bambini**) su 16mila bambini per due anni, l'Italia registra il primato di obesi nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni. E nel Belpaese l'aumento dell'obesità infantile segna un +2,5% ogni 5 anni. Le abitudini alimentari vanno avvicinandosi a quelle del Nord Europa, ma la stessa cosa non avviene per l'attitudine sportiva dei ragazzi. La notizia peggiora se sommata agli articoli di Lancet che denunciano un quoziente d'intelligenza più basso e una probabilità di depressione più alta per i bambini ciccioni. Fin qui l'obesità. Se allarghiamo il raggio a bambini e adulti in sovrappeso le cifre lievitano: già al congresso europeo sull'obesità di Ginevra del 2008 in Italia il sovrappeso riguardava il 42,4% dei maschi e il 26,6% delle femmine. **Che il cibo spazzatura abbia una parte in questi numeri è certo.** L'America, il 30,6% della popolazione di obesi americani, insegnano. E la scienza conferma. Stiamo parlando di cibi ad alto contenuto di calorie e di zuccheri come hamburger, patatine, bibite gassate, soft drink, merendine farcite e non, in generale quegli alimenti che apportano all'organismo calorie "vuote", che cioè non portano benefici nutrizionali. Per capire, confrontiamo una lattina di bevanda dolce gassata con una mela: in entrambi i casi ci sono 100 calorie di zuccheri semplici, ma nel primo non c'è altro, mentre nel secondo arrivano all'organismo vitamine, minerali e fibra alimentare. Ecco, questo cibo di zuccheri "vuoti" solletica di più i neuroni della gratificazione. E dà assuefazione. Esemplare lo studio pubblicato da Nature Neuroscience 3l'anno scorso, sui topolini dello Scripps Research Institue in Florida. Dopo un mese e mezzo di dieta a base di bacon, salsicce, torte e cioccolato, iniziavano a comportarsi come veri e proprio drogati: mangiavano in continuazione e volevano alzare la dose. Cosa succedeva? **Il piacere da cibo si trasmette attraverso il neurotrasmettitore della dopamina. Quando c'è sempre più dopamina in circolo, il cervello diminuisce il numero dei recettori. Ed ecco che devi alzare la dose di cibo spazzatura per averne lo stesso piacere di prima. Fin qui la parte della chimica. Poi nell'obesità ci sono le cause ambientali e le cattive abitudini, certo.** VIDEOINTERVISTA Gli Stati Uniti che hanno inventato il junk food, ora gli fanno guerra. A San Francisco sono vietati gli Happy Meal 5, i regalini che accompagnano i menù speciali per i bimbi (per i quali il tetto di calore da raggiungere è fissato a 600). A New York il sindaco Bloomberg mette una tassa sulle bibite gassate 6, la "soda tax". E diversi Stati d'oltreoceano hanno messo tasse sulle bibite e le caramelle nelle scuole, per dissuadere gli alunni dall'acquisto di prodotti più costosi. Gli Obama zappano l'orto della Casa Bianca sotto i fotografi e invitano il nostro Carlo Petrini, l'ideatore di Slow Food, a spiegare la ricetta del mangiar bene agli americani. Ma anche in Europa qualcosa si muove. La Francia, dove la spesa per le cure all'obesità è arrivata all'8%, poco più che in Italia, mette a punto la "sarkoslim", una tassa su snack troppo grassi, troppo salati e troppo dolci attraverso un aumento graduale dell'Iva

B.3.b.2.	dal 5,5 al 19% 7. In cambio dovrebbe essere ridotta l'Iva su frutta e verdura. In Gran Bretagna il governo vieta la pubblicità delle merendine su tv e carta stampata. E in Italia? Si invitano gli italiani a boicottare merendine grassi e bibite gassate. Qualche comune lancia la biomerendina e la frutta a scuola. Qualcuno, a scuola, vieta di portare cibo da casa. Forse una tassa Balduzzi sul cibo spazzatura non sarebbe una cattiva idea. Più entrate e meno uscite per le Regioni. E, forse, più salute per tutti. **B.3.b.2.** **Responsabile Tanas** **Formazione dei PLS per la prevenzione e terapia del soprappeso e obesità in età evolutiva con l'Educazione Terapeutica.** Collaborazioni concordate Pediatria di LS Napoli Dott Limauro Progetto Regionale presentato 2011 per la attuazione di 2 corsi di formazione da 2 gg per 19 max PLS per volta e presa in carico per 2 anni di tutti gli assistiti sovrappeso e obesi e prevenzione nel 3° aa di vita dei PLS formati e di un uguale gruppo di controllo. Costo 50E/aa per assistito. PLS Dott Brambilla di Milano 2 Percorso di Formazione già completato 2010-11 e successiva presa in carico finanziata del 20% dei loro assistiti con patologia cronica. Progetto Regionale Umbria inserito nel PSR 2010-2012 comprendente Formazione dei PLS con 2 corsi di 2 giorni a Perugia e Terni e successiva presa i carico dei loro assistiti. La Regione ha offerto 1 Bilancio di salute in più a 6 aa. Dott.ssa Moro Beatrice PH Padova organizzazione di un corso 2012 per i pediatri del consultorio che fanno un ambulatorio dedicato Contatti con Presidente SIEDP Bertelloni, SIMA Cappa e Radetti e Vice presidente SIP Corsello …… 1. Whitlock EP, O'Connor EA,Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. Pediatrics. 2010;125(2):e396-e418. 2. Taveras EM, Gortmaker SL, Hohman KH, Horan CM, Kleinman KP, Mitchell K, Price S, Prosser LA, Rifas-Shiman SL, Gillman MW. Randomized controlled trial to improve care to prevent and manage childhood obesity: the High Five for Kids study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Aug;165(8):714-22. Epub 2011 Apr 4. 3. Díaz RG, Esparza-Romero J,Moya-Camarena SY, Robles-Sardı´n AE, ValenciaME. Lifestyle intervention in care settings improves parameters among Mexican youth. J Am Diet Assoc. 2010;110(2):285-290. 4. Wald ER, Moyer SC, Eickhoff J, Ewing LJ. Treating childhood obesity in primary care. Clin Pediatr (Phila). 2011 Nov;50(11):1010-7. Epub 2011 Jun 6. 5. Tanas R, Caggese G, Rossato E, Limauro R, Marcolongo R. Frustrazione e dipendenza o empowerment. Medico e Bambino 2011;1: 13-4 6. Limauro R, Gallo P, Tanas R, Marcolongo R, Mazza F. Educazione terapeutica familiare per obesità e sograppeso in età evolutiva: ovvero, è possibile affrontare il problema in un altro modo? Il Medico Pediatra 2008;7:118-9 7. Tanas R,Caggese G, Rossato E, Desiderio E, Limauro R, Marcolongo R. Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità. Medico e Bambino pagine elettroniche 2010; 13(8) http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1008_10.html 8. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. BMC Pediatr. 2007 Oct 22;7(1):3. 9. Tanas R, Pedretti S, Gilli G, Gagnayre R, Marcolongo R,.Evaluation clinique d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur les familles d'enfants et d'adolescents obèses ou en surpoids In press su Educ Ther Patient 2011;3(2):S111-S120
B.3.b.3.	**B.3.b.3.** **Proseguire la metodologia utilizzata per il Progetto PRIORITA' di Imola con la sponsorizzazione di INSALUTE (vedi sito nel Menù SISDCA: www.dca-disturbialimentari.org)** Responsabile Tarrini Vedi: L'Obesità in Età evolutiva. Valutazione critica dei documenti rilasciati dalla Comunità Scientifica Internazionale e risultati preliminari del Progetto "Priorità" di Imola, Tarrini G e Coll, DIABO. 2011) Vedi sito < http://diabo2011.weebly.com/23.html > vedi sito < http://diabo2011.weebly.com/263.html > **Obiettivo:** Strutturare modelli di intervento basati sulla famiglia **Risutati attesi:** Amplificare la motivazione per l'arruolamento delle famiglie (genitori e nonni) da parte dei PLS e amplificare la motivazioni delle famiglie per seguire corsi di formazione per il cambiamento degli stili di vita dannosi per la salute. **Collaborazione** auspicabile: B.3.b La compliance dei genitori nel Progetto "PRIORITA'"di Imola: Prevenzione e trattamento dell'Obesità in Età Evolutiva. Occorre Amplificare la Motivazione (AM) nelle diverse fasi del percorso terapeutico Tarrini G, Ehrlich S, Degli Esposti L, Zanetti C, Melchionda N **Premesse.** L'obesità è diventato il più importante problema delle salute delle società occidentali. Di particolare interesse è l'obesità

B.3.b.3.	in età evolutiva per l'impatto a lungo termine delle sue complicanze e per la possibilità di una più facile prevenzione. L'intervento in età evolutiva rappresenta una delle più rilevanti priorità per la salute pubblica, della medicina clinica e della "public policy". Lo scopo di questo lavoro è stato quello di verificare i Risultati di Processo nel Follow up (RPF) a breve termine e di esito (mesi) e di esito (anni) in una corte di famiglie con figli in soprappeso e obesi della Città di Imola. E' stato disegnato il progetto PRIORITA' "Progetto di Insalute per l'Obesità e Relativo Intervento di Prevenzione e di Trattamento d'Avanguardia per i giovani della Città di Imola", un modello di intervento familiare integrato, multicomponente, multiprofessionale e multidisciplinare. Questo progetto nasce dalla collaborazione con Insalute, una ONLUS che si definisce come "Centro Studi e Formazione Sociale di Prevenzione ed educazione sanitaria per la promozione di stili di vita salutari (http://www.insalute.info/)". Il Consiglio Direttivo di Insalute è stato sensibilizzato a sottoscrivere il progetto PRIORITA' con un budget per pagare le spese di impianto e di intervento. **Materiali, metodi e casistica.** Per progettare il modello di intervento sono stati consultati i più importanti documenti della letteratura degli ultimi 5 anni (1,2,3,4). Nonostante sia chiaro che per ottenere risultati significativi occorre coinvolgere tutta la filiera sanitaria (scuola, industria, media, amministrazioni, ecc.) ci siamo limitati a considerare solo le raccomandazioni indirizzate ai Professionisti, per ragioni legate alle risorse. Quindi questo studio deve essere considerato un progetto pilota disegnato in 4 Fasi (F). 1°F: riunione con 12 Pediatri di Libera Scelta (PLS) con l'obiettivo di Amplificare la Motivazione (AM) dei genitori di soggetti obesi per la presenza ad una Conferenza Motivazionale (CM) rivolta solo ai genitori. 2°F: organizzazione di una CM con l'obiettivo di AM dei genitori per l'adesione alla 3°F. 3°F: Educazione Terapeutica Nutrizionale (ETN) strutturata in 4 Sessioni di Lavoro di Gruppo (SLG) di 2 ore mirata a due obiettivi: 1. Verifica della ricaduta della ETN rivolta ai genitori sul peso dei figli e 2. AM a sottoscrivere il percorso della 4°F. Nella 1°SLG sono state date le istruzioni per la compilazione di un modello di valutazione dell'alimentazione retrospettiva, il questionario QMV: Quanto Mangio Veramente (5). Sono state consegnate le tavole dei percentili e le relative istruzioni per verificare l'evoluzione del BMI dal tempo 0 al follow up di almeno 2 anni e una scheda per la autocompilazione del peso e dell'altezza di tutti i componenti della famiglia. Nella 2°SLG sono state date le istruzioni per l'uso della Piramide Alimentare (INRAN, 2005) col duplice scopo di valutazione dell'alimentazione corrente e di poter dare anche indirizzi di scelta delle diverse categorie di alimenti e delle relative porzioni consigliate. Nella 3°SLG sono stati dati gli elementi generali del bilancio energetico e dei benefici dell'attività fisica. Nella 4°SLG è stata fatta una verifica dell'apprendimento relativo alla ETN ed è stato affrontato il problema dell'immagine corporea e degli effetti della restrizione dietetica. Alla fine della 4°SLG della 3°F è stata prospettato il percorso della 4°F: 10 sessioni di lavoro di gruppo: 4 SLG di ETN per i genitori col target rivolto ai figli, 2 SLG per implementare l'attività fisica di base solo per genitori col target rivolto ai figli e 4 SLG solo per i genitori per affrontate tematiche inerenti ad aspetti psicologici legati all'alimentazione. Il costo delle 10 SLG è stato stimato 400 euro (con un contributo di Insalute di 200 euro). L'arruolamento per la 4°F è stato fatto via e-mail dopo 1 mese dalla fine della 3°F. Infine è stato programmato il 1° Remind di Controllo nel Follow up (RCF) a 6 mesi e 1 anno per rinforzare la ETN e per verificare eventuali RPF sul peso dei figli. **Risultati di Processo.** 1. RP-1°F: i 12 PLS hanno AM col risultato di avere 46 genitori alla CM della 2°F e hanno dato l'adesione alla 3°F di 36 genitori (78.2%). 2. RP-3°F: alla 1°SLG della 3°F si sono presentati solo 25 genitori (69.4% e rispettivamente 54.3%). Tutti i genitori hanno completato la 3°F. 3. RP-4°F: 10 genitori non hanno accettato il percorso della 4°F adducendo la mancanza di tempo, 8 genitori non hanno accettato per problemi economici nonostante il contributo di Insalute, 8 genitori non hanno accettato per il rifiuto dei loro figli adolescenti. 4. RP-1°RCF dopo 6 mesi: si sono presentati tutti i genitori che hanno portato le schede di rilevamento dell'altezza e del peso: il 60% ha migliorato il percentile, nel 20% il percentile è rimasto stazionario, nel 20% il percentile è aumentato. 5. RP2°RCF dopo 1 anno: alla presentazione in Novembre si porteranno i dati. **Discussione:** dai dati preliminari emerge che la compliance alla 3°F per la ETN riservata ai genitori supera di poco il 50% (25 genitori su 46). Questo significa che bisogna AM dei PLS per ottenere un maggior numero di genitori che porta a termine la ETN a loro riservata. I genitori che iniziano la 3°F completano il percorso al 100%: questo significa che la metodologia di lavoro produce un buon risultato relativamente alle presenze dei genitori. Tuttavia questa 3°F non è sufficiente per ottenere la compliance alla 4°F che ha come target i figli e che si articola con la proposta di 10 SLG. Questo significa che bisogna AM nella 3°F per ottenere la compliance di adesione alla 4°F che ha come target i figli. Infine si deve considerare che la 3°F produce anche risultati di esito perché modifica il trend dei percentili dei figli nel primi 6 mesi. Conclusioni. Bisogna trovare risorse per AM almeno a tre livelli. L° livello: è quello della 1°F che si rivolge ai PLG per arruolare i genitori di soggetti obesi ad essere presenti alla CM. I 12 PLS coinvolti non sono stati sufficientemente motivati poichè si sono presentati alla CM solo 46 genitori, una percentuale molto bassa considerando i dati epidemiologici. 2° livello: è quello che si rivolge ai genitori di soggetti obesi con la CM per l'adesione alla 3°F che permette di "somministrare" la ETN. Anche in questo caso la sola CM non è sufficiente poiché hanno completato la 3°F solo il 50%). 3° livello: è quello della 3°F. Bastano 4 SLG per ottenere risultati di esito indirettamente sul peso dei figli ma non bastano per ottenere la compliance necessaria per sottoscrivere la 4°F. Questa si deve considerare necessaria per ottenere migliori risultati si esito sul peso dei figli. Un intervento suggerito dall'American Heart Association è quello della volontà politica/sostegno "le spese devono essere rimborsate" (3).

	Bibliografia. 1. August GP e Coll (2008) Prevention and treatment of pediatric patients: an endocrine society clinical practice guideline based on experts opinion. Clin Endocrinol Metab 93, 4576-99. 2. American Dietetic Association (ADA (2006) Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. J Am Diet Assoc 106, 925-45. 3. Daniels SR e Coll (2009) American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Report Circulation 119, 2114-23. 4. Luttikhuis OH e Coll (2009) Interventions for treating obesity in children. Cochrane Database Syst Rev CD001872. 5. Tarrini G, Di Domizio S, Rossini R, Romano A, Marchesini G, Melchionda N (2006) "Quanto Mangio Veramente" Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo 26, 48-53
B.3.b.4.	**B.3.b.4.** **PRIORITA' 2 o ETAF: Educazione Terapeutica e Attività motoria Familiari per curare l'Obesità in età evolutiva** **Responsabile Tanas** Premesse Dato che il problema obesità si è rilevato un problema di difficile gestione sia da parte del singolo professionista che di team di professionisti, per gestirlo con efficacia occorre migliorare le tecniche di approccio ed istituire nuove profonde alleanze metodologiche fra i professionisti coinvolti (1-4). L'attività motoria è ormai considerata la chiave di successo di ogni progetto di stile di vita sano pertanto questo progetto cerca di coniugare le 3 facce della medaglia: educazione familiare sullo stile di vita sano (ETF), educazione alimentare e attività motoria, già sperimentate ed in corso di implementazione (5-8). Obiettivo ripetere uno studio già condotto e pubblicato in Islanda su un piccolo gruppo di obesi severi (9) e dimostrare che si può ottenere molto anche investendo relativamente poco, ma bene. 3. Metodologia Il progetto di ricerca è costituito da 2 tempi A) Incontro motivazionale con PLS di …… per sensibilizzare e arruolare 20 PLS e uniformare le metodiche di selezione e controllo periodico successivo anche per il gruppo di controllo per reclutare 2 gruppi di 100 bambini e adolescenti di 6-11 aa con obesità idiopatica (BMI >95 pc, senza causa organica) e randomizzare i 50 da arruolare a un programma terapeutico familiare ETF e il gruppo di controllo soltanto da pesare e misurare ogni 6 mesi e dare Questionari QV e stato sociale all'inizio e dopo 2 anni. In alternativa proposta di progetto ad una scuola per l'avvio di un progetto scolastico di prevenzione secondaria. B) ETF è costituito da 1 visita iniziale fondata sui principi del colloquio di motivazione per rilevare peso, statura, circonferenza vita (CV), pressione arteriosa (PA) e BMI e patologie metaboliche dei genitori. Questionario QV e stato sociale 2 percorsi educativo-formativi, con pediatra specialista, dietologo, psicologo e insegnante di educazione fisica (EF), di sabato mattina della durata 4 ore per genitori e adolescenti e momenti di gioco per i bambini sullo schema del lavoro di Coppins (9). 2 h / settimana di attività motoria dedicata, organizzata con una palestra ed operatori formati per 1 anno rivolta ai bambini e aperta anche ai loro genitori. 4 visite di controllo (anche dal PLS) ogni 6 mesi per 2 anni con antropometria per bambini e genitori, CV e PA. 4. Obiettivi specifici Indicatori di esito andamento prima e dopo 2 anni del BMI z score secondo WHO (riduzione del BMI zscore >0,20) e BMI % e CV/H e PA. BMI dei genitori almeno stabile. 5. Risultati attesi Riduzione del numero di obesi e del grado di ecc ponderale della popolazione di bambini e genitori nel gruppo di studio vs quello di controllo dopo 2 anni dall'arruolamento 6. Obiettivo Finale Motivazione dei PLS e di un gruppo di EF alla formazione all'ETF per il trattamento autonomo dei loro pazienti e la programmazione della loro formazione (7,8,10). Whitlock EP, O'Connor EA,Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. Pediatrics. 2010;125(2):e396-e418. Taveras EM, Gortmaker SL, Hohman KH, Horan CM, Kleinman KP, Mitchell K, Price S, Prosser LA, Rifas-Shiman SL, Gillman MW. Randomized controlled trial to improve primary care to prevent and manage childhood obesity: the High Five for Kids study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Aug;165(8):714-22. Epub 2011 Apr 4. Díaz RG, Esparza-Romero J,Moya-Camarena SY, Robles-Sardı´n AE, ValenciaME. Lifestyle intervention in primary care settings improves obesity parameters among Mexican youth. J Am Diet Assoc. 2010;110(2):285-290. Wald ER, Moyer SC, Eickhoff J, Ewing LJ. Treating childhood obesity in primary care. Clin Pediatr (Phila). 2011 Nov;50(11):1010-7. Epub 2011 Jun 6. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. BMC Pediatr. 2007 Oct 22;7(1):33 Tanas R, Pedretti S, Gilli G, Gagnayre R, Marcolongo R. Evaluation clinique d'un programme d'éducation thérapeutique centré sur les familles d'enfants et d'adolescents obèses ou en surpoids In press su Educ Ther Patient 2011;3(2):S111-S120 Tanas R,Caggese G, Rossato E, Desiderio E, Limauro R, Marcolongo R. Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità. Medico e Bambino pagine elettroniche 2010; 13(8) http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1008_10.html
S.3.b.4	

