

**Meeting di Presentazione del Progetto PIADAO: Bologna Hotel De La Gare (prenotata aula 100 posti)  
Percorsi Diagnostico-Terapeutici Eccellenti Integrati Disturbi Alimentari Obesità (DAO)**

Capifila Preparazione Files		Argomenti Originali		Sessioni di Presentazione e Discussione Redattori del Panel Completo		Scrittura - Revisione
1	2	Arg	Titoli	Nov 2013: Ven 29 h 10-19 e Sab 30 h 08-14 Coordinatori e Moderatori di Sessione		Riunioni di Preparazione Gruppi di Lavoro
Di Pietro	Manzi	01	Dal DSM-IV al DSM-5	<b>1.</b> Diagnosi e Valutazione Aspetti Nosologici e Classificazioni	Mod.ri: Nizzoli-Spera  Relatori: Cuzzolaro-Di Pietro-Donini Gravina-Lanzarone-Manzi Melchionda-Prosperi-Rovera Spera-Tarrini Esperti Volontari	Riunioni in Maggio-Giugno <b>(h 10-16)</b>  Cercare di fare di tutto per la presenza. L'obiettivo è molto hard  <b>Si prega di essere presenti data            l'importanza strategica conclusiva a            seguito di un anno di lavoro</b>
Donini	Nizzoli	02	Valutaz. Multi-dimensionale			
Gravina	Spera	07	Meccanismi Neurobiol. Appetito			
Prosperi	Melchionda	15	Classificazione degli EDNOS			
Lanzarone	Gravina	05	Bambini, Adolescenti e Adulti			
Cuzzolaro	Tarrini	21	Studi di Esito			
Nizzoli	Manzi	03	Tra i due poli: Anoressia e OB			
Tarrini	Cuzzolaro	22	Metodologia Valutaz. Risult.			
Cuzzolaro	Rovera	28	Valutazione prechirurgica OB			
Bongiorno	Lanzarone	30	Eziopatog: Rischio-Protezione	<b>2.</b> Prevenzione Integrata	Mod.ri Bosello-Bongiorno  Relatori: Bongiorno-Lanzarone-Vanzo Esperti Volontari	Riunione Psichiatri: 25 Maggio BO 19-21: <b>Cuzzolaro</b> -Tarrini 17-26: Manzato-Guidi-DiPietro 01-11-13: DiPietro-Manzi 04-10-15-24: Melchionda-Prosperi 23-24: Luxardi-Genovese-Melchionda 22-28-29: Rovera-Cuzzolaro-Tarrini
Vanzo	Bosello	25	Importanza Componente Ambient.			
Bosello	Vanzo	31	Programmi di Prevenzione			
Ballardini	Montomoli	18	Aspetti Med.-Nutriz: AN-EDNOS	<b>3.</b> La Clinica del Soma: Aspetti Medico-Nutriz.	Mod.ri: Donini-Cena  Relatori: Ballardini-Cena-Labate Montomoli-Vincenzi-Bellomo Esperti Volontari	Riunione Internisti: 1.6 Sede VR 25-31: <b>Bosello</b> -Vanzo 02-14-20: Donini-Cena-Montomoli 05-30: Bongiorno-Lanzarone-Gravina 05-07-16: Gravina-Milano-Spera 18-20: Ballardini-Vincenzi-Montomoli 09-27: Spera-Milano-Bellomo-Todisco
Cena	Donini	14	Aspetti Medico-Nutriz: BN			
Montomoli	Cena	20	Aspetti Medico-Nutriz: OB-BED			
Melchionda	Luxardi	04	Il Viraggio Bulimico	<b>4.</b> La Clinica della Psiche: Aspetti Psichiatrici	Mod.ri: Cuzzolaro-Manzato  Relatori: Bellomo-Bongiorno-DiPietro Gravina-Guidi-Luxardi Manzato-Manzi-Melchionda Milano-Prosperi-Tarrini Esperti Volontari	Riunione Psicologi: 8.6 a Bologna 03-34: <b>Nizzoli</b> -Rovera 32-33: Schumann-Melchio-Castelnuovo 32-33: Manzoni-Molinari-Cuzzocrea 32-33: D.Esposti-Milgiorini-Tieghi 32-33: Fasoli-Pavan-Vinci-Gelo 02-35: Nizzoli-Di Flaviano-Rovera
Melchionda	Tarrini	24	L'Obesità: Disturbo Alimentare			
Luxardi	Genovese	23	La "Food Addiction"			
Melchionda	Nizzoli	10	Convergenza DAO-SUD			
Manzi	Prosperi	11	Aspetti Psico-Psichiater: AN			
Di Pietro	Guidi	13	Aspetti Psico-Psichiater: BN			
Cuzzolaro	Bongiorno	19	Aspetti Psico-Psichiater: BED			
Manzato	Di Pietro	17	Aspetti Psico-Psichiater: EDNOS			
Milano	Gravina	16	Night Eating Syndrome			
Guidi	Manzato	26	Aspetti Psico-Psichiatrici OB			
Milano	Todisco	08	Benefici dei Farmaci	<b>5.</b> Interventi Prescrittivi e Governo Clinico	Mod.ri: Rovera-Ballardini  Relatori: Bellomo-Cuzzolaro-Donini Milano-Nizzoli-Spera-Todisco Esperti Volontari	Riunione Consuntiva per la valutazione dei testi da parte del <b>Editorial Board 29 Giugno (VR)</b>  Bosello-Cuzzolaro-Donini Melchionda-Nizzoli-Rovera
Bellomo	Spera	09	Danni Iatrogenici			
Spera	Donini	27	Trattam. Multi-Profes. Integr.			
Rovera	Cuzzolaro	29	Trattam. Post-chirurgico OB			
Donini	Rovera	34	Criteri Appropriat. Congruità			
Nizzoli	Donini	35	Integrazione Nodi della Rete			
Schumann	Dalle Grav	32	Ter. Cognitivo Comportamentale	<b>6.</b> Psicoterapie Integrate: Indicazioni per l'uso	Mod.ri: Molinari-Schumann  Relatori: Dalle Grave-Molinari Manzoni-Cuzzocrea Schumann-Castelnuovo Esperti Volontari	
Molinari	Manzoni	33	Psicoterapie Alternative			