	Tanas R,Caggese G, Rossato E, Limauro R, Marcolongo R. Frustrazione e dipendenza o empowerment. Medico e Bambino 2011;1: 13-4 Coppins DF, Margetts BM, Fa JL, Brown M, Garrett F, Huelin S. Effectiveness of a multi-disciplinary family-based programme for treating childhood obesity (the Family Project). Eur J Clin Nutr. 2011 Aug;65(8):903-9. Limauro R, Gallo P,Cioffi L, Tanas R, Marcolongo R, Mazza F. Educazione terapeutica familiare per obesità e sovrappeso in età evolutiva: ovvero, è possibile affrontare il problema in un altro modo? Il Medico Pediatra 2008;7:118-9
B.3.a. **B.3.a.**	**Progetto Multicentrico Nazionale (Vedi Appendice 1)** **Valutazione della motivazione al cambiamento di stili di vita per la salute in soggetti con Obesità Omeostatica e Obesità BED.** Sono stati sviluppatiquestionari (Progetto EMME3) per valutare la motivazione al cambiamento verso una sana alimentazione ed uno stile di vita attivo (Mediterr J Nutr Metab (2009) 2:41-47. Assessing motivation toward healthy nutrition and regular physical activity.Validation of two sets of instruments. Spiller V, Scaglia M, Meneghini s, Vanzo A) Sito: < http://www.venetonutrizione.it/site/index.php/motivazione > e cliccare menu a sn Progetto Emme3 L'utilizzo di questi strumenti può essere di aiuto nell'orientamento del professionista per la programmazione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di interventi centrati sulle caratteristiche motivazionali dei pazienti/utenti con l'obbiettivo di: - migliorare la qualità, appropriatezza ed efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale individuale e di gruppo; - favorire un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici. **Responsabili:** Vanzo-Donini, Ballardini, Gravina, Luxardi, Manzato, Meneghini, Prosperi, Renna, Scaglia, Tarrini **Obiettivo Finale:** Diffondere la metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento con test nel contesto nazionale (EMME3) e sviluppare abilità professionali per attuare interventi appropriati ed efficaci nell'area della promozione della salute e del counseling per motivare all'adozione consapevole di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo. **Obiettivo Specifico 1:** Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete in ambito pluriprofessionale ed intersettoriale ai fini della pianificazione, realizzazione e valutazione condivisa degli interventi di counseling motivazionale per la promozione di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo nei diversi contesti. **Obiettivo Specifico 2:** Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, mediante questionari validati e con nuove metodiche di utilizzo via web, da parte di operatori che lavorano in vari setting di comunità e assistenziali (prevenzione, clinica, assistenza primaria, sia a livello individuale che di gruppo) al fine di programmare interventi adeguati allo stadio motivazionale, effettuare valutazioni in progress del trattamento, con ricadute sull'appropriatezza ed efficacia degli interventi di counseling. **Obiettivo Specifico 3:** Realizzare la valutazione delle ricadute del percorso formativo, sia in termini di processo, di abilità acquisite e di applicabilità della metodologia nei diversi contesti di comunità e assistenziali, sia in termini di efficacia degli interventi individuali e di gruppo attuati. **Risultati/Prodotti Attesi e loro trasferibilità:** Il programma si caratterizza per una durata (da stabilire) le cui finalità principali sono: 5. Costituzione del gruppo di pilotaggio. 6. Definizione condivisa del percorso complessivo in relazione ai singoli bisogni e contesti di applicazione. 7. Definizione modalità di valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di counseling motivazionale per una corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo utilizzando disegni di ricerca pre e post intervento e tenendo conto di indicatori di processo e di risultato sia soggettivi che oggettivi. 8. Definizione percorsi di formazione finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento **Criteri e Indicatori per la verifica dei risultati raggiunti:** 1. Evidenza della costituzione del gruppo di pilotaggio 2. Evidenza della definizione condivisa del percorso complessivo da parte del gruppo di pilotaggio con definizione obbiettivi 3. Definizione standard di adesione per gli operatori 4. Piattaforma web attiva mediante la quale effettuare la valutazione on line della motivazione al cambiamento da parte dei centri e degli operatori interessati 5. Numero di soggetti iscritti alla piattaforma web per l'implementazione dei test di valutazione della motivazione al cambiamento 6. Numero di soggetti raggiunti dalla formazione sul counseling motivazionale, sulla valutazione della motivazione al cambiamento e sull'utilizzo dei test di valutazione della motivazione al cambiamento (EMME3). 7. Realizzazione di attività di tutoraggio rivolte ai soggetti che hanno partecipato al percorso formativo. 8. Rilevazione del feed-back da parte dei soggetti coinvolti sull'applicabilità della metodologia nei contesti di lavoro specifici, attraverso specifici strumenti di indagine

	9. Redazione delle raccomandazioni per una buona pratica, raccolte in una guida operativa.
B.4.b.	**Rischio Suicidario** **Responsabile Renna, Todisco** **Premesse.** I soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione si presentano spesso all'osservazione clinica con altri sintomi psicopatologici aspecifici quali ansia, ossessioni, depressione, comportamenti compulsivi, multi-impulsività, comportamenti auto-lesivi, abuso di alcool e sostanze, ecc. che, pur potendo essere conseguenza della malnutrizione, quando rilevanti o persistenti devono essere inquadrati come un disturbo psichiatrico in comorbidità. Individuare altri sintomi psicopatologici o disturbi psichiatrici contemporaneamente presenti è di fondamentale importanza in quanto questo può dare indicazioni sulla storia del soggetto, guida la scelta terapeutica, influenza la prognosi e dunque l'outcome. Il rischio di suicidio, molto alto nei soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione (SMR 23), va sempre indagato al fine di mettere in atto azioni preventive adeguate. **Metodologia Operativa.** Un campione di soggetti affetti da disturbo dell'alimentazione sarà indagato, tramite colloqui clinici, e tramite interviste strutturate e semi-strutturate al fine di valutare la sintomatologia specifica e aspecifica, la comorbidità psichiatrica di Asse I e/o II (così come previsto dal DSM IV), l'impulsività patologica, il rischio suicidario: EDI 2 (Garner, 1991);BITE (Henderson e Freeman, 1987); Body Uneasiness Test – BUT (Cuzzolaro e coll., 1999); Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1976); Symptom Checklist 90 R – SCL 90 R (Derogatis, 1976); Barratt Impulsiveness Scale 11 – BIS 11 (Barratt & Stanford, 1995); Mini-International Neuropsychiatric Interview – MINI 5.0.0 (Conti et al., 1998); Temperament and Character Inventory – TCI (Cloninger et al., 1994). L'EDI 2 è una scala di autovalutazione che consente di delineare e misurare gruppi di sintomi caratteristici dei disturbi dell'alimentazione, Ricerca della magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il corpo, e alcuni tratti psicologici rilevanti quali Inadeguatezza, Perfezionismo, Sfiducia interpersonale, Consapevolezza enterocettiva, Paura della maturità, Ascetismo, Regolazione degli impulsi, Insicurezza sociale. Il BITE è un'intervista strutturata che indaga il comportamento alimentare esplorando aree riguardanti le abbuffate, la perdita di contro sulla quantità di cibo ingerita, la solitudine e la segretezza di questo comportamento, la reazione emotiva di depressione e di senso di colpa conseguente all'abbuffata, l'uso di strategie per evitare di ingrassare, le variazioni di peso, la paura di ingrassare, l'alimentarsi in seguito a stimoli ansiosi o a depressione dell'umore, la polarizzazione del pensiero su tematiche legate al cibo. Il BUT è un questionario che consente i valutare gli atteggiamenti verso il corpo e specifiche parti e funzioni del corpo. È composto da 5 sottoscale: WP – fobia dell'aumento di peso; BIC – preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico; A; CSM – controllo compulsivo della propria immagine; D – depersonalizzazione, ovvero i vissuti di distacco e di estraneità rispetto al proprio corpo. Il BDI è una scala di valutazione per la depressione il cui punteggio complessivo è un indice di stato in quanto al soggetto si chiede, nel dare le risposte, di fare riferimento a come si è sentito nell'ultima settimana. Comprende una sottoscala cognitivo-affettiva, e una sottoscala dei sintomi somatici e prestazionali. La SCL 90 R è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Consente di individuare dieci dimensioni psicopatologiche di diverso significato: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo, Disturbi del sonno. La BIS 11 è una scala autosomministrata che valuta la presenza di impulsività, intesa come mancanza di controllo su pensieri e comportamenti. Considera tre tipi di impulsività: Impulsività Motoria, Impulsività senza Pianificazione, Impulsività. Il MINI Plus 5.0.0 è un'intervista semi-strutturata breve per i disturbi psichiatrici. Ha una struttura modulare e ogni modulo corrisponde a un'area diagnostica. Consente la diagnosi di disturbi psichiatrici di Asse I secondo il DSM IV (Episodio Depressivo Maggiore, Distimia, Episodio (Ipo)Maniacale, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Fobia Specifica, Disturbo da Somatizzazione, Ipocondria, Disturbo di Panico, Agorafobia, Fobia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo PostTraumatico da Stress, Dipendenza/ Abuso alcolico, Dipendenza/Abuso di Sostanze, Disturbi psicotici), e ha un il modulo relativo al Rischio Suicidario. Consente, inoltre, una diagnosi attuale e lifetime. Il TCI è un questionario di autovalutazione che consente di descrivere tre dimensioni della personalità dalla cui combinazione è possibile configurare i diversi disturbi di personalità previsiti dal DSM IV: la Novelty Seeking; l'Harm Avoidance; la Reward tatosiat. Queste dimensioni, insieme con la tatosiati costituiscono i 4 tratti temperamentali, mentre i 3 tratti del carattere sono costituiti dalle dimensioni Selfdirectedness, Cooperativeness, Self-transcendence. Obiettivi Specifici. Gli obiettivi specifici della ricerca risiedono nella rilevazione dell'incidenza e della qualità della comorbidità, dell'impulsività e del rischio di suicidio in soggetti affetti da disturbo dell'alimentazionem, la loro eventuale influenza sulla sintomatologia specifica, sulla prognosi e l'outcome. Risultati Attesi. I risultati attesi consistono nell'individuare più specifici profili per pazienti affetti da comorbidità e a rischio di suicidio, al fine di migliorare la capacità diagnostiche e approntare nuovi e più adeguati interventi terapeutici integrati.

B.4.b.	Obiettivo Finale. L'obiettivo finale è quello di trasferire i dati della ricerca in operatività clinica ed epidemiologica al fine di elaborare strategie utili a ottenere i migliori risultati di outcome possibili. BIBLIOGRAFIA Akiskal HS, Pinto O (1999). 'The tatosi bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV'. Psychiatr Clin No Am, 22, 517–534 American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth tatosi. APA Press, Washington, DC Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM (2007). 'Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature'. Int J of Eat Disord, 40, 293–309 Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Mitchell J, Nutzinger D, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Berrettini WH, Kaye WH (2008). 'Suicide attempts in anorexia nervosa'. Psychosomatic Medicine, 70, 378–383 De Giacomo P, Renna C, Santoni Rugiu A (2005). Manuale sui disturbi dell'alimentazione. Franco Angeli, Milano Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, Bellodi L, Mauri M, Rotondo A, Erzegovesi S, Maj M (2008). 'Self–injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity'. J of Affect Disord, 105, 285–289 Forcano L, Fernandez–Aranda F, Alvarez–Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacos M, Jimenez–Murcia S, Krug I, Mercader JM, Riesco N, Saus E, Santamaria JJ, Estivill X (2009). 'Suicide attempts in bulimia nervosa: tatosiati and psychopathological correlates'. European Psychiatry, 24, 91–97 Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB (2004). 'What predicts suicide attempts in women with eating disorders?'. Psychological Medicine, 34, 843–853 Franko DL, Keel PK (2006). 'Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications'. Clinical Psychology Review, 26, 769–782 Grilo CM (2002). 'Recent research of relationships among eating disorders and tatosiati disorders'. Curr Psychiatry Rep, 4, 18–24 Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J (1991). 'Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa'. Archives of General Psychiatry, 48, 712–718 Milos G, Spindler A, Buddeberg C, tatosi A (2003). 'Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects'. Psychotherapy and Psychosomatics, 72, 276–285 Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U (2004). 'Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects'. General Hospital Psychiatry, 26, 129–135 Miotto P, Preti A (2007). 'Eating disorders and suicide ideation: the tatosia role of depression and aggressiveness'. Compr Psychiatry 48, 218–224 Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A, Dinescu D, Ross SL, Kass AE, Franko DL, Herzog DB (2011). 'Depression and eating disorders: Treatment and tato'. J of Affect Disord, 130, 470–477 O'Briena KM, Vincent NK (2003). 'Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, tatosiat, and causal relationships'. Clinical Psychology Review, 23, 57–74 Renna C (2010). 'Multimpulsività, anedonia e rischio di suicidio'. Relazione Convegno "Anoressia, bulimia e binge eating disorder. Aggiornamenti in tema di scelta del piano terapeutico, gestione delle comorbidità psichiatriche e out come", Lecce, 2010 Renna C (2011). 'Multimpulsività, comorbidità psichiatrica e rischio di suicidio in soggetti con disturbo dell'alimentazione'. Minicorso 6° Congresso Nazionale SIS.DCA, Bologna, 2011 Renna C (2011). 'Disturbi dell'Umore e rischio di suicidio in soggetti con disturbo dell'alimentazione'. Relazione Convegno "La gestione del paziente affetto da depressione maggiore. Percorsi tra psichiatria e medicina di base", Taranto, 2011
B.4.c.	Comorbilità psichiatrica nel BED: Costituzione di un Gruppo di Studio SISDCA (regolamento in progress: Coordinatore Spera Progetto D.6.) **Responsabile** Milano, De Salvo, Prosperi **Premesse.** I pazienti affetti da DAO sovente mostrano, insieme ai caratteristici quadri disfunzionali relativi all'alimentazione, un ampio spettro di altri sintomi. Oltre a manifestazioni cliniche legate alla malnutrizione (per difetto o per eccesso) o ai fenomeni compensatori, spesso sono presenti psicopatologie di varia entità. La comorbilità dei DAO con malattie psichiatriche è talmente stringente che per il passato molti autori hanno proposto modelli etiopatogenetici comuni. **Metodologia operativa.** Le patologie di natura psichiatrica maggiormente presenti tra i pazienti con DAO sono: Depressione, ansia, comportamenti compulsivi, spunti ossessivi, difficoltà relazionali, multi-impulsività, comportamenti autolesionistici, abuso di sostanze. Oltre a Corso di Formazione per Direttore-Responsabile del Servizio per i DAO Responsabile Nizzoli con (Melchionda **Premesse:** La direzione del Servizio per i DA è il presidio cruciale per realizzare piani di trattamento multidisciplinari ed integrati all'interno di una equipe terapeutica. Senza un leader competente nessuna equipe può funzionare in modo efficace. Tuttavia i Responsabili di Servizio non hanno alcuna formazione specifica per potere assumere il ruolo. La loro impreparazione rende difficile e

B.4.c.	meno efficace il lavoro di equipe: ne risente il clima interno ma soprattutto i pazienti curati a volte da equipe caotiche, confuse o conflittuali. Gli stessi Responsabili impreparati possono subire le conseguenze della mancanza di formazione: il loro lavoro diventa ingestibile e fonte di sofferenza. Indirizzo: in armonia con le Linee-Guida più accreditate la gestione clinica dei pazienti con DAO deve essere operata da un team multidisciplinare che sappia offrire piani assistenziali personalizzati ed integrati **Metodologia Operativa:** La metodologia di insegnamento privilegia la consapevolezza, l'apprendimento diretto ed esperienziale pur pretendendo puntualità e precisione teorica. Lezioni teoriche; analisi concrete di caso; simulazioni clinico-organizzative. Il Corso diventa anche luogo di studio delle concrete realtà dei corsisti. Vengono proposti ai corsisti concreti esempi clinico-organizzativi. Struttura del Corso: L'insegnamento si svolge secondo 3 linee principali: a. Insegnamenti teorici 2) Insegnamenti teorico-pratici 3) Attività di ricerca. **Obiettivi Specifici:** Imparare a essere Leader. Gestire consapevolmente ed efficacemente l'autorità. Gestire i conflitti clinici ed interpersonali. Imparare a valorizzare le competenze dei colleghi dell'equipe. Imparare a progettare, a gestire, a valutare, a presentare i risultati, a relazionarsi in modo efficace con gli stakeholder. **Contenuti:** - Leadership; Gestione di un gruppo di lavoro; Programmazione e Valutazione; - Gestione del budget, negoziazione e revisione - Il governo clinico e i suoi strumenti - Sviluppo e impiego di indicatori di performance per la valutazione della qualità dell'assistenza - Le linee guida e documenti di technology assessment: dalla EBM/EBHC alle raccomandazioni per la pratica clinica e alle valutazioni costo-efficacia; - La definizione di standard di riferimento relativi alla capacità tecnico-funzionale e organizzativa del servizio per i DAO; - L'audit clinico - Il rischio clinico nell'assistenza ai DAO **Abilità e Competenze:** - Capacità di pianificare, implementare, facilitare e valutare i programmi assistenziali di gruppo, in quanto applicabili. - Saper funzionare come team leader efficace, motivatore, mentore, e membro del team multidisciplinare. - Promuovere un ambiente di squadra positivo, tatosiativi e rispettoso di lavoro. - Capacità di facilitare il team building; - Promuovere il morale, la motivazione e la coesione nell'equipe; - Reclutare i collaboratori - Capacità nello stabilire le priorità, organizzare il lavoro, e rispettare le scadenze. - Pianificare, gestire, monitorare, valutare, revisionare il budget di risorse strumentali, economiche ed umane; - Gestire il programma di qualità del servizio; - Promuovere la cultura del miglioramento continuo della qualità nel servizio. - Capacità di adattarsi a eventi nuovi o imprevisti; - Capacità di risolvere i problemi e di affrontarli con efficacia guidando gli altri; - Capacità nella risoluzione delle problematiche dei conflitti. - Capacità di comunicare efficacemente, sia oralmente che per iscritto, con i clienti e le loro famiglie, i colleghi, i medici e l'altro personale sanitario, sia one-to-one che in gruppo. - Capacità di lavorare efficacemente con i partner della comunità. - Competenze informatiche per gestire il sistema informativo; - Assicurare il collegamento con i servizi sanitari di base e specialistici; le comunità sociali, educative, le associazioni dei familiari. **Risultati Attesi:** Divenire un Direttore di Servizio autorevole, sicuro e performante **Obiettivo Finale:** Verifica "sul campo" delle competenze acquisite. **Durata:** il Corso ha la durata di 120 ore di aula oltre allo studio a domicilio e la preparazione dell'Elaborato finale. **Destinatari:** Alla Scuola di Specializzazione possono essere ammessi i professionisti che svolgono le funzioni di Responsabile di Team o Servizio per i DAO e i laureati in Medicina e Chirurgia, in Psicologia e in Dietologia e/o Dietistica iscritti ai rispettivi Albi professionali. **Sede del Corso:** Sede messa a disposizione da SISDCA (previ accordi) **Numero corsisti:** Il numero massimo di allievi è di 15.

	Colloquio: L'accesso alla scuola e' subordinato ad un colloquio di selezione. **Post-Corso:** SISDCA continua ad assistere i corsisti nello svolgimento futuro del tatosi di Leader fornendo supervisione, momenti annuali di formazione permanete e di richiamo ed aggiornamento delle conoscenze ed abilità. Psichiatriche sull'asse I del DSM, sono altresì possibili disturbi di personalità, con una diagnosi aggiuntiva sull'asse II. Tra i quadri clinici dei DAO il BED è quello meno caratterizzato da quadri psicopatologici peculiari. L'assessment psicopatologico nel BED è pertanto di sostanziale importanza, anche ai fini della possibile terapia. **Obiettivi specifici.** Nel BED, la condizione di alimentazione di tipo compulsivo, caratterizzata da frequenti episodi di marcata iperalimentazione con associata sensazione di perdita di controllo sul cibo, consente un introito calorico marcato che spesso, in oltre il 30 % dei casi, provoca obesità. Sicuramente le comorbilità mediche, sovrapponibile a quella dell'obesità (diabete tipo 2, insulino-resistenza, ipertensione arteriosa, dislipidemia, tatosi epatica, ecc.) sono più facilmente e frequentemente rilevabili. Le comorbilità di natura psicopatologica sono però altrettanto frequenti ed altrettanto importanti da ricercare dal clinico per l' assessment generale del paziente con binge. Nei pazienti con sintomatologia alimentare ascrivibile a BED vanno indagati e ricercati tutti quegli atteggiamenti e modalità di pensiero che coinvolgono il peso, l'immagine corporea o le manifestazioni psichiatriche, soprattutto le frequenti alterazioni affettive e dell'umore, l'ansia, l'alcolismo e l'uso di sostanze. L'attenta raccolta dell'anamnesi deve cercare di individuare nei comportamenti e nei vissuti del paziente i motivi della sua sofferenza e le aree problematiche su cui centrare la terapia. Così come per il paziente obeso, anche l'area della motivazione al cambiamento va indagata, in modo da poter impostare un trattamento più efficace. **Risultati attesi.** Sintesi dei possibili risultati di processo e dei risultati di esito Le evidenze della letteratura più recente mostrano nei pazienti con BED frequenti aspetti depressivi, ansiosi e ossessivi, insieme a notevole difficoltà al controllo egli impulsi, rendendoli molto vulnerabili all'abuso di droghe, alcool, sessualità caotica ed a atti autolesivi. Le stesse capacità di interrelazione possono essere inficiate con scarsa capacità di autonomie, introversione e perdita di autostima. Anche i disturbi personologici, di solito di tratto ma capaci di arrivare, seppur raramente, fino a veri disturbi di personalità di asse II, possono essere presenti nei pazienti BED, soprattutto per i disturbi del Cluster B, che riguardano la sfera degli impulsi. **Obiettivo finale.** Ipotesi dei risultati ottenibili dal lavoro del gruppo, le ricadute all'esterno e i suggerimenti per il prosieguo nel futuro a breve, medio e lungo termine L'assessment psicopatologico è un momento essenziale nella valutazione del paziente con binge. L'uso di strumenti psicometrici (interviste strutturate o semi-strutturate o questionari autosomministrati) può essere di notevole aiuto per indagare le manifestazioni di comorbilità psichiatrica nei pazienti BED. L'esplorazione di tutti quei fenomeni psicopatologici di stato o di tratto, che hanno la capacità di indurre o di mantenere la manifestazione comportamentale del binge, non devono essere trascurati, anche per le evidenti implicazioni di natura terapeutica, come ad esempio il possibile uso di psicofarmaci o di specifiche tecniche psicoterapeutiche.
B.12	Scaglia **Premesse** L'assenza di un modello unico accreditato di cura è una debolezza del sistema di trattamento del paziente obeso e/o con DCA che comporta difficoltà nella presentabilità scientifica delle ipotesi sulla natura dei DCA e dei sistemi di cura, nel dialogo con altri specialisti e con le Istituzioni in sede di programmazione sanitaria e nel contrastare i sistemi di cura non fondati scientificamente. Questa difficoltà è dovuta alla complessità del paziente. Si tratta di un paziente, con una patologia ad eziologia multifattoriale, che comporta la necessità di dialogo tra specialisti di natura diversa e la compresenza (con problemi di integrazione e sovrapposizione) di vari tipi di saperi e interventi: medici, psicoterapeutici, di counseling, psiconutrizionali ed educativi. *A titolo di esemplificazione della difficoltà del paziente, si può considerare la "sottocomplessità" di un ambito eziologico apparentemente unitario: quello ambientale, all'interno del quale è difficile integrare i saperi e le prassi di intervento su elementi causali che si possono fare risalire all'influsso delle credenze collettive e degli atteggiamenti socialmente dominanti, e i saperi e le prassi di intervento sugli elementi causali connessi con gli influssi della storia familiare e all'interiorizzazione dei modelli di relazione.* [1] *L'approccio categoriale suddivide le malattie appunto in categorie. L'approccio dimensionale distribuisce le malattie secondo variazioni quantitative distribuite in un continuum che va fino alla normalità. Il DSM e l'ICD hanno una strategia classificatoria categoriale che male si presta a descrivere e classificare non solo obesità o DCA ma anche casi al confine tra differenti categorie, forme ibride o atipiche e soprattutto la comorbilità.* Un altro elemento della complessità è la difficoltà di inquadramento nosologico, o meglio la refrattarietà di questa condizione patologica rispetto alla strategia classificatoria categoriale. La patologia in oggetto, invece sarebbe meglio compresa con un approccio classificatorio dimensionale. A tutt'oggi, non esiste ancora un sistema dimensionale empiricamente validato ed idoneo alle esigenze della pratica clinica. *L'approccio categoriale suddivide le malattie appunto in categorie. L'approccio dimensionale distribuisce le malattie secondo variazioni quantitative distribuite in un continuum che va fino*

B.12	*alla normalità. Il DSM e l'ICD hanno una strategia classificatoria categoriale che male si presta a descrivere e classificare non solo obesità o DCA ma anche casi al confine tra differenti categorie, forme ibride o atipiche e soprattutto la comorbilità.* Un'altra premessa della proposta è che la natura dell'obesità (ciò vale per la totalità delle entità nosologiche) sia meglio compresa non speculativamente ma agendo su di essa. Studiare come funziona ciò che è efficace nel fare migliorare il paziente permette di capire la natura del paziente e del suo disturbo. Da tali premesse discende la necessità di condurre una ricerca sui modelli di cura interdisciplinari efficaci. All'interno della ricerca trova infine spazio l'attenzione alla motivazione. **Scomposizione dell'Ipotesi/razionale di ricerca.** a. Valutare in che cosa consiste il comportamento del sistema curante. È la definizione degli indicatori di processo b. Valutare come il comportamento del sistema curante influisce sui comportamenti del paziente / valutare quali cambiamenti del paziente produce il comportamento del sistema. È la definizione della connessione processo – risultato /standard di riferimento. c. Valutare in che cosa consistano i cambiamenti- miglioramenti del paziente. È la definizione degli indicatori di risultato. a. In che cosa consiste il comportamento del sistema curante? In una azione del sistema curante (che è composto dai vari specialisti che operano con gli strumenti della loro professione). Ipotesi (brain-storming) di possibili azioni, da parte del sistema, con ruolo causale nella produzione del risultato sul paziente: empatia, biasimo, tecnicismo, autorevolezza, counseling motivazionale nutrizionale, farmaci, prescrizioni, informazioni, istruzioni, educazione, guida, teoria comune ai vari specialisti coinvolti, messa in rete degli interventi, ecc. b. Che la connessione causale processo-risultato più accreditata nella letteratura recente sia applicazione di un metodo di trattamento che tiene conto della relazione e della motivazione – aumento della motivazione nel paziente – miglioramento del paziente offre speranze per nuove forme di trattamento efficace, necessità di verifiche sperimentali e nuovi percorsi di ricerca. In tali percorsi occorrerebbe prevedere valutazioni della variazione della motivazione del paziente, del clima del colloquio (come percepito sia da parte del paziente, sia da parte dell'operatore). Occorrerebbe, infine, includere, tra gli indicatori di risultato nel paziente esaminati, anche le variazioni delle cognizioni, delle informazioni, dei valori e degli atteggiamenti, nell'idea che siano quest'ultimi i predittori della stabilizzazione dei miglioramenti conseguenti al trattamento. c. In che cosa consiste il miglioramento del paziente? Nel mutamento di parametri antropometrici, fisiologici, psicologici, ecc il cui reperimento ed elencazione costituisce sia una mappa diagnostica (quindi, ad esempio, una cartella clinica) sia un contributo decisivo nella direzione di ipotesi sulla natura del disturbo. Valutazione della qualità della vita percepita (QOL): Per una più completa valutazione degli effetti dei trattamenti, si ritiene importante inserire, nella presente ricerca, una valutazione della qualita di vita percepita. Negli ultimi 20 anni, infatti, lo studio della qualità della vita (QOL) ha assunto un ruolo di centrale importanza nella valutazione dell'efficacia degli interventi medici e sociali. (Gill T.M. e Feinstein A.R., 1994). Il concetto di QOL comprende tutti gli aspetti della vita umana, tra cui il benessere materiale, fisico, sociale, emotivo e spirituale. Poiché il mondo scientifico ha posto particolare interesse nelle misure di QOL associate agli interventi medici, il concetto globale di QOL, inteso come la somma delle esperienze umane, è stato riferito agli effetti di patologie e relativi trattamenti sul comportamento del paziente (Fletcher A.K. et al., 1992). **Metodologia Operativa:** **Fase 1:** Costituzione del gruppo di ricerca. Condivisione degli obiettivi. Creazione di una rete tra tutti i servizi di prevenzione e clinici (compresi SIAN, le cure primarie e i medici curanti) interessati alla ricerca. **Fase 2:** Censimento degli "spazi clinici" (servizio, ambulatorio, reparto, studio privato …) nei quali viene praticata la ricerca. Censimento delle tecniche che devono essere messe a confronto. Per ogni tecnica che viene messa a confronto, oltre allo "spazio clinico" nel quale è praticata, occorrono operatori praticanti disposti ad essere testati e valutati e un numero di pazienti per tecnica pari almeno a 400. **Fase 3:** Decisione dei parametri e dei valori di tali parametri che definiscono la riuscita del trattamento. Costruzione della cartella clinica. **Fase 4:** Decisione degli strumenti di valutazione applicati al paziente (per valutare il cambiamento dei parametri antropometrici, fisiologici, psicologici, ecc), degli strumenti per la valutazione del processo di trattamento, dei momenti della loro applicazione e delle modalità di conservazione temporanea dei dati e del loro conferimento. **Fase 5:** Svolgimento della ricerca. Selezione dei soggetti per la patologia in oggetto. Utilizzo del software "Progetto EMME3" (www.venetonutrizione.it) che utilizza due software che mirano a misurare la motivazione al cambiamento rispetto all'alimentazione (EMME3-AL) ed all'attività fisica (EMME3-AF). Misura di parametri antropometrici, comportamentali, motivazionali utili a valutare l'efficacia di un intervento. Misura della qualità di vita percepita (QOL) con un questionario da definire. Misura delle caratteristiche dell'intervento. Fase 6: Elaborazione dei dati. Scelta delle aree di presentazione dei risultati dell'elaborazione: convegni, articoli, libri, ecc. Valutazione dell'opportunità di pubblicazione di linee guida per le specifiche situazioni cliniche incontrate nella ricerca. Valutazione dell'opportunità di proporre corsi di formazione per le tecniche testate nella ricerca. **Obiettivi specifici raggiungibili a breve termine**

B.12	- Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete secondo un modello interdisciplinare ai fini della valutazione condivisa dei trattamenti per obesità e DCA e la per la costruzione di un modello di cura interdisciplinare efficace. - Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, mediante questionari validati e con nuove metodiche di utilizzo via web, da parte di operatori che lavorano in vari setting di comunità e assistenziali (prevenzione, clinica, assistenza primaria, sia a livello individuale che di gruppo) al fine di programmare interventi adeguati allo stadio motivazionale, effettuare valutazioni in progress del trattamento, con ricadute sull'appropriatezza ed efficacia degli interventi di counseling e dei trattamenti dell'obesità e/o con DCA. **Risultati attesi** - Costituzione del gruppo di pilotaggio - Definizione condivisa del percorso complessivo in relazione ai singoli bisogni e contesti di applicazione - Apprendimento della modalità di lavoro di rete e in team multidisciplinare - Definizione delle modalità di valutazione dell'efficacia dei trattamenti in ambito di obesità e/o con DCA e di elezione di un modello verificato efficace di trattamento in ambito di obesità e/o con DCA tenendo conto degli indicatori di processo e di risultato emersi nella ricerca. - Definizione percorsi di formazione finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento e alla pratica del counseling motivazionale - Costituzione del gruppo di pilotaggio. - Definizione percorsi di formazione, finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento e all'apprendimento di tecniche di counseling motivazionale. **Obiettivi Finali** - Censimento e valutazione dell'efficacia dei modelli di trattamento (con attenzione alle tecniche di colloquio) osservati negli "spazi clinici" della ricerca, per la cura dell'obesità e/o con DCA. - Diffusione della metodologia della valutazione dell'efficacia dei trattamenti. Costituzione di un gruppo il più allargato possibile interessato alla definizione di un modello di trattamento verificato per obesità e/con DCA. - Diffusione della metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento con test validati nel contesto nazionale (EMME3) con collegamento col Gruppo di Lavoro sull'EMME3 (vedi proposta "Ipotesi di studio multicentrico sul counseling motivazionale"). - Sviluppo e diffusione attraverso cosi di formazione, delle abilità professionali necessarie per attuare interventi appropriati ed efficaci finalizzati ad aumentare la motivazione al cambiamento e alla costruzione di una relazione empatica, con pazienti con obesità e/o con DCA. - Costruire la possibilità di un dialogo fruttuoso con le istituzioni, con la proposta di percorsi di ricerca che hanno l'esito di valutare monitorare uniformare e razionalizzare i trattamenti fornendo regole per un funzionamento d'eccellenza e con la proposta sia di protocolli terapeutici con un migliore rapporto costi-benefici), sia di corsi d'aggiornamento/formazione professionalizzanti.
AREA C	**Cappello in forma estesa di Bongiorno** **La Tore di Babele** Gli "esperti DAO" di **1° generazione** provengono da aree disciplinari eterogenee e, per quanto riguarda aspetti non propri dell'area da cui provengono, sono quasi tutti autodidatti e con curricula formativi assolutamente non sovrapponibili. Gli "esperti DAO" di **2° generazione** hanno fortemente risentito dei modelli dei loro maestri e solo occasionalmente e parzialmente li hanno sottoposti a critica e a reale integrazione con contenuti di altre discipline. La **multidisciplinarità** ritenuta, allo stato attuale, soluzione ottimale è forse solo il migliore compromesso possibile ma penso sia destinata ad essere superata, in un futuro più o meno prossimo, dalla **formazione di operatori con più ampie competenze** in tutti gli aspetti implicati nei DAO. Se non altro per meglio operare in equipe. Tra i saperi che necessitano per affrontare i DAO quello medico e nutrizionale, salve eccezioni di vera e propria ignoranza, malpractice ed omissione, sembrano essere sufficientemente condivisi e "normalizzati" e le pratiche relative sufficientemente validate e diffuse. **È la terza area genericamente psicologico-psichiatrica** da cui per altro provengono, con maggior frequenza, le figure professionali in posizione apicale nei servizi, quella in cui si può riscontrare, in un panorama nazionale e non solo, la maggior eterogeneità. Essa riguarda sia la modellistica-rappresentazione-comprensione-definizione dei DAO che gli obiettivi terapeutici, i protocolli di cura e gli strumenti di valutazione di esito. Ciò, anche in un contesto ottimale in cui un operatore singolo o un responsabile di equipe autonomo, competente e motivato alla salute dei clienti dovesse disegnare tipologie e strategie di intervento, basterebbe già a spiegare la multiformità di trattamento dei DAO. In genere, molto più realisticamente, ci dobbiamo aspettare un servizio disegnato da un responsabile burocrate, incompetente o motivato da altri interessi, con personale selezionato in funzione di variabili in cui la "competenza e la motivazione" sono più raramente