## **B. Indice dei Syllabus e Gruppi di lavoro per la preparazione dei testi**

- 1.1.a. Dal DSM-IV e dal ICD-10 al DSM.5. Di Pietro-Manzi.
- 2.1.b. La Valutazione Multi-dimensionale (VMD). Donini-Nizzoli, Capezzali, Castelnuovo, Cecchetto, Di Flaviano, Pasqui, Tagliabue
- 3.2.a. Tra i due poli: Anoressia e Obesità. Nizzoli-Manzi, Traetta, Guerri, Cecchetto
- 4.2.b. Il Viraggio Bulimico: Sintomo trasversale. Melchionda-Luxardi, Cosenza, Marchiol, Rigotti, Tarrini, Zannini
- 5.3.a. Bambini, Adolescenti, Adulti. I DAO "life time". Lanzarone-Gravina, Cazzola, Cuzzocrea, Gelo, Martinetti, Miottello, Montecchi, Poianella, Stefanini, Stella, Vinci
- 7.4.a. Meccanismi Neurobiologici di Regolazione dell'Appetito. Gravina-Spera, Basciani, Di Loreto, Nebbiai, Pennacchi, Poggiogalle
- 8.4.b.i. Benefici possibili dei Farmaci. Milano-Todisco, Cerro, Di Luzio, Miottello, Scita
- 9.4.b.ii. Danni Iatrogenici dei Farmaci. Basciani, Giuntoli, Raiteri
- 10.4.c. Convergenza tra DAO e Uso-Abuso di Sostanze. Melchionda-Nizzoli, Genovese, Luxardi, Oliva, Tarrini, Zannini
- 11.5.a.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Anoressia Nervosa. Manzi-Prosperi, Bonanni, Bosio, Carli, Castegnaro, Cosenza, Di Stani, Micheletti, Paolicchi, Ricci, Todisco, Zaninotto
- 13.5.b.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Bulimia Nervosa. Di Pietro-Guidi, Ardovini, Bosio, Cazzola, Di Stani, Franco, Micheletti, Ricci, Sorge
- 14.5.b.ii. Aspetti Medico-nutrizionali. Bulimia Nervosa. Cena-Donini, Fonte, Pennacchi, Petroni, Poianella, Tagliabue, Trunfio, Zini.
- 15.5.c.i. Classificazione degli "EDNOS". Prosperi-Melchionda, Bonanni, Gaudio, Guidi G, Poggiogalle, Traetta
- 16.5.c.ii. "Night Eating Syndrome" (NES). Milano-Gravina, Nebbiai, Vinai
- 17.5.c.iii. Aspetti Psicologico-psichiatrici degli EDNOS. Manzato-Di Pietro, Castelnuovo, Francato, Manzoni, Schumann, Strizzolo, Tieghi
- 18.5.c.iv. Aspetti Medico-nutrizionali dell'AN e degli EDNOS. Ballardini-Montomoli, Jacoangeli, Labate, Petroni, Savina, Staar Meazzsalma, Trunfio, Vincenzi
- 19.5.d.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Binge Eating Disorder. Cuzzolaro-Bongiorno, Ardovini, Coli, Degli Esposti, Di Loreto, Grossi, Migliorini, Mini, Minniti, Notarbartolo, Ramacciotti, Vinai
- 20.5.d.ii. Aspetti Medico-nutrizionali. Binge Eating Disorder. Montomoli-Cena, Capezzali, Fonte, Petroni, Pasqui, Vincenzi
- 21.6.a. Studi naturalistici di Esito. Metodologia e Risultati. Cuzzolaro-Tarrini-Vinai
- 22.6.b. Metodologia degli Studi di Valutazione dei Risultati dei Trattamenti. Tarrini-Cuzzolaro
- 23.7.a. La questione della "Food Addiction". Melchionda-Bellomo, Genovese, Luxardi, Marchiol, Raiteri, Rigotti, Zannini
- 24.7.b. E' l'Obesità un Disturbo Alimentare? Melchionda-Tarrini, Luxardi, Genovese, Oliva, Tanas
- 25.7.c. Importanza della Componente ambientale delle Obesità. Vanzo-Bosello, Gagliardini, Meneghini, Minniti, Pavan
- 26.7.d. Comorbilità Psichiatriche dell'Obesità. Guidi-Manzato, Gaudio, Francato, Giuntoli, Loviselli Scita, Strizzolo
- 27.7.e. Trattamento Multi-professionale Integrato delle Obesità. Spera-Donini, Basciani, Gagliardini, Oliva
- 28.8.a. Valutazione prechirurgica. Chirurgia Bariatrica. Cuzzolaro-Rovera, Delle Piane, Grossi, Mian, Mini, Notarbartolo, Zaninotto
- 29.8.b. Trattamento postchirurgico. Chirurgia Bariatrica. Rovera-Cuzzolaro, Cuzzocrea, Delle Piane, Gelo, Mian, Vinci
- 30.9.a. Eziopatogenesi, Fattori di Rischio e di Protezione. Bongiorno-Lanzarone, Carli, Castegnaro, Mini, Miottello, Montecchi
- 31.9.b. Programmi di Prevenzione Integrata DAO. Bosello-Vanzo, Martinetti, Meneghini, Pavan, Stefanini
- 32.10.a. Le Terapie Cognitivo-Comportamentali Trans-diagnostiche integrate. Dalle Grave-Schumann, Malchionda, Fasoli
- 33.10.b. Le Psicoterapie Alternative Integrate. Molinari-Manzoni, Cuzzocrea, Degli Esposti, Gelo, Migliorini, Pavan, Schumann, Tieghi, Vinci
- 34.11.a. Il Razionale per i Criteri di Appropriatezza e Congruità. Donini-Rovera, Di Flaviano, Zini
- 35.11.b. L'integrazione dei nodi della Rete. Aspetti organizzativi dei 5 livelli di cura. Nizzoli-Donini, Paolicchi, Tanas