Area C	rappresentate e con una minima attenzione alla reale capacità di costruire un progetto terapeutico congruente ed armonico. Per rendere più chiaro questo concetto potremmo immaginare, nell'attuale scenario, **un'azione legale per malpractice in ambito DAO.** Potremmo facilmente comprendere l'imbarazzo dei periti e del giudice di fronte alla esiguità del consenso su ciò che è giusto e ciò che non lo è. È infatti la generalità del consenso che obbliga i professionisti in area sanitaria ad aggiornarsi ed adeguarsi a pratiche validate ed approvate dai pari, sia per poter reggere la concorrenza dei colleghi sia per mettersi al riparo da legittime richieste di risarcimento. Guardando indietro ad un recentissimo passato (Diabo) non mi pare che ci siano molte altre occasioni, al di fuori da quelle promosse dalla nostra associazione, in cui specialisti di area medica, nutrizionale e psicologico-psichiatrica **ascoltino con interesse discussioni su argomenti non specifici della propria disciplina e si trovino**, quasi senza volerlo ad integrarli nella propria formazione. Tuttavia, anche all'interno dell'associazione, l'enunciazione delle buone pratiche non è stata sufficientemente esplicita ed il consenso non adeguatamente espresso. Io credo che su alcuni punti ciò debba essere fatto. Poiché la generalità del consenso si costruisce attorno ad un nucleo forte e ritenuto attendibile di opinionisti autorevoli, questo io credo, sia il **nostro compito principale**, e la nostra forza se tale nucleo minimale di certezze sarà condivisibile per tutti i suoi componenti e se tale nucleo verrà con determinazione e coerenza diffuso capillarmente in tutte le occasioni. **In altre parole non basterà costruire cultura ma sarà necessario condividerla senza riserve e diffonderla. Ciò renderebbe non solo conveniente adeguarsi ma anche pericoloso non farlo.**
C.7.	**Contributo di Cerro da assemblare** **Premessa:** I DAO hanno spesso un andamento cronico, sono tra i disturbi psichiatrici quelli che hanno una più elevata mortalità; il consenso e la collaborazione alle cure sono sempre parziali e in qualche modo la cura è,almeno per lunghi periodi,attuata contro il reale desiderio della pz,almeno nell'anoressia. Per tutti questi motivi,gli operatori che si occupano di queste patologie sono esposti a gravi rischi di burn-out,che vanno da senso di inadeguatezza e insuccesso personale,fino a patologie vere e proprie dell'operatore. Esiste inoltre una correlazione,ben rintracciabile nell'esperienza clinica,anche se difficilmente quantificabile,tra stato di salute dell'equipe curante,e risultati nelle cure **Ipotesi di lavoro:** L'evoluzione dei modelli organizzativi e delle richieste della società,sempre più spesso impongono agli individui e ai team operativi la capacità di analizzare con sufficiente chiarezza la struttura e la cultura della propria organizzazione. In questa prospettiva va affinata l'attenzione, all'interno dell'organizzazione lavorativa,per i processi relazionali consci e inconsci,e le dinamiche in gioco nell'equipe,al fine di migliorare la comprensione e la capacità di risoluzione dei problemi. L'altro aspetto importante sarebbe quello volto ad identificare ,attraverso l'analisi di gruppi di lavoro omogenei studiati longitudinalmente mediante analisi casi,registrazione riunioni,somministrazione uongiornoo e altri strumenti,fattori di rischio e fattori protettivi nei confronti del funzionamento del gruppo di lavoro. **Obiettivi.** Una volta individuati,attraverso questo lavoro preliminare di analisi,i fattori su cui lavorare,andrebbero costruiti dei processi formativi specifici. I percorsi formativi dovrebbero articolarsi in differenti momenti e stili di apprendimento alternando lezioni teoriche,lavoro nel grande e nel piccolo gruppo,presentazioni di casi e di concrete situazioni istituzionali,esercitazioni di consulenza e diagnosi organizzativa,momenti destinati alla revisione e alla verifica dell'esperienza appresa ed altri finalizzati a favorirne l'applicazione al contesto lavorativo di provenienza. **Obiettivi finali:** L'obiettivo finale è quello di mettere a punto dei percorsi formativi,replicabili in diverse realtà,che aiutino a sviluppare quelle qualità o competenze ritenute capaci di promuovere resilienza nel gruppo di lavoro. Questi percorsi formativi potrebbero essere inseriti in un più ampio training formativo tipo master di secondo livello,sulla gestione e la cura dei DAO.
C.9. **C.9**	**Presentazione, discussione e discussione di casi clinici complessi** **Responsabile Di Pietro** **Premesse:** cosa intendiamo per Evidence Based? è sinonimo di scientifico/universale o è un concetto relativo riferito ai diversi modelli teorici a cui si fa riferimento per definire quale sia la realtà? Propendo per la seconda. Cosa è scientificamente obiettivo? solo quello che poggia sul metodo statistico? E' possibile ipotizzare diverse forme di metodo, valide e utili per la descrizione e definizione di fenomeni diversi? Il metodo cosiddetto sperimentale (Galileiano) trova significativi limiti applicativi nel campo della ricerca umana, in particolare in quella psicologica/psichiatrica: le variabili sono infinite, gli strumenti di valutazione poco affidabili, i risultati spesso contraddittori, le popolazioni esaminate insufficienti...il fluire del tempo rende difficile oggettivare l'osservazione. La riproducibilità, quindi, finisce per essere un puro assunto teorico, difficilmente realizzabile. Non esistono laboratori neutrali, ma tutto è sottoposto alla relatività dell'osservatore (umano) che studia un altro

C.9.	fenomeno (umano). Quale evidenza ne risulta? Credo che la Psichiatria (ma anche la Psicologia e, parzialmente, anche la medicina, come scienza applicata all'uomo), sia ancora in una fase PRE-scientifica (in senso galileiano-sperimentale). Nell'approcciarsi a fenomeni e problemi che coinvolgono l'uomo come sistema complesso, risulta spesso limitativo per la conoscenza utilizzare, esclusivamente, un METODO di ricerca statistico/numerico, ma risultano altrettanto validi e utili anche altri, di tipo aneddotico/descrittivo, come l'esame attento e dettagliato dei singoli casi, delle storie individuali e delle dinamiche che si possono individuare. D'altronde, non è certo un fatto nuovo che, a fianco della tendenza RIDUZIONISTICA di trasformare gli uomini in numeri, si avverta quella FENOMENOLOGICA orientata al "Verstehen", comprendere l'uomo nelle sue diversità. Una ricerca multicentrica può essere orientata verso la creazione di un database di casi clinici simili o diversi, o confrontabili o esasperatamente unici. Ovviamente e notoriamente, questo orientamento NON preclude la strada della ricerca nella direzione della "evidenza" statistica, ma, semplicemente la rende, a mio avviso, altrettanto soggettiva e NON universale; affiancabile da altri metodi di osservazioni che nella soggettività trovano la loro"evidenza" oggettiva. Nonostante le numerose perplessità che tale orientamento può suscitare come la soggettività dei risultati altrettanto stimolanti si configurano le ipotesi di ricerca. **Obiettivi:** Date come premessa critica le osservazioni precedenti (Dia 2) (da approfondire ulteriormente), vorrei proporre un gruppo di lavoro che si dia i seguenti compiti: 1- DISCUSSIONE E DEFINIZIOINE concordata di un "brogliaccio" descrittivo del caso clinico (presentazione al primo colloquio, anamnesi patologica e fisiologica, diagnosi, condizioni mediche generali, psicodinamica e quant'altro...); 2- PUNTO DI RACCOLTA (forum su PLAYDCA?) di casi clinici complessi e paradigmatici, selezionati sulla base di criteri concordati (per es.: aree problematiche, originalità clinica, difficoltà di gestione...and so on...); 3 – Elaborazione di una CATELLA CLINICA COMPUTERIZZATA (CCC)come step a medio termine: aree di interesse clinico utilizzabili a fini di assistenza e ricerca, sul modello della CIDA (Di Pietro G., Muscettola G., Bellini O., Sorge F.“Disturbi dell’Alimentazione: ipotesi per una nuova Cartella Clinica Informatizzata (CIDA-IIR) Giornale Italiano di Psicopatologia 2000; 6(2):223-239 3- REGISTRO DEI CASI (RDC), (Dia 3): progetto a lungo termine, allo scopo di seguire nel tempo l'andamento clinico; si potrebbe immaginare un RDC locale (a gestione del singolo operatore) e uno "Centralizzato" a gestione SISDCA (gruppo ad hoc). **Indicazioni operative:** 1.a FASE: a) GRUPPO PILOTA: Raccolta delle adesioni da parte di singoli operatori che fanno richiesta esplicita di partecipazione al progetto, indicando il titolo professionale, l’ambito lavorativo, la casistica più frequente con cui lavorano, il modello teorico di riferimento; b) apertura di un Forum su PLAYDCA indirizzato alla RACCOLTA E DISCUSSIONE DI CASI CLINICI COMPLESSI scelti e descritti secondo il proprio stile ma attenendosi ad un indirizzo comune che sarà via via elaborato; 2.a FASE: elaborazione di una linea guida comune per la descrizione dei casi contemplando sezioni o aree di interesse comune per la clinica e la ricerca (per es.: area anagrafica, a. sintomatica, a.diagnostica, a. medica, a.psicodinamica, a.terapeutica e altro da concordare; 3.a FASE: a) CARTELLA CLINICA COMPUTERIZZATA (CCC): individuazione di informazioni essenziali per la clinica e la ricerca da raccogliere nelle varie fasi dl rapporto di cura, da quella diagnostica a quella terapeutica a lungo termine; b) questi item, e le loro risposte saranno elaborate in un DATA BASE (File Maker) come banca dati utili e mirati per ricerche ulteriori; 4.a FASE: elaborazione di un REGISTRO DEI CASI (dapprima selezionati sulla base della complessità, ma in seguito estesi a quelli routinari) “Registro Psichiatrico dei Casi: registrazione, longitudinale e centrata sul paziente, dei contatti che una determinata popolazione ha con un insieme definito di servizi psichiatrici” (WHO, World Health Organization . Psychiatric Case Registers.Report on a Working Group. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 1983). In Italia, è stato recepito come “Progetto Obiettivo per la Salute Mentale 1998-2000” (Decreto del giugno 1999 (D.L. 229/99) in cui il Ministero assegnava alle Regioni il compito di organizzare sistemi informativi regionali. FASI OPERATIVE (Dia 4e 5) FASE 1: durata: tre mesi; costo zero (non aggiuntivi) a) GRUPPO PILOTA: Raccolta delle adesioni e descrizione dei casi da parte di singoli operatori; b) Forum su PLAYDCA; FASE 2: durata 6 mesi; costo zero linea guida comune per la descrizione dei casi
C.9.	FASE 3: durata 1 anno; costi di stampa o di programmi PC

	a) Cartella Clinica Computerizzata (CCC) b) Data Base (File Maker) FASE 4: durata 2-3 anni; costi di gestione locale e centrale Registro dei Casi per Disturbi dell'Alimentazione (RCDA) **Risultati attesi:** dal lavoro in gruppo è auspicabile che si possa proporre un modello "standard" (sempre nei limiti delle diversità individuali) da cui poter attingere dati per future ricerche. **BIBLIOGRAFIA E GRUPPI DI RIFERIMENTO (Dia 6)** World Health Organization . Psychiatric Case Registers. Report on a Working Group. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 1983. "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale 1998-2000" (Decreto del giugno 1999 (D.L. 229/99) Di Pietro G., Muscettola G., Bellini O., Sorge F."Disturbi dell'Alimentazione: ipotesi per una nuova Cartella Clinica Informatizzata (CIDA-IIR) Giornale Italiano di Psicopatologia 2000; 6(2):223-239 **(allegato full article)** Laura Grigoletti, Alberto Rossi, Grazia Zulian, Francesco Amaddeo Registri psichiatrici e geografia della salute mentale NÓOς 3:2007;177-190 (**Allegato full article in PLAYDCA Forum**) Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia clinica e Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evalutation, Università di Verona
Area D	**Spera** **Premessa.** La SISDCA è l'unica Società Scientifica che si occupa a pieno titolo (scientificità, rappresentatività, esperienza, coesione culturale e di intenti degli esponenti multidisciplinari) di Disturbi dell'Alimentazione, Obesità compresa. Il relativamente esiguo numero di soci e la ridotta visibilità rispetto al bacino epidemiologico è verosimilmente legato a: 1. I problemi, temi, argomenti oggetto dell'interesse scientifico ed assistenziale della Società, proprio per la loro appetibilità mediatica, sono oggetto di dibattiti, forum, interviste, ecc. nelle sedi più diverse e suggestive piuttosto che in quelle scientifiche. 2. L'attrattività delle Società di riferimento è forte, radicata, ma anche interessata e subdola per intuitivi motivi di ordine economico, carrieristico, ecc. 3. Manca completamente un Commissioner che sostenga e promuova la Società e le sue iniziative e che tradizionalmente, per le Società Scientifiche, è rappresentato dalle Industrie Farmaceutiche o dall'area dell'indotto delle attività assistenziali 4. All'enorme bacino potenziale di soci "utenti" non giunge evidentemente chiaro il messaggio dell'opportunità di aderire a questa Società. 5. Il progetto di business societario deve porsi come obiettivo di affrontare i singoli ostacoli all'ampliamento degli aderenti ed all'incremento di visibilità. Il razionale può essere sintetizzato in due parole: cultura e formazione. La cultura deve scendere a compromesso con quegli ambiti, anche non rigorosamente scientifici, dove però si fa comunicazione efficace e di fatto opinione: insomma rivestire di cultura vera l'opinione corrente. La formazione deve essere così disponibile, aggiornata, traslabile, garantita, accreditata e non facilmente mutuabile ad altre organizzazioni da indurre gli stessi soci e le istituzioni pubbliche e private nelle quali operano a divenire essi stessi i commissioner. La multidisciplinarietà cementata dalla lunga esperienza del comitato di promozione del progetto, lungi dall'essere un ostacolo, potrebbe essere il veicolo più potente per un messaggio capillare nella società scientifica e non solo, dell'opportunità di una corretta formazione per affrontare con successo l'emergenza sanitaria rappresentata da DA e Obesità. **Metodologia operativa.** Dopo aver definitivamente censito tutte le strutture pubbliche e private che trattano i pazienti con metodologie accreditate (incrociando i dati del censimento della Consensus 2010 di Donini, Cuzzolaro, Spera con quelli del Ministero Salute censiti dalla Commissione Dalla Ragione) è necessario individuare obiettivamente quelle di "successo", non tanto e non solo per i risultati clinici e scientifici, ma anche per individuare i motivi dell'attrattiva esercitata nei confronti degli utenti – pazienti. Questo consentirebbe la scelta di argomenti, da elaborare nell'ambito e con l'ausilio degli strumenti culturali societari (forum su PLAYDCA, aggiornamenti dalla letteratura e dal web, meeting tra esperti quali l'attuale LPS, ecc.), da utilizzare in tutti i media intercettabili. Inoltre gli argomenti, i "brand" culturali possono divenire oggetto di indagine sul territorio commissionabile ad Istituzioni pubbliche sensibili come l'ISS ovvero organizzazioni qualificate, opinion leader, quale il CENSIS. A proposito di opinion leader, i più esperti tra i rappresentanti della Società dovrebbero cimentarsi nei dibattiti sul web organizzati da siti diretti ai giovani come ad esempio quello ad essi dedicato dell'Agenzia Dire Sanità (DIRE Giovani). Nelle discussioni, dibattiti, tavole rotonde ad ogni livello vanno coinvolte e sempre alla luce della correttezza culturale, le associazioni dei parenti dei pazienti, i rappresentanti di organi politici non esclusivamente di area sanitaria, ma anche e soprattutto di aree sociali quali quelle delle pari opportunità, del welfare, della difesa di ogni categoria minoritaria. Nei convegni scientifici a qualunque livello, far intervenire anche Fondazioni, Onlus ed Associazioni. Eventuali, rari, sponsor (p.e. produttori di integratori, pasti sostitutivi, prodotti per alimentazione parenterale, ecc.) dovrebbero
Area D	

	essere utilizzati esclusivamente per campagne di sensibilizzazione alla corretta lettura del problema dei DA. Infine, ogni sforzo va fatto affinché Linee Guida, risultato di Consensus Conference che dovessero essere organizzate sotto l'egida e con l'imprimatur istituzionale di Organi quali il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore della Sanità, Agenzie di Salute Pubblica, Assessorati Regionali, ecc. abbiano come riferimento scientifico preminente la SISDCA. La formazione si esercita principalmente tramite i Master accademici per i quali è auspicabile la creazione di una "rete" nazionale secondo criteri dettagliati in altro pannello e che abbiano, tra gli argomenti trainanti le metodologie di applicazione delle linee guida validate dalla società ed operative tramite modelli che garantiscano la corretta, efficace ed ovunque analoga per entità e qualità, "presa in carico" dei pazienti da parte delle realtà assistenziali locali. Ma la formazione si esercita efficacemente anche tramite convegni come l'ultimo DIABo che va replicato all'infinito, sempre aggiornato, con periodicità non meno che annuale in tutte le sedi regionali ed ove possibile, provinciali: in breve il costo diverrebbe zero e sostenibile solo con le quote di iscrizione. La formazione di tutti gli operatori non può prescindere dall'acquisizione dei mezzi indispensabili per utilizzare uno degli strumenti oggi più efficaci per la gestione dei DA e dell'obesità quale l'Educazione Terapeutica. **Obiettivi specifici.** Tramite il correttivo culturale esercitato sull'appealing spontaneo dei temi emergenti dall'area clinica e sociale di DA e Obesità, si dovrebbe riuscire a diffondere gradualmente un messaggio mediatico identificabile con le strategie operative della SISDCA. L'offerta formativa, correttamente ed efficacemente proposta dovrebbe non solo attrarre potenziali operatori ad usufruirne, ma essere anche il mezzo per ottenere dal MIUR anche tramite il CUN, di incrementare la presenza di materie ed argomenti attinenti DA ed Obesità nei Piani di Studio dei Corsi di Laurea delle Facoltà di Medicina e delle relative Scuole di Specializzazione. Cultura e formazione, così esercitate, dovrebbero automaticamente incrementare visibilità, credibilità ed attrattività della Società. **Risultati attesi.** **A. Di processo.** 1. Rete delle strutture pubbliche e private di "successo" e loro caratteristiche qualificanti 2. Incremento di presenze qualificate nei media 3. Attivazione di indagini epidemiologiche (CENSIS?) su dati spendibili in comunicazione 4. Incremento a livello periferico (Regionale e Provinciale) di corsi e convegni SISDCA con buon rapporto qualità / prezzo (vedi DIABo) 5. Inserimento della SISDCA come riferimento scientifico di prossime eventuali Consensus Conference su DA ed Obesità 6. Connessione tra i Master nazionali su temi analoghi ed attinenti **B. Di esito** 1. Realizzazione di una rete di strutture che sotto l'egida della SISDCA applichino analoghe strategie di "presa in carico" dei pazienti sulla base di Linee Guida accreditate e condivise 2. Realizzare una rete di Master, con Piani di Studio analoghi, con obiettivi formativi nell'ambito delle patologie da DA ed Obesità e che consenta scambi di esperienze didattiche e di tirocinio pratico tra le diverse sedi 3. Inserimento dei DA e dell'Obesità in un più alto numero di Piani di Studio Universitari qualificati ed organizzati col criterio della Multidisciplinarietà 4. Posizionamento della SISDCA come referente scientifico e Didattico di tutti i precedenti Progetti di Formazione **Obiettivo finale** 1. Incremento del numero di iscritti alla Società e conseguente rafforzamento come referente dei singoli operatori, delle strutture del settore pubbliche e private e delle Istituzioni. 2. Riconoscimento, specie da parte delle Società Scientifiche di riferimento dei diversi settori culturali di provenienza dei soci, della sua autonomia, legittimità e valenza scientifica, culturale e sociale: la multidisciplinarietà è talmente imprescindibile e "specializzata" da non essere replicabile nelle singole aree specialistiche se non clonando la SISDCA, cosa che deve risultare improponibile. L'impegno, è ovvio, deve essere l'assiduità di gruppo e i risultati attesi potranno essere difficilmente raggiungibili tutti nel breve periodo, ma certamente nel medio e rafforzabili nel lungo.

4. ORGANIGRAMMA DELLA SOCIETA'

Pannello 11. ORGANI SISDCA	AREE LPS	COMPONENTI
CDNR: Consiglio Direttivo Nazionale Ristretto: 15 Membri con diritto di voto per approvazione dei Verbali 3 Past President (PP) e Soci Onorari (SO) senza diritto di voto Segretaria Nazionale (SN) Referente Archivio Soci (RAN) Web Master (WM)	Approvazione Verbali	Ballardini Donatella, Bosello Ottavio (PP e SO), Bongiorno Antonio, Cerro Pierfabrizio, Cuzzolaro Massimo (SO), Di Pietro Giancarlo, Donini Lorenzo, Gravina Giovanni, Guidi Lisa, Lanzarone Cristina, Manara Fausto (SO), Manzato Emilia, Manzi Sabato Antonio, Melchionda Nazario, Milano Walter, Prosperi Enrico, Spera Giovanni, Tarrini Giulietta (RAN), Zanetti Chiara (WM)
CDNA: Allargato ai Presidenti Sezioni Regionali e al Coordinatore CED senza diritto di voto	Funzioni Consultive	Desalvo Concetta, Distani Marinella, Jacoangeli Fabrizio, Renna Caterina, Todisco Patrizia, Nizzoli Umberto
CDNE: Allargato a Esperti Esterni	Funzioni di expertise	Capezzali Daniela, Bertelloni Silvano, Castelnuovo Gianluca, Cuzzocrea Francesca, Dalle Grave, Guerri Andrea, Gagliardini Carla, Meneghini Stefania, Scaglia Maurizio, Schumann Romana, Tanas Rita, Tridenti Gabriele, Vanzo Angiola, Gnessi Lucio, Molinari Enrico, Notarbartolo Lucrezia, Ruggiero Giovanni M
Presidente e Ufficio di Presidenza: Art. 13,14 Preparazione ODG Riunioni	Convocazione CDNR	Melchionda, Donini, Bosello, Gravina, Tarrini, Ballardini, Zanetti
CDFS: Comitato Didattico e Formazione SISDCA Coordinatore Melchionda	-	Nizzoli, Guerri, Guidi
CDS: Comitato Editoriale SISDCA Coordinatore Nizzoli	-	Bongiorno, Manzato, Lanzarone
CSS: Comitato Scientifico SISDCA Coordinatore Di Pietro	-	Donini, Gravina, Bosello
CRAP: Comitato per i rapporti con la Pubblica Amministrazione SISDCA, Coordinatore Spera	-	Spera
Commissione Regolamenti: Funzioni CDNR e CDR, CDNA, CDNE, Coordinatore Spera	-	Spera, Di Pietro, Milano

Commissione Sezioni Regionali Coordinatore Gravina	**-**	**Gravina, Tarrini**
Commissione Soci Coordinatore Buongiorno	**-**	**Milano, Prosperi, Spera**
Commissione WEB Coordinatore Melchionda	**-**	**Zanetti, Tarrini, Gravina, Cuzzolaro**

5.1. PROSPETTO GERARCHICO

Posizioni e Incarichi di tutti i Partecipanti alla Progettualità delle LPS della SISDCA per il mandato 2012-2014 del Presidente e per il mandato 2012-2017 del Presidente Eletto. Si prega di utilizzare gl indirizzi mail solo per messaggi individuali per ridurre il carico della Netiquette in attesa della preparazione del Forum sula piattaforma PLAYDCA CINECA.

	PANNELLO 12	POSIZIONI	MAIL	INCARICHI	ORGANI	O.
01	**Melchionda Nazario**	Presidente	melchiondauno@gmail.com	Presidente, Coordinatore CDFS (C.to Didattico e Formazione) Steering Committee, Referente di Area LPS A: Empowerment	CDNR	1.
02	**Donini Lorenzo**	Presidente Eletto	lm.donini@gmail.com	Ufficio di Presidenza Steering Committee, Referente di Area LPS B: Ricerca	CDNR	2.
03	**Bosello Ottavio**	Past Pr Socio Onorario	ottavio.bosello@univr.it	Stesura Razionale Mission (LPS) e Vision (MMI) Steering Committee, Ufficio di Presidenza	CDNA	3.
04	**Gravina Giovanni**	Consigliere Pr Sez Reg	gravina@sanrossorecura.it	Segretario Scientifico, Coordinatore Sez Reg Steering Committee, Ufficio di Presidenza	CDNR	4.
05	**Tarrini Giulietta**	Consigliere	gtarrini@gmail.com	Segretaria CDNR-A-E, Responsabile RAN (Amministrazione e Gestione DataBase Archivio Soci), Ufficio di Presidenza	CDNR	5.
06	**Zanetti Chiara**	Web Master	zanetti.chiara@gmail.com	Responsabile Management PLAYDCA CINECA Ufficio di Predenza	CDNA	6.
07	**Ballardini Donatella**	Consigliere	donatella.ballardini@yahoo.com	Responsabile stesura Verbali Ufficio di Presidenza	CDNR	7.
08	**Cuzzolaro Massimo**	Socio Onorario EDW	massimo.cuzzolaro@fastwebnet.it	Responsabile di Progetto A.8. Steering Commi	CDNA	8.
09	**Bongiorno Antonio**	Consigliere Pr Sez Reg	nellobongiorno@virgilio.it	Referente di Area LPS D: Management Steering Committee, Coordinatore C.ne SS (Commissione Soci SISDCA)	CDNR	9.
10	**Cerro Pierfabrizio**	Consigliere Pr Sez Reg	cdaa.pietra@asl2.liguria.it	Responsabile di Progetto B.1.	CDNR	10.
11	**Di Pietro Giancarlo**	Consigliere	dipietro@unina.it	Coordinatore C.to Scientifico Steering Committee	CDNR	11.
12	**Guidi Lisa**	Consigliere	lisa.guidi64@gmail.com	Responsabile di Progetto C.7. Steering Committee	CDNR	12.
13	**Lanzarone Cristina**	Consigliere	cristina.lanzarone@libero.it	Responsabile di Progetto D.7.	CDNR	13.
14	**Manzato Emilia**	Consigliere	e.manzato@ospfe.it	Responsabile di Progetto A.7.	CDNR	14.
15	**Manzi Sabato Antonio**	Consigliere	manzisabatino@libero.it	Responsabile di Progetto B.1. Steering Committee	CDNR	15.
16	**Milano Walter**	Consigliere Pr Sez Reg	wamilano@tin.it	Responsabile di Progetto B.4.c. Steering Committee	CDNR	16.
17	**Prosperi Enrico**	Consigliere	enrico.prosperi@libero.it	Responsabile di Progetto A.6.	CDNR	17.

	PANNELLO 12	POSIZIONI	MAIL	INCARICHI	ORGANI	O.
18	**Spera Giovanni**	Consigliere	giannispera@yahoo.com	Coordinatore CRAS (C.to Rapporti Pubblica Amministr.), Referente Area LPS D: Business, C.ne Regolamenti, Progetto A.2., A.3. Scuola e Master	CDNR	18.
19	**De Salvo Concetta**	Pr Sezi Reg	concetta.desalvo@villamiralago.it	Responsabile di Progetto D.8.	CDNA	19.
20	**Di Stani Marinella**	Pr Sez Reg	m.distani@ausl.ra.it	Declina	CDNA	20.
21	**Jacoangeli Fabrizio**	Pr Sez Reg	jacoangeli@tiscalinet.it	Consigliere CD Uscente Responsabile di Progetto A.4. C.12.	CDNA	21.
22	**Renna Caterina**	Pr Sez Reg	caterinarenna@gmail.com	Candidato CD 2° in graduatoria non eletti Responsabile di Progetto B.4.	CDNA	22.
23	**Todisco Patrizia**	Pr Sez Reg	ptodis@tin.it	Responsabile di Progetto A.1. Steering Committee,	CDNA	23.
24	**Nizzoli Umberto**	Comitato Editoriale	unizzoli@hotmail.com	Coordinatore CED (C.to Editoriale) Steering Committee, CoReferente Area LPS A: Empowerment	CDNA	24.
25	**Luxardi GianLuigi**	Candidato Graduatoria	gianluigi.luxardi@ass6.sanita.fvg.it	Candidato CD 1° in graduatoria non eletti Declina	CDNE	25.
26	**Migliorini Simonetta**	Candidato Graduatoria	simomig@fastwebnet.it	Responsabile di Progetto A.8.	CDNE	26.
27	**Miottello Piergiorgio**	Candidato Graduatoria	piergiorgio.miottello@aslbassano.it	Responsabile di Progetto C.11.	CDNE	27.
28	**Montecchi Francesco**	Candidato Graduatoria	montecchif@hotmail.com	Consigliere CD uscente Progetto C.11.	CDNE	28.
29	**Bertelloni Silvano**	Esperto Esterno	s.bertelloni@med.unipi.it	CoResponsabile di Progetto B.3.b.1. Responsabile B.10. e B.11.	CDNE	29.
30	**Capezzali Daniela**	Esperto Esterno	dietistica@med.unipg.it	CoResponsabile di Progetto A.4.	CDNE	30.
31	**Caputo Giovanni**	Esperto Esterno	caputo.g@mclink.it	Progetto A.7. Declina∂	CDNE	31.
32	**Cuzzocrea Francesca**	Esperto Esterno	fcuzzocrea@unime.it	CoResponsabile di Progetto D.7. Responsabile A.10.	CDNE	32.
33	**Dalla Ragione Laura**	Esperto Esterno	dallaragione@tiscalinet.it	Declina	CDNE	33.
34	**Dalle Grave Riccardo**	Esperto Esterno	rdalleg@tin.it	Responsabile Progetto C.4.	CDNE	34.
35	**Degli Esposti Linda**	Esperto Esterno	lindadegli@gmail.com	Declina	CDNE	35.
36	**Franzoni Emilio**	Esperto Esterno	emilio.franzoni@unibo.it	Responsabile Progetto C.13.	CDNE	36.
37	**Gagliardini Carla**	Esperto Esterno	centrodieteticoumbro@tin.it	CoResponsabile di Progetto A.4.	CDNE	37.
38	**Guerri Andrea**	Esperto Esterno	guerri.andrea@gmail.com	Responsabile di Progetto A.5. Steering Committee	CDNE	38.
39	**Meneghini Stefania**	Esperto Esterno	stefania.meneghini@ulssvicenza.it	Progetto B.3.a.	CDNE	39.
40	**Minì Valentina**	Esperto Esterno	vallimini@virgilio.it	Progetto D.7.	CDNE	40.
41	**Minniti Alessia**	Esperto Esterno	ale.minniti@libero.it	Declina	CDNE	41.
42	**Notarbartolo Lucrezia**	Esperto Esterno	lucrezia.notarbartolo@gmail.com	Progetto D.7.	CDNE	42.
43	**Poggioli SAra**	Osservatore Esterno	sa.poggioli@gmail.com	Progetto A.1.	Osserv	43.
44	**Scaglia**	Esperto	maurizio.scaglia56	Progetto B.3.a.	CDNE	44.

	PANNELLO 12	POSIZIONI	MAIL	INCARICHI	ORGANI	O.
	Maurizio	Esterno	@alice.it			
45	**Schumann Romana**	Esperto Esterno	r.schumann@libero.it	Consigliere CD uscente Progetto A.8., C.11.	CDNE	45.
46	**Tanas Rita**	Esperto Esterno	tanas.rita@tin.it	Responsabile di SottoProgetto B.3.b.	CDNE	46.
47	**Tridenti Gabriele**	Espertp Esterno	gtride@tin.it	Progetto B.3.b.1.	CDNE	47.
48	**Vanzo Angiola**	Esperto Esterno	angiola.vanzo@gmail.com	Progetto B.3.a.	CDNE	48.
49	**Castelnuovo Gianluca**	Esperto Esterno	gianluca.castelnuovo@unicatt.it	Progetto A.2., A.3.: Scuola di Specializzazione e Master DAO	CDNE	49.
50	**Gnessi Lucio**	Esperto Esterno	gnessi.lucio@uniroma1.it	Progetto A.2., A.3.: Scuola di Specializzazione e Master DAO	CDNE	50.
51	**Molinari Enrico**	Esperto Esterno	enrico.molinari@unicatt.it	Progetto A.2., A.3.: Scuola di Specializzazione e Master DAO	CDNE	51.
52	**Ruggiero Giovanni M**	Esperto Esterno	grupporicerca@studicognitivi.net	Progetto A.2., A.3.: Scuola di Specializzazione e Master DAO	CDNE	52.
53	**Sassaroli Sandra**	Esperto Esterno	sandrasassaroli@gmail.com	Progetto A.2., A.3.: Scuola di Specializzazione e Master DAO	CDNE	53.

5.2. Ordinamento alfabetico per identificazione numerica di tutti i Referenti, Responsabili e Esperti Esterni cooptati elencati nel PROSPETTO GERARCHICO 5 con relative Posizioni e Incarichi

07	**Ballardini Donatella**	CDNR
29	**Bertelloni Silvano**	CDNE
09	**Bongiorno Antonio**	CDNR
03	**Bosello Ottavio**	CDNA
30	**Capezzali Daniela**	CDNE
48	**Casteluovo Gianluca**	CDNE
10	**Cerro Pierfabrizio**	CDNR
32	**Cuzzocrea Francesca**	CDNE
08	**Cuzzolaro Massimo**	CDNA
33	**Dalla Ragione Laura**	CDNE
34	**Dalle Grave Riccardo**	CDNE
35	**Degli Esposti Linda**	CDNE
19	**Desalvo Concetta**	CDNA

11	**DiPietro Giancarlo**	CDNR
20	**Distani Marinella**	CDNA
02	**Donini Lorenzo**	CDNR
36	**Franzoni Emilio**	CDNE
49	**Gnessi Lucio**	CDNE
04	**Gravina Giovanni**	CDNR
38	**Guerri Andrea**	CDNE
12	**Guidi Lisa**	CDNR
21	**Jacoangeli Fabrizio**	CDNA
13	**Lanzarone Cristina**	CDNR
25	**Luxardi GianLuigi**	CDNE
14	**Manzato Emilia**	CDNR
15	**Manzi Sabato Antonio**	CDNR

01	**Melchionda Nazario**	CDNR
39	**Meneghini Stefania**	CDNE
26	**Migliorini Simonetta**	CDNE
40	**Minì Valentina**	CDNE
41	**Minniti Alessia**	CDNE
16	**Milano Walter**	CDNR
27	**Miottello Piergiorgio**	CDNE
50	**Molinari Enrico**	CDNE
24	**Nizzoli Umberto**	CDNA
42	**Notarbartolo Lucrezia**	CDNE
43	**Poggioli Sara**	Osser
17	**Prosperi Enrico**	CDNR
22	**Renna Caterina**	CDNA

52	**Ruggiero Giovanni**	CDNE
53	**Sassaroli Sandra**	CDNE
44	**Scaglia Maurizio**	CDNE
45	**Schumann Romana**	CDNE
18	**Spera Giovanni**	CDNR
46	**Tanas Rita**	CDNE
05	**Tarrini Giulietta**	CDNR
23	**Todisco Patrizia**	CDNA
47	**Tridenti Gabriele**	CDNE
48	**Vanzo Angiola**	CDNE
06	**Zanetti Chiara**	CDNA

5.3. Ordinamento per il Lavoro di gruppo per singole Aree A-B-C-D nella 1° Giornata di Studio Full Immersion

	GRP	A	A	B	C	C	D	D	0.
Dalle Grave	-				**				1.
Capezzali	A	***							2.
Castelnuovo	A	***							3.
Gagliardini	A		***						4.
Gnessi	A	***							5.
Guerri	A	*			**				6.
Manzato	A	**	**				*	D	7.
Molinari	A	**							8.
Nizzoli	A	*			***				9.
Poggioli	A	***							10.
Prosperi	A	**	***						11.
Ruggiero	-	***							12.
Zanetti	A		***						13.
Ballardini	B	***	**		***				14.
Bertelloni	B		***						15.
Bosello	B								16.
Cuzzolaro	B	**							17.
Donini	B	***	*	B	**				18.
Meneghini	B		***						19.
Renna	B	***	**	B					20.
Scaglia	B		**						21.

	GRP	A	A	B	C	C	D	D	0.
Schumann	B	***			***				22.
Tanas	B		***						23.
Tarrini	B	***	**		**		**		24.
Todisco	B	**	*	B	***		**		25.
Tridenti	B		***						26.
Bongiorno	C	***			*	C	***		27.
Cerro	C		***		**		**		28.
Di Pietro	C		*	B	**		**		29.
Guidi	C	*	**		**				30.
Jacoangeli	C	**			**				31.
Lanzarone	C	***			*	C	**		32.
Manzi	C		**		*				33.
Milano	C	***	***		*	C			34.
Miottello	C				**				35.
Cuzzocrea	D						***		36.
De Salvo	D	***	***		***		**		37.
Gravina	D	***	***				*	D	38.
Melchionda	D	*	**		***		**		39.
Minì	D						***		40.
Notarbartolo	D	….					***		41.
Spera	D	**					*	D	42.