## C. Elenco dei Syllabus: Definizioni, Quesiti, Stato dell'arte

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

**Di Pietro-Manzi**

Titolo del file: 01\_DIPIETRO\_MANZI\_5

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

1. DSM III-V: Le 5 edizioni del Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-APA)
2. ICD-10: International Classification Of Diseases (ICD), 10° edizione (OMS).

##### ii. Quesiti

1. Quale è stata l'evoluzione storica del DSM e dell'ICD rispetto ai DAO?
2. Quali novità ha introdotto il DSM-5 per i DAO?
  - a. La definizione del Binge Eating Disorder (BED)
  - b. L'eliminazione dell'amenorrea come criterio essenziale per la diagnosi di AN
  - c. L'eliminazione della frequenza dei comportamenti compensatori come criteri essenziali per la diagnosi della BN

#### b. Stato dell'arte

- i. Evoluzione storica del DSM e del ICD rispetto ai DAO. Dibattito sui sistemi di classificazione più utili e le modalità ritenute scientifiche.
- ii. Novità introdotte dal DSM-5 per i DAO

1. Il BED è categoria autonoma
  2. L'amenorrea non è criterio indispensabile per la diagnosi di Anoressia Nervosa
  3. La frequenza dei comportamenti patologici (Restrizione, Vomito) non è criterio diagnostico
- ##### iii. Proposte alternative
1. Alternative coerenti, tali da poter rispettare la complessità della clinica
  2. Forti limiti imposti dall'approccio fondamentalmente categoriale.

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

**Donini-Nizzoli, Capezzali, Castelnuovo, Cecchetto, Di Flaviano, Pasqui, Tagliabue**

Titolo del file: 02\_DONINI\_NIZZOLI\_1

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

1. Valutazione multidimensionale (VMD) e ambiti considerati (nutrizionale-internistico, psicologico-psichiatrico, funzionale, qualità di vita)

##### ii. Quesiti

1. Perché la VMD?
2. Quali dimensioni considerare nella VMD?
3. Quali strumenti per ogni singola dimensione?
4. Esistono sistemi che integrano in un unicum la VMD?
5. Come può la VMD condizionare il percorso di presa in carico e la valutazione di esito?
6. Quando effettuare la VMD?
7. Può la VMD costituire un elemento che caratterizza la continuità della presa in carico del paziente e segue il paziente nel suo percorso di cura?
8. Quali sono i limiti della VMD?