5.4. ORDINAMENTO ALFABETICO DEI COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO LPS.SISDCA

	GRP	A	A	B	C	C	D	D	43.
Ballardini	B	***	**		***				44.
Bertelloni	B		***						45.
Bongiorno	C	***			*	C	***		46.
Bosello	B								47.
Capezzali	A	***							48.
Castelnuovo	A	***							49.
Cerro	C		***		**		**		50.
Cuzzocrea	D						***		51.
Cuzzolaro	B	**							52.
Dalle Grave	-				**				53.
De Salvo	D	***	***		***		**		54.
Di Pietro	C		*	B	**		**		55.
Donini	B	***	*	B	**				56.
Gagliardini	A		***						57.
Gnessi	A	***							58.
Gravina	D	***	***				*	D	59.
Guerri	A	*			**				60.
Guidi	C	*	**		**				61.
Jacoangeli	C	**			**				62.
Lanzarone	C	***			*	C	**		63.
Manzato	A	**	**				*	D	64.
Manzi	C		**		*				65.

	GRP	A	A	B	C	C	D	D	43.
Melchionda	D	*	**		***		**		66.
Meneghini	B		***						67.
Milano	C	***	***		*	C			68.
Minì	D						***		69.
Miottello	C				**				70.
Molinari	A	**							71.
Nizzoli	A	*			***				72.
Notarbartolo	D	….					***		73.
Poggioli	A	***							74.
Prosperi	A	**	***						75.
Renna	B	***	**	B					76.
Ruggiero		***							77.
Scaglia	B		**						78.
Schumann	B	***			***				79.
Spera	D	**					*	D	80.
Tanas	B		***						81.
Tarrini	B	***	**		**		**		82.
Todisco	B	**	*	B	***		**		83.
Tridenti	B		***						84.
Zanetti	A		***						85.

6. LAVORARE IN GRUPPO A DISTANZA CON UNO STRUMENTO DEDICATO VIA INTERNET: PLAYDCA

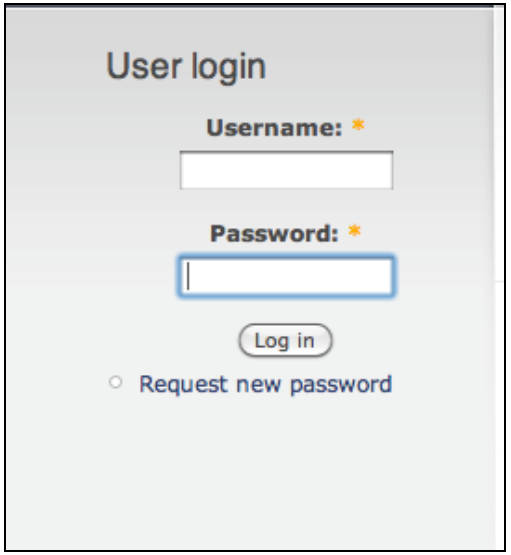
Vai al seguente indirizzo del portale della SISDCA:

http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/

Troverai le istruzioni per entrare della piattaforma PLAYDCA e seguendo il percorso arriverai al FORUM LPS. Se ti applichi per qualche minuto potrai lavorare con profitto risparmiando così il tempo di riunioni tradizionali. All'inizio sembrerà difficile ma applicandoti sarà facilissimo.

ISTRUZIONI PASSO DOPO PASSO PER ENTRARE IN PLAYDCA

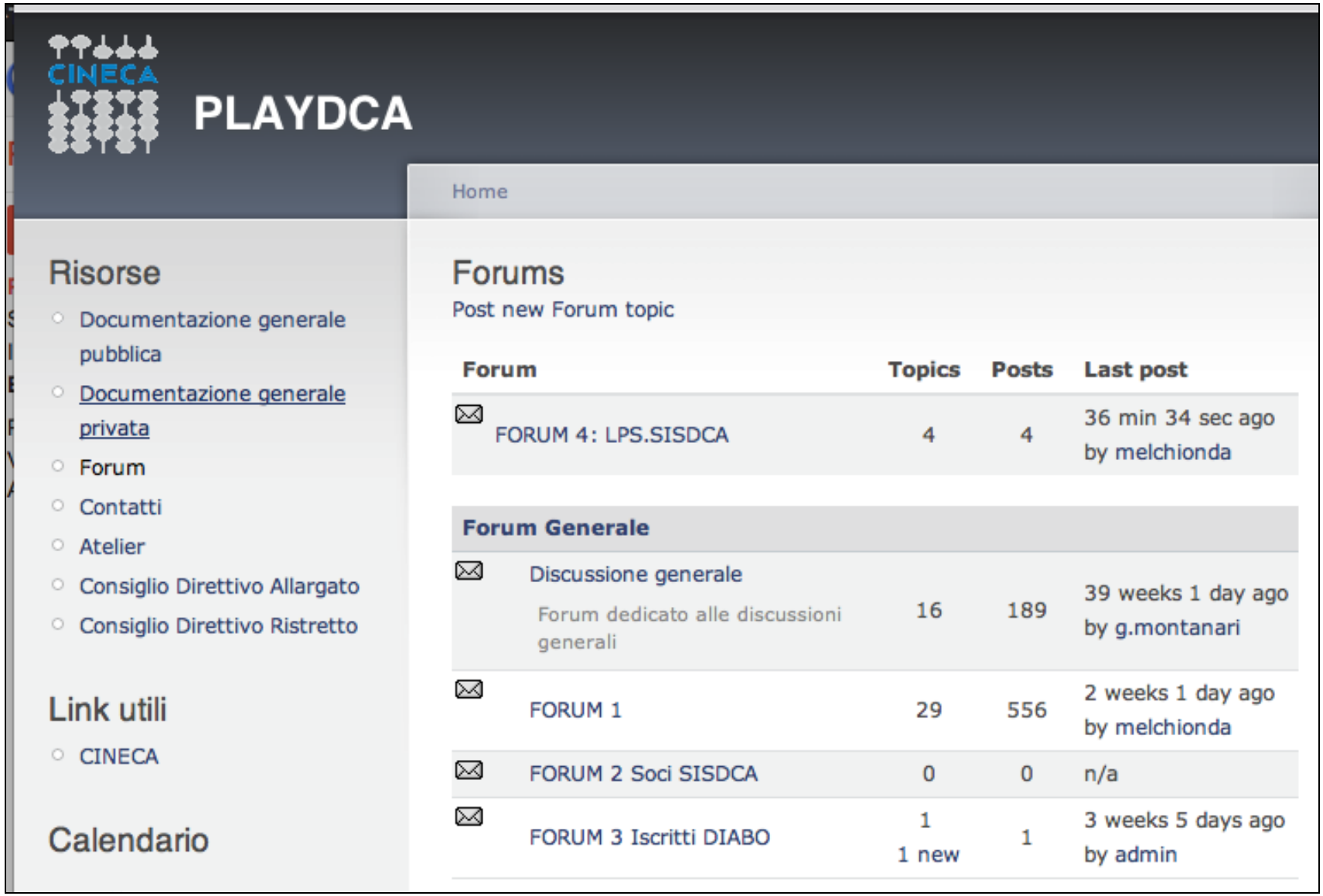
1) Nella barra degli indirizzi digita o clicca sul link: https://playdca.cineca.it
2) Vai sulla parte sinistra dello schermo dove compare la scritta "user login"

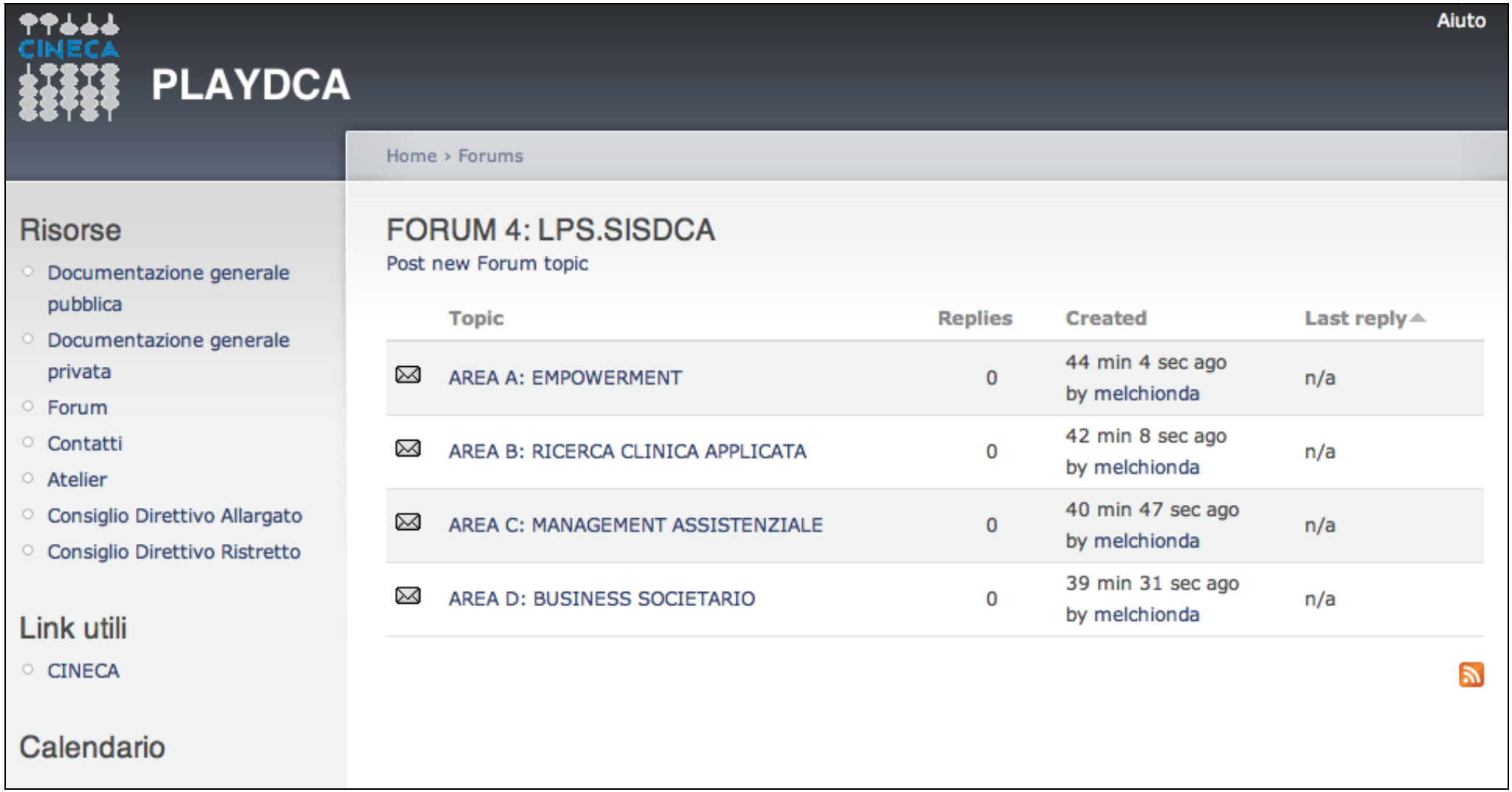


3) Inserisci

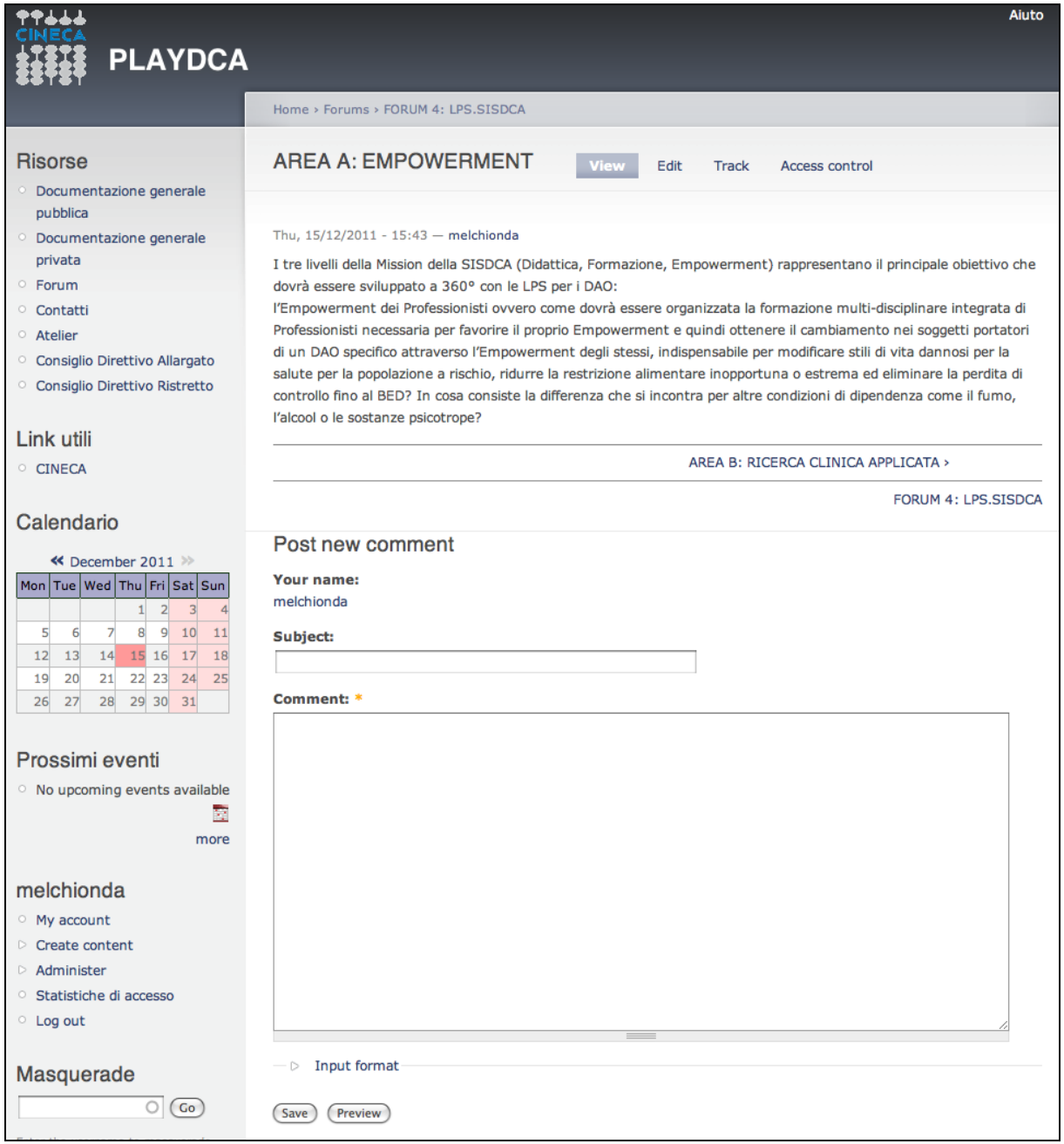
- USERNAME: Prima lettera del tuo nome, punto,tuo cognome per esteso tutto minuscolo.
  ES: se il nome è Luisa Bianchi l'username sarà l.bianchi.
  Nel caso di nomi composti come per esempio Maria Luisa Bianchi si usa la prima lettera del primo nome, quindi l'username sarà "m.bianchi"
- PASSWORD: Il tuo nome in minuscolo per esteso seguito da 052010
  Nel caso di nomi composti la password sarà i due nomi in minuscolo per esteso senza spazi seguita da 052010
  ES.per il nome Maria Luisa Bianchi, la password sarà "marialuisa052010

4) Clicca sul tasto "log in" ed entra nel sito
5) Sei nel sito, per accedere al forum vai sulla parte sinistra dello schermo dove compare la scritta "Forum", clicca sopra e ti troverai i vari argomenti
6) Entra in FORUM 4: LPS.SISDCA

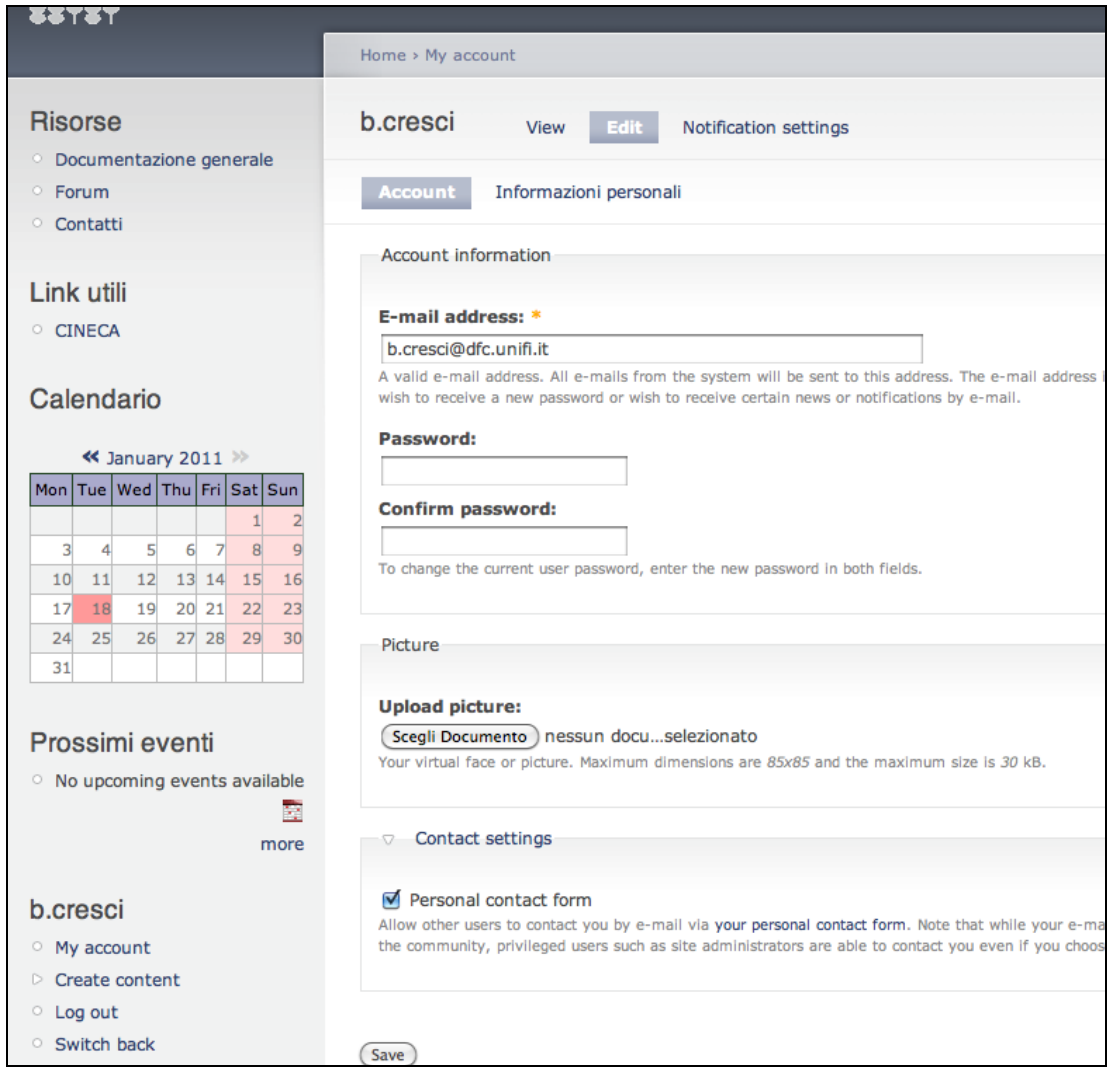

CINECA
PLAYDCA
Home
Risorse
Documentazione generale pubblica
Documentazione generale privata
Forum
Contatti
Atelier
Consiglio Direttivo Allargato
Consiglio Direttivo Ristretto
Link utili
CINECA
Calendario
Forums
Post new Forum topic
Forum
Topics
Posts
Last post
FORUM 4: LPS.SISDCA
4
4
36 min 34 sec ago
by melchionda
Forum Generale
Discussione generale
Forum dedicato alle discussioni generali
16
189
39 weeks 1 day ago
by g.montanari
FORUM 1
29
556
2 weeks 1 day ago
by melchionda
FORUM 2 Soci SISDCA
0
0
n/a
FORUM 3 Iscritti DIABO
1
1 new
1
3 weeks 5 days ago
by admin



7) Clicca sull'area in cui vui lavorare


Aiuto
PLAYDCA
Home › Forums › FORUM 4: LPS.SISDCA
Risorse
Documentazione generale pubblica
Documentazione generale privata
Forum
Contatti
Atelier
Consiglio Direttivo Allargato
Consiglio Direttivo Ristretto
Link utili
CINECA
Calendario
December 2011
Mon Tue Wed Thu Fri Sat Sun
Prossimi eventi
No upcoming events available
more
melchionda
My account
Create content
Administer
Statistiche di accesso
Log out
Masquerade
Go
AREA A: EMPOWERMENT
View
Edit
Track
Access control
Thu, 15/12/2011 - 15:43 — melchionda
I tre livelli della Mission della SISDCA (Didattica, Formazione, Empowerment) rappresentano il principale obiettivo che dovrà essere sviluppato a 360° con le LPS per i DAO:
l'Empowerment dei Professionisti ovvero come dovrà essere organizzata la formazione multi-disciplinare integrata di Professionisti necessaria per favorire il proprio Empowerment e quindi ottenere il cambiamento nei soggetti portatori di un DAO specifico attraverso l'Empowerment degli stessi, indispensabile per modificare stili di vita dannosi per la salute per la popolazione a rischio, ridurre la restrizione alimentare inopportuna o estrema ed eliminare la perdita di controllo fino al BED? In cosa consiste la differenza che si incontra per altre condizioni di dipendenza come il fumo, l'alcool o le sostanze psicotrope?
AREA B: RICERCA CLINICA APPLICATA ›
FORUM 4: LPS.SISDCA
Post new comment
Your name:
melchionda
Subject:
Comment: *
Input format
Save
Preview

8) Scrolla sulla verticale per leggere tutti gli interventi postati e posta il tuo commento dando un titolo nello spazio “subject” e scrivendo nel box “comment”
9) Puoi scaricare tutti i files in attachment
10) E alla fine devi ciccare su “save”
11) Appena puoi clicca su My account nella schermata principale
12) Clicca su edit
13) Digita i tuooi dati per completare la registrazione completa di curriculum breve e inserisci una tua foto (85x85 grandezza massima 30kb)



7. RECUPERO E GUARIGIONE

Uno studio specifico commissionato da Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA ha trovato il costrutto intrinseco ai termini Recupero e Guarigione.
La nuova definizione operativa di “Recupero” o “Guarigione” da precedenti disturbi mentali e da disturbi da uso di sostanze è la seguente:
“Un processo di cambiamento attraverso cui gli individui migliorano la loro salute ed il loro benessere, vivono una vita autonoma, e si sforzano di raggiungere la piena espressione delle loro risorse”
Tramite l'iniziativa del Recovery Support Strategic Initiative, SAMHSA ha poi delineato quattro dimensioni principali che sostengono la vita in stato di recupero (guarigione) da precedenti disturbi mentali e da disturbi da uso di sostanze :
1. **Salute:** superare o gestire la propria malattia (le proprie malattie), così come vivere in modo sano fisicamente ed emotivamente.
2. Casa: Disporre di un luogo stabile e sicuro in cui vivere.
3. **Scopo:** Svolgere significative attività quotidiane, come ad esempio lavorare, studiare, fare volontariato, curare la famiglia, fare iniziative creative, ed avere l'indipendenza, il reddito e le risorse per partecipare appieno alla vita sociale.
4. **Comunità:** Avere relazioni e reti sociali che offrono sostegno, amicizia, amore e speranza

APPENDICI

APPENDICE 1

IPOTESI DI STUDIO MULTICENTRICO SUL COUNSELING MOTIVAZIONALE

REFERENTE: Angiola Vanzo, MD, specialista in Scienza dell'Alimentazione ed in Igiene e Medicina Preventiva, Direttore SIAN e Referente Area Tematica Sicurezza Nutrizionale del Piano Triennale Sicurezza Alimentare della Regione Veneto 2008-2010 (prorogato al 2012) e del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012.
Sede: U.O.C. Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione , Azienda U.L.SS. n. 6 "Vicenza"- Regione del Veneto
n. tel: 0444752228 cell 3281505998 n. fax: 0444752329 mail: angiola.vanzo@ulssvicenza.it

COLLABORATORI:
- Maurizio Scaglia, psicologo psicoterapeuta, docente della Scuola Italiana di Counseling Motivazionale , lavora al SERT di Alessandria;
- Stefania Meneghini, psicologa, lavora al SIAN di Vicenza.

TITOLO PROVVISORIO: **COUNSELING, VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE E PROMOZIONE AL CAMBIAMENTO**

Il progetto è nell'intenzione multicentrico e pluriprofessionale, in quanto si coinvolgono più Regioni, Università e strutture sanitarie locali differenti dalla Regione proponente e tutte le categorie di operatori afferenti a questi centri.

DESCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI PROGETTO

PREMESSA
Il progetto riguarda l'utilizzo del counseling motivazionale per lo sviluppo di buone pratiche di prevenzione e cura dell'obesità e delle malattie non trasmissibili (MNT) correlate a fattori di rischio prevenibili: alimentazione, attività fisica, fumo ed alcol.
Si basa sul Programma nazionale "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007). Inoltre se ne può studiare l'applicazione anche per casi con disturbi alimentari, secondo specifici obiettivi.
E' un progetto pluriprofessionale ed intersettoriale che, con approccio olistico basato sulle prove di evidenza, intende rafforzare le azioni rivolte alla modifica dei comportamenti ed all'empowerment delle persone e della comunità.
In quest'ottica è strategica la collaborazione in rete tra tutti i servizi interessati di prevenzione e clinici, e con le cure primarie e con i medici curanti per favorire l'accesso alla prevenzione ed alla cura.
L'azione sinergica è orientata all'implementazione di un sistema di valutazione dell'appropriatezza ed efficacia degli interventi con l'utilizzo di strumenti validati per la valutazione della motivazione al cambiamento, che sono utili anche per aumentare la soddisfazione degli operatori nella logica del miglioramento continuo.

RAZIONALE
Abitudini alimentari non salutari e sedentarietà sono tra i principali fattori di rischio per l'obesità e le malattie non trasmissibili, che rappresentano attualmente il maggiore carico sanitario e di DALY (Disability-Adjasted Life Year) per la nostra popolazione (WHO, 2005) con significativi costi diretti e indiretti sia a livello sociale che individuale (Branca et al., 2007).
La limitata efficacia evidenziata dai programmi di prevenzione e trattamento dell'eccesso ponderale attualmente a disposizione sottolinea la necessità di agire utilizzando una prospettiva che tenga conto della complessa eziologia del fenomeno contraddistinta da una complessa interazione di fattori comportamentali, relazionali, motivazionali e psicosociali.
Gli studi epidemiologici hanno rivelato che in molte persone manca la consapevolezza dell'importanza di seguire regole sane e uno stile di vita complessivamente salutare, così come spesso manca anche la percezione di essere a rischio.
Le evidenze scientifiche attuali dimostrano però che per adottare e mantenere uno stile di vita sano ed attivo, ridurre il peso in eccesso e prevenire le malattie croniche associate ad una alimentazione non salutare ed alla sedentarietà, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione né le semplici prescrizioni di diete o programmi di attività fisica regolare.
Riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona a modificare abitudini e stili di vita non salutari.
Le azioni promosse devono andare al di là della semplice informazione/educazione/promozione: ***le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (empowerment)***. Pertanto ***occorre motivare le persone*** sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive di mantenimento.
Un approccio che include un intervento sulla motivazione al cambiamento sembra quindi essere più adeguato ad ottenere cambiamenti negli stili di vita individuali e a mantenere comportamenti legati alla salute nel tempo (Britt et al. 2004; Resnicow et al. 2008).

In letteratura esistono numerosi studi che testimoniano l'efficacia del Counseling Motivazionale (CM) come come modalità di intervento efficace per migliorare gli esiti degli interventi di promozione di abitudini alimentari corrette, per il controllo del peso e per ridurre la sedentarietà (Brodie et al. 2005; Brennan et al. 2008).
Oltre all'applicazione di specifiche tecniche di counseling motivazionale, la costruzione di specifici strumenti che aiutino a valutare la motivazione al cambiamento rispetto agli ambiti sopra indicati può essere un importante supporto al lavoro motivazionale con il paziente. Le ricerche italiane nel campo della valutazione della motivazione al cambiamento si sono sviluppate da circa 15 anni a partire dalla traduzione italiana del questionario *"R.T.C.O.: Readiness To Change Questionnaire"* (Spiller, Scaglia, Guelfi, 1994; Deodato, Scaglia, Spiller., Guelfi, 1995).
Successivamente, le ricerche italiane sono approdate ad un questionario, denominato MAC, in grado di fornire una valutazione sincronica di tre fattori motivazionali che agiscono sul processo di cambiamento (autoefficacia, frattura interiore, disponibilità al cambiamento), validato nella versione per eroina (Spiller e Guelfi, 1998) e per il fumo di tabacco (Guelfi et al., 1999). Le esperienze di utilizzo delle precedenti versioni del MAC hanno condotto ad una successiva versione del questionario, denominata MAC2, validato nella forma per uso di alcol (Spiller e Zavan., 2005).
Nel 2009 la Regione del Veneto con la rete dei SIAN supportata da esperti nel CM ha costruito e validato 2 set di strumenti per misurare la motivazione al cambiamento rispetto all'alimentazione (EMME3-AL) ed all'attività fisica (EMME3-AF) in soggetti adulti che hanno avuto indicazione, hanno richiesto, hanno in corso o hanno effettuato un intervento legato alla modificazione della propria alimentazione, per problemi sanitari di promozione della salute e/o di prevenzione di disturbi e patologie specifiche (Spiller, Scaglia, Meneghini, Vanzo (2009), "Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two set of instruments", *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism* (2009), DOI 10.1007/s12349-009-0044-5).
Per quanto riguarda i possibili utilizzi degli strumenti, in vari setting di comunità e assistenziali (in ambito preventivo, clinico, assistenza primaria, sia a livello individuale che di gruppo), è importante sottolineare che essi individuano la condizione motivazionale della persona con stili alimentari e di attività fisica non salutari e permettono al professionista di adeguare l'intervento al profilo motivazionale del destinatario al fine di aumentare la probabilità di successo. In effetti, studi meta-analitici evidenziano l'importanza di adattare gli interventi al profilo motivazionale dell'individuo (tailored-intervention) (Hall e Rossi, 2008).
Gli strumenti sono di semplice e rapida applicazione (anche più volte per uno stesso paziente/utente) in modo da monitorare l'evoluzione e l'efficacia degli interventi e limitare effetti legati allo stato socio-demografico dell'individuo.
L'utilizzo di questi strumenti può essere di aiuto nell'orientamento del professionista per la programmazione, l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione di interventi centrati sulle caratteristiche motivazionali dei pazienti/utenti con l'obbiettivo di:

- migliorare la qualità, appropriatezza ed efficacia degli interventi di consulenza dietetico-nutrizionale individuale e di gruppo;
- favorire un approccio terapeutico razionale ed attento al rapporto costi/benefici.

OBIETTIVO FINALE: Diffondere la metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento con test validati nel contesto nazionale (EMME3) e sviluppare abilità professionali per attuare interventi appropriati ed efficaci nell'area della promozione della salute e del counseling per motivare all'adozione consapevole di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo.

OBIETTIVI SPECIFICI:
OBIETTIVO SPECIFICO 1: Acquisire conoscenze e competenze nella modalità di lavoro in rete in ambito pluriprofessionale ed intersettoriale ai fini della pianificazione, realizzazione e valutazione condivisa degli interventi di counseling motivazionale per la promozione di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo nei diversi contesti.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Acquisire conoscenze e competenze sulla metodologia della valutazione della motivazione al cambiamento, mediante questionari validati e con nuove metodiche di utilizzo via web, da parte di operatori che lavorano in vari setting di comunità e assistenziali (prevenzione, clinica, assistenza primaria, sia a livello individuale che di gruppo) al fine di programmare interventi adeguati allo stadio motivazionale, effettuare valutazioni in progress del trattamento, con ricadute sull'appropriatezza ed efficacia degli interventi di counseling.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Realizzare la valutazione delle ricadute del percorso formativo, sia in termini di processo, di abilità acquisite e di applicabilità della metodologia nei diversi contesti di comunità e assistenziali, sia in termini di efficacia degli interventi individuali e di gruppo attuati.

RISULTATI/PRODOTTI ATTESI E LORO TRASFERIBILITÀ:
Il programma si caratterizza per una durata ?(da stabilire) le cui finalità principali sono:

9. Costituzione del gruppo di pilotaggio.
10. Definizione condivisa del percorso complessivo in relazione ai singoli bisogni e contesti di applicazione.
11. Definizione modalità di valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi di counseling motivazionale per una corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo utilizzando disegni di ricerca pre e post intervento e tenendo conto di indicatori di processo e di risultato sia soggettivi che oggettivi.
12. Definizione percorsi di formazione finalizzati all'utilizzo dei questionari di valutazione della motivazione al cambiamento

CRITERI ED INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI RAGGIUNTI:

10. Evidenza della costituzione del gruppo di pilotaggio
11. Evidenza della definizione condivisa del percorso complessivo da parte del gruppo di pilotaggio con definizione obbiettivi

12. Definizione standard di adesione per gli operatori
13. Piattaforma web attiva mediante la quale effettuare la valutazione on line della motivazione al cambiamento da parte dei centri e degli operatori interessati
14. Numero di soggetti iscritti alla piattaforma web per l'implementazione dei test di valutazione della motivazione al cambiamento
15. Numero di soggetti raggiunti dalla formazione sul counseling motivazionale, sulla valutazione della motivazione al cambiamento e sull'utilizzo dei test di valutazione della motivazione al cambiamento validati (EMME3).
16. Realizzazione di attività di tutoraggio rivolte ai soggetti che hanno partecipato al percorso formativo.
17. Rilevazione del feed-back da parte dei soggetti coinvolti sull'applicabilità della metodologia nei contesti di lavoro specifici, attraverso specifici strumenti di indagine
18. Redazione delle raccomandazioni per una buona pratica, raccolte in una guida operativa.

APPENDICE 2

ProFF-DAO: Programma Modulare per la Formazione di Formatori al trattamento dei Disturbi Alimentari Obesità compresa Proposta SISDCA-SIO-ANDID-SIPMED

< http://www.disturbialimentazione.it/ > < http://www.sio-obesita.org/ > < http://www.sipmed.it/ > < http://www.andid.it/ >

0. Costrutto: Premesse, Finalità e Obiettivi

0.1. E' da tutti riconosciuto che il riduzionismo nel Management dell'Obesità predispone alle ricadute e non rappresenta una soluzione per le comunità e per la clinica. Occorre formazione……[9] per evitare la cronicità a livelli di peso sempre più elevati per le frequenti ricadute.

0.2. E' necessario quindi organizzare laboratori di Alto Livello Formativo, che si possono chiamare Atelier.[10]

0.3. L'obiettivo di base è l'Educazione Terapeutica per i Pazienti e l'addestramento dei professionisti al Team-Approach inter-disciplinare e multi-professionale integrato.[11]

1. Il BO-CHALL e il 1° Atelier ANDID-SISDCA[12]

1.1. La preparazione del 1° Atelier ANDID.SISDCA si è concretizzata al Bologna Challenge DAO del Febbraio 2009 organizzato da ANDID e SISDCA.[13]

1.2. Il 24-25 Sett. 2010 si è svolto a Navacchio (Pisa) il 1° Atelier ANDID-SISDCA su Obesità Omeostatica e Obesità BED mirato alla Produzione di Modelli Psico-educativi.[14]

1.3. Il processo formativo, i contenuti per la conoscenza, le ricadute formative e il sistema di valutazione dell'addestramento si possono consultare **dal sito www.nazariomelchionda.net**

1.4. Il modello formativo e i contenuti del 1° Atelier sono stati di grande interesse e hanno stimolato la SISDCA a proseguire e a migliorare la metodologia. Dai commenti a posteriori emerge che è **necessaria una corretta metodologia come prerequisito** per sviluppare un percorso di formazione efficace e appropriato e cioè formare o formatori.[15]

2. Il Gruppo di Lavoro SISDCA-SIO-ANDID-SIPMED: G(L)PASS

2.1. Il CD SISDCA del 27 Nov ha deciso di strutturare un Programma con l'obiettivo di "Formare i Formatori" in partnership con SIO, ANDID e SIPMED[16].

2.2. E' stato costituito un Gruppo di Lavoro per la Progettazione di un Atelier, il G(L)PASS con l'incarico di fare la proposta di un Programma.[17]

3. Proposta del Programma di Formazione di Formatori per il trattamento dei DCA Obesità compresa: ProFF-DAO.

---

[9] …… per attivare **Modelli di formazione** più appropriati che possano soddisfare la salute dell'individuo e quella sociale. Questi modelli dovranno essere condivisi e integrati con tutte le professionalità multi-disciplinari: nutrizionali, psicologiche, psichiatriche ed endocrinologico-internistiche.

[10] **L'obiettivo:** fare formazione su tutti i modelli di trattamento e in particolare sull'Educazione Terapeutica, la Psico-Educazione e la Ristrutturazione Cognitiva propria del Modello di Cognitivo-Comportamentale, dirette al Management dell'Obesità Omeostatica e alle forme complicate da Binge Eating Disorder con la produzione di Modelli Psico-educativi Manualizzati standardizzati e condivisi.

[11] per discutere e adattare alla realtà nazionale i modelli di trattamento esistenti basati sulle evidenze e porre le basi per la produzione di nuovi con tutte le verifiche di efficacia e di efficienza.

[12] **SISDCA:** Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, **ANDID:** Associazione Nazionale Dietisti

[13] http://www.aosp.bo.it/files/Bologna_Challenge_DCA_09.pdf
I. Le basi della formazione, II. Interazioni e integrazione Professionale, III. Dalla prescrizione al counseling e tecniche di intervento, IV. Management e rete territoriale.

[14] **Direzione:** Giovanna Cecchetto e Nazario Melchionda

[15] Per chi volesse approfondire esiste un file, che può essere inviato a richiesta, con tutti i commenti che si sono scambiati i Docenti e gli Allievi a posteriori.

[16] **SIO:** SIPMED: Società Italiana di Psicologia e Pedagogia Medica

[17] **G(L)PASS:** Gruppo di lavoro per la Progettazione del 2° Atelier SISDCA-SIO ed è stato dato l'incarico di fare una proposta a Bosello O, Nizzoli U, Donini L, Spera G per SISDCA, Prosperi E per SIPMED, Cuzzolaro M, Petroni M, Pagotto P, Pasanisi P, Cresci B per SIO, Tarrini G e Zanella A per ANDID con il coordinamento di Melchionda N e Vettor R.

3.1. Il G(L)PASS si è riunito il 18.12 e ha elaborato un Programma Modulare di Formazione dei Formatori.

3.2. Obiettivo: dare ad Esperti, con "elevato" livello di formazione disciplinare nel campo dei DCA Obesità compresa, le abilità necessarie per la produzione dei materiali scientifici inter-societari, multi-professionali e inter-disciplinari. [18]

3.2. L'obiettivo sarà perseguito con l'intervento di due Formatori Professionisti, un educatore, Maria Grazia Albano[19] e un metodologo, Giampiero Montanari.[20]

3.2.1. Modulo 1 (Montanari) di 5 ore: metodologia di base della formazione per il raggiungimento di un obiettivo intersocietario.

Il modulo ha due obiettivi:

1: Formare tutor e leader portavoce per il 2° Atelier che dovrà diventare una sorta di L

2: Costituire una delegazione intersocietaria di esperti per essere ricevuta dal Ministro della Sanità per una interpellanza ministeriale[21] con una lettera di presentazione (vedi bozza in calce).[i] Entro il 10 di gennaio è prevista l'adesione di 15 o 30 partecipanti o oltre 60.[22] I costi a carico dei partecipanti saranno abbattuti in relazione al numero dei presenti.

Il programma del Modulo 1 è stilato in calce, con la formula oltre 60 partecipanti.[ii]

3.2.2. Modulo 2 (Albano) di 15 ore: formazione per l'Educazione Terapeutica per la trasmissione della conoscenza.

Il Programma del Modulo 2 è stilato in calce.[iii] I costi sono a carico dei partecipanti e saranno abbattuti in relazione al numero dei presenti.

3.3. Il Programma ProFF-DAO è proposto ai Consiglieri dei CD delle Società scientifiche affini che sono state invitate.[23]

4. Adesioni

4.1. Certificazione: Chi deciderà di partecipare al Programma ProFF-DAO avrà la qualificata "certificata" dalle società proponenti di:

FEDO: Formatore Esperto nel campo dei DCA Obesità compresa

e avrà il privilegio di essere cooptato per corsi di formazione in itinere. Il 2° Atelier SISDCA-SIO è in programmazione.

4.2. Adesioni preliminari:

5. Il 2° Atelier SISDCA-SIO

5.1. Attualmente si propone un 2° Atelier SISDCA-SIO su Obesità Omeostatica e Obesità BED mirato alla Produzione di Modelli di trattamento.

5.2. Il nucleo della progettazione potrà prendere spunto dai contenuti del 1° Atelier ANDID-SISDCA condivisi da un gruppo di lavoro formato da coloro che hanno partecipato ai Moduli 1 e 2, dai componenti del G(L)PASS e dai rappresentanti delle Società di cui al punto 3.4. nota 16 che condividono il Programma ProFF-DAO.

---

i

Lettera per l'Interpellanza Ministeriale

1. Il Problema: Prevalenza, Comorbilità, Impatto sulla qualità della vita, Costi

L'obesità rappresenta un problema sociale che colpisce fino ad un terzo della popolazione adulta ed è in costante aumento. Non a caso è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un fenomeno di epidemia globale col termine di "Globesity".

---

[18] **Materiali:** si intende tutto ciò che attiene a Linee Guida, Raccomandazioni, Percorsi diagnostico-terapeutici, Modelli di trattamento, Manuali standardizzati che dovranno avere come contenuto tutte quelle conoscenze che si devono saper trasmettere ai "pazienti" per ottenere crescenti livelli di percezione: 1. Educazionale-informativa, 2. Educazionale-terapeutica, 3. Psico-educazionale, 4. Cognitivo-comportamentale, 5. Psico-terapeutica.

[19] **Curriculum di Maria Grazia Albano:** Professore Associato confermato di Didattica della Medicina presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia. Direttore del Centro Interdipartimentale per la Sperimentazione Didattica (CISID) della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari. Presidente del Corso di Laurea in Educazione Professionale, istituito dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia in collaborazione con la Facoltà di Lettere e di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Foggia. Ha svolto funzioni di coordinamento dei Corsi di Perfezionamento in Pedagogia delle Scienze della Salute della Facoltà di Medicina di Bari, del Master Internazionale in Educazione Terapeutica del Paziente della Facoltà di Medicina di Foggia, del Corso di Educazione Terapeutica: Soprappeso e Obesità.

[20] **Curriculum di Giampiero Montanari:** Sociologo presso la AUSL di Reggio Emilia, Responsabile Osservatorio Dipendenze Patologiche della stessa. Valutatore per l'Accreditamento istituzionale per conto della Agenzia Sanitaria Sociale della Regione Emilia Romagna. Formatore nell'ambito dei Sistemi Qualità nei servizi sanitari e sociali. Docente nella formazione di operatori socio-sanitari.

[21] **Eventualmente** dal Sottosegretario, dai Presidenti delle Commissioni Sanità della Camera e del Senato, dal Presidente del Tavolo Regionale Stato-Regioni con lo scopo formalizzato in una lettera con 4 punti: 1. Il problema, 2. La situazione assistenziale, 3. Chi siamo, 4. Proposta.

[22] Questo modulo potrà essere ampliato a discrezione del formatore in date da concordate in itinere, prima e dopo il 2° Modulo.

[23] **Consigli Direttivi di Società invitate:** ADI, AMD, ANDID, ANSISA, ECOG, SISDCA, SIPMED, SIE, SID, SINU, SIEDP, SIPSA, Docenti 1° Atelier ANDID-SISDCA, Presidenti delle Sezioni Regionali, Soci segnalati dai Presidenti. Per quanto riguarda la Psichiatria la SISDCA fa parte della SIP come Sezione Speciale con un elevato numero di Psichiatri eletti e un Delegato SIP nel CD. Questo documento è stato mandato a tutti i Consiglieri del CD SIP e a tutti i Presidenti delle Sezioni Regionali.

1.1. **Elevata prevalenza:** 10.1% tra gli adulti di cui 10% (500-600.000 individui) presenta un'obesità complicata da gravi patologie sul piano cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare e dismetabolico. L'Oms ha stimato, nel 2005, oltre un miliardo di persone in sovrappeso in tutto il mondo, di cui almeno 400 milioni obese. Secondo dati forniti dall' Istat dal 2001 al 2009 la prevalenza dell'obesità nei soggetti di età maggiore o uguale a 18 anni ha mostrato un trend in aumento, dall'8,3% al 10,1%

1.2. **Impatto su morbosità:** disabilità, ridotta qualità di vita e mortalità (52.000 decessi all'anno)

1.3. **Costi sanitari**

- Costi diretti sono stimati, dal PSN 2003-5, in circa 23 miliardi di euro l'anno in particolare attribuibili alle complicanze dell'obesità. La presa in carico dei pazienti, soprattutto per quanto riguarda l'Obesità, e la valutazione dei costi relativi hanno riguardato finora soprattutto le complicanze della patologia di base. Quindi, l'onere tardivo delle conseguenze.
- Costi sociali: Sono legati alla ridotta produttività lavorativa (giorni di lavoro persi, inabilità ad alcune mansioni, incremento degli incidenti sul lavoro e del pensionamento anticipato) o ad altri costi intangibili (minor rendimento scolastico, discriminazione lavorativa, problemi psicosociali scarsa qualità della vita) in alcuni Paesi europei raggiungono l'1% del PIL.

2. La situazione assistenziale: Mancanza di una Policy, spazio per frodi, falsi ideologici e mistificazioni

Lo stato attuale vede la totale assenza di attrezzature adeguate nelle strutture ospedalieredi una strategia per la presa in carico dei pazienti:

2.1 il trattamento in sé, e quindi la prevenzione e la cura causale delle sue complicanze, è rimasto terra di nessuno, affidata a interventi estemporanei e a breve termine, poco o nulla fondati sul piano scientifico e, in genere, inefficaci o dannosi

2.2. in alcune Regioni l'accesso alle cure, in assenza di un'emergenza, è sostanzialmente precluso, in particolare in ambito riabilitativo intensivo.

2.3. le associazioni di pazienti hanno più volte sottolineato le difficoltà incontrate da soggetti obesi nell'accedere alle cure così come alle indagini diagnostiche o a interventi chirurgici in assenza di attrezzature adeguate nelle strutture ospedaliere.

3. Chi siamo: gruppo di lavoro multi-disciplinare di esperti

3.1. Internisti, Psicologi, Psichiatri, Endocrinologi, Dietisti, Nutrizionisti, rappresentanti delle Società Scientifiche che operano nel campo dei DCA dell'Obesità si sono riuniti il 22 Gennaio per concertare la programmazione di una formazione a 360° esaustiva, multi-disciplinare, con integrazione delle professionalità sviluppata con una metodologia guidata da Formatori professionisti.

3.2. Questa formazione è programmata per il 18-19 marzo sotto la guida di un formatore per l'Educazione Terapeutica.

Questi professionisti condividono la consapevolezza della necessità di elevare gli standard qualitativi della gestione del paziente e di diffondere su tutto il territorio nazionale un omogeneo modo di operare basato sulle evidenze scientifiche.

3.3. Il fallimento delle diete, la scarsità di farmaci a disposizione, la tendenza della patologia a recidivare anche dopo terapie invasive quali quelle chirurgiche hanno messo in crisi il tradizionale ruolo del medico "prescrittore" facendo emergere la necessità di formulare e diffondere al suo posto figure di

esperti nel"disease management" di una patologia cronica che sappiano dialogare con i pazienti cercando di individualizzare il più possibile l'approccio terapeutico-riabilitativo utilizzando al meglio i pochi strumenti con efficacia documentata e lavorando al contempo sull'"empowerment".

3.4. Nel disease management del paziente l'Educazione Terapeutica ha un ruolo particolarmente importante, ed è cruciale che gli operatori non si limitino ad una applicazione formale ed astratta di generiche linee guida, ma sappiano esercitare un ruolo attivo.

4. Proposta

4.1. A noi pare quindi che ci sarebbero le conoscenze per arginare una situazione assistenziale così controversa per rendere maggiore sicurezza a persone bisognose di cure come lo sono i soggetti obesi.

Esistono Linee-Guida accreditate che indicano cosa e quando è appropriato intervenire.

4.2. Si sa che sarebbe opportuno disporre di un sistema curante multi-disciplinare che operi in modo integrato i cui servizi ed operatori applichino gli standard di qualità appropriati.

4.3. Si potrebbero misurare gli effetti positivi degli interventi calcolando i guadagni individuali di salute, oltre a quelli dei gruppi familiari di appartenenza e dei contesti di vita e di lavoro in cu le persone obese vivono. Ci vorrebbe una policy decisa e coerente da parte dei decisori di vario livello.

4.4 Il nostro suggerimento è quello di supportare la formazione prima di elargire risorse a pioggia e di programmare un censimento delle strutture esistenti.

4.5. Per questo ci rivolgiamo a Lei confidando nella Sua volontà di introdurre gli opportuni correttivi.

4.6. Siamo a sua disposizione per questo disegno e se Lei lo ritiene necessario al Suo fianco.

1. Italian Consensus Conference-overweight, obesity and health. Int J Obes. 1991 Nov;15(11):781-90.
2. Obesity and overweight, Fact sheet N°311, What are overweight and obesity?:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html
3. LiGIO'99 Linee Guida Italiane Obesità: http://utenti.multimania.it/omega3/lin_gui_ob.pdf
4. Documento di Consensus: Obesità e Disturbi dell'Alimentazione
Eating Weight Disord. 15: 1-31, Suppl. al No. 1-2, 2010
5. Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: Committee on an Evidence Framework for Obesity
Prevention Decision Making, Institute of Medicine, SK Kumanyika, L Parker, LJ Sim, The National Academy Press, 2010

ii

Schema riassuntivo Modulo 1 Montanari:Raggiungimento di un obiettivo intersocietario	
Analisi della situazione attuale	**Analisi SWOT**
La costruzione di una mappa strategica per lo sviluppo del Programma	**Definizione del modello logico di base del Programma** **Condivisione degli obiettivi per le diverse prospettive della mappa (cliente, comunità, processi, crescita e apprendimento)**
Il Project Management applicato al Programma	**Presentazione degli strumenti per la pianificazione (documento di start up, definizione di obiettivi SMART, il piano delle tappe, il piano della comunicazione) e la valutazione progetti, azioni correttive, documento di chiusura)**

Metodologia

La modalità di lavoro che sarà utilizzata è la conduzione frontale del Formatore, in grande gruppo ("assemblea"), con interventi dei partecipanti sugli stimoli proposti e la raccolta dei contributi per l'utilizzo dei materiali utilizzati.

Analisi della situazione attuale

Compilazione guidata di schema SWOT

Lo sviluppo della Educazione Terapeutica nel campo dei DCA Obesità compresa: raccolta e discussione di:

- Punti di forza e Criticità segnalati dai partecipanti relativamente alle proprie attività professionali ed associative
- Opportunità e Minacce presenti negli ambiti professionali, operativi e politici esterni alle associazioni partecipanti

L'analisi della situazione così costruita permetterà di procedere alla definizione condivisa della **mission** del Programma di Educazione Terapeutica.

La costruzione di una mappa strategica per lo sviluppo del Programma

Gli strumenti della BSC per lo sviluppo del Programma

I partecipanti, a seguito di adeguata presentazione degli strumenti, saranno sollecitati a contribuire alla individuazione condivisa dei **risultati attesi** dal Programma di Educazione Terapeutica e, a partire da questi, ad individuare i processi da mettere in atto, le risorse da sviluppare, gli indicatori per una adeguata valutazione.

L'assemblea produrrà in questo modo una prima mappa strategica, da rifinire successivamente in altri incontri e/o mediante scambio in rete.

Il Project Management applicativo: Tecniche di gestione dei progetti per l'efficacia del Programma

Saranno presentate le modalità di gestione di progetti mirati ad obiettivi (GPMO). Il conduttore guiderà successivamente i partecipanti nella esemplificazione concreta degli strumenti e del loro utilizzo (riprendendo uno degli obiettivi individuati nel modulo precedente).

L'assemblea sarà in grado di condividere modalità operative che facilitano l'individuazione di ruoli e compiti delle diverse professionalità o associazione nello sviluppo del programma.

iii

Programma del Modulo 2 Albano: L'Educazione Terapeutica
Illustrazione dei metodi di lavoro Epistemologia dell'ETP Definizione dell'ETP L'approccio sistemico all'ETP e la diagnosi educativa
Attivita' in piccoli gruppi 1: Elaborazione di una diagnosi di educazione
Il contratto di educazione e la negoziazione
Attivita' in piccoli gruppi 2: Elaborazione di un contratto di educazione
I principi dell'apprendimento ed i criteri per la scelta dei metodi di apprendimento I metodi di apprendimento (collettivi, individuali, di autoapprendimento: l'esposizione interattiva, il classificatore di immagini, lo studio di un caso, l'apprendimento di gesti, le carte di Barrows, la tavola rotonda)
Attivita' in piccoli gruppi 3: 1. Costruzione di carte di Barrows 2. Costruzione di un classificatore di immagini 3. Studio di un caso 4. Preparazione di una lezione interattiva
Criteri di qualità di un programma
La pianificazione di un programma
Attivita' in piccoli gruppi 4: Pianificazione di un programma di ETP
La valutazione: bioclinica, pedagogica, psico-sociale
Attivita' in piccoli gruppi 5: Costruzione di un test di progressione. I 4 gruppi possono, in alternativa, costruire 4 strumenti di valutazione
La cartella di educazione
Il rendiconto dell'educazione
La check list di educazione
Conclusioni e Verifica finale con questionario

Appunti Generali

Fare riferimento al Progetto si LPS e all'Area in cui si riferiscono i commenti. Si prega di segnalare al Referente rispettivo Nizzoli, Donini, Bosello, Bongiovanni, Spera, Melchionda con un file Word per l'inserimento nell'assemblaggio finale del File LPS.6.

Elenco delle Slides

Relatori	Progetti LPS	Gruppi Lavoro	Note
Melchionda	**Introduzione**	**-**	
Bosello	**Elzeviro**	**-**	
Ballardini	B.2	B.04	
Bertelloni	B.10-B.11	B.09	
Bosello	A.13	A.08	
Bongiorno Area C	**Area C**	**C.GL**	
Capezzali	A.12	A.01	
Cerro	B.7-C.15	C.04	
Cuzzocre	A.10	D.05	
Cuzzolaro.	B.8-B.9	B.03	
Desalvo	D.8	D.03	
Dipietro	C.9	C.05	
Donini Area B	**Area B**	**B.GL**	
Donini	B.3.a	B.01	
Gravina	A.8	D.04	
Guerri	C.6-A.4	A.06	
Guidi	C.7-D.9	C.07	
Jacoangeli**	C.12	(C.8)	
Lanzarone	D.7	C.02	
Manzato	A.6	A.05	
Manzi	C.1	C.01	
Melchionda	B.3.b.1-D.3	D.06	
Milano	B.4.a-A.4	C.06	
Miottello	C.11	C.03	
Molinari.Melc	A.1	A.02	
Nizzoli-Melc Area A	**Area A**	**A.GL**	
Nizzoli	A.9	A.04	
Prosperi	A.5	A.03	
Renna	B.4.b	B.03	
Ruggiero**	A.11	(A.07)	
Scaglia	B.12	B.08	
Schuman	A.7	B.10	
Spera Area D	**Area D**	**D.GL-01**	
Tanas	B.3.b.2-b.4	B.02	
Tarrini	B.3.b.3-B.6-C.8	B.05	
Todisco**	C.2**	-	

Segnala eventuali errori nello spazio riservato agli Appunti Generali indicizzando la sede Pag,paragrafo, riga