#### b. Stato dell'arte

- i. Strumenti a disposizione nei diversi ambiti esplorati dalla VMD
- ii. Criteri di sintesi per arrivare ad una VMD "integrata"
- iii. Dalla VMD alla diagnosi
- iv. Dalla VMD al piano assistenziale
- v. Dalla VMD al contratto terapeutico
- vi. Vantaggi e limiti della VMD

=====

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

Nizzoli-Manzi, Traetta, Guerri, Cecchetto

Titolo del file: 03\_NIZZOLI\_MANZI\_3

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

1. Patogenesi
2. Alternanza sintomatologica
3. Equifinalità sintomatologica

##### ii. Quesiti

1. Esistono specifici modelli di setting delle cure per le popolazioni con diagnosi migrante?
2. Perché consideriamo l'Obesità un disturbo mentale?
3. Esistono fattori di vulnerabilità specifici per questo tipo di migrazione?
4. E' possibile il percorso inverso da Obesità ad Anoressia?
5. Servono tecniche specifiche per la diagnosi e la cura di questi pazienti?

#### b. Stato dell'arte

##### i. Le migrazioni diagnostiche

1. Studi sullo spettro, tassonomici e dimensionali
  2. Il continuum di malattia e le fasi nella sua storia naturale
- ##### ii. Sintesi narrativa delle Revisioni sistematiche sulle migrazioni diagnostiche
- iii. Le storie cliniche che passano da Anoressia a Obesità
  - iv. Dati Epidemiologici

=====

### 4.2.b. Il Viraggio Bulimico (VRB)

Melchionda-Luxardi, Cosenza, Marchiol, Rigotti, Tarrini, Zannini

Titolo del file: 04\_MELCHIONDA\_LUXARDI\_57

Syllabus

Acronimi

#### A. Introduzione

i. Premesse concettuali e storiche

ii. Definizioni

1. Viraggio Bulimico (VRB)
2. Binge Eating (BE)
3. Binge Eating Disorder (BED)
4. Binge-Eating-Obesità (BEO)
5. Binge Eating Syndrome (BESY)

iii. Quesiti

1. E' il VRB una complicanza dell'AN o una fase obbligata ego-distonica utile per.....
2. Quali sono differenze tra il BE o il BED dell'OB, quello della BN e quello dell'AN?
3. Quale può essere il significato della restrizione protratta e non accompagnata da BE?
4. Qual è il significato del BED (non seguito dal vomito) presente nei soggetti normo peso.....
5. Problemi aperti e importanti a cui non si può dare ancora una risposta.

#### B. Stato dell'arte e Sintesi Narrativa strutturata

i. Le osservazioni aneddotiche nell'AN

ii. Osservazioni strutturate, classificazione e traslazioni da esperimenti

iii. I Follow-up a lungo termine

iv. Gli ultimi sviluppi sperimentali

#### C. Protocolli Diagnostico-terapeutici raccomandati

i. La BES: Binge Eating Scale

ii. EDE-12: Eating Disorder Examination e EDI-3: Eating Disorder Inventory.

iii. Gli aspetti cognitivi del Viraggio Bulimico.

#### D. Discussione

- i. ANR vera o criptica
- ii. Il VRB nella BN
- iii. Il VRB nel BED

**E. L'Azione**

- i. Raccomandazioni
- ii. Risposta ai Quesiti

**F. Riassunto e brevi conclusioni**

**Sitografia (STG)**

**Bibliografia**

=====

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

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

Titolo del file: 05\_LANZARONE\_GRAVINA\_2

**a. Introduzione**

**i. Definizioni:**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

**i. Epidemiologia**

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

**ii. Aspetti Psicologici e Psicopatologici, comorbilità psichiatriche**

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

**iii. Trattamento**

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

**iv. Trattamento Obesità**

- 1. Bambini
  - Setting e livelli di cura
  - Psicoterapie

- Farmaci
- Disturbi psicopatologici associati
- Intervento nutrizionale
- 2. Adolescenti
  - Setting e livelli di cura
  - Psicoterapie
  - Farmaci
  - Disturbi psicopatologici associati
  - Intervento nutrizionale
    - v. Fattori "iatrogeni"
    - vi. "Toxic environment e Dieting"
    - vii. Competenze peculiari richieste agli operatori nel trattamento dei DAO

=====  
**7.4.a. Meccanismi Neurobiologici di Regolazione dell'Appetito.**  
**Gravina-Spera, Basciani, Di Loreto, Nebbiai, Pennacchi, Poggiogalle**  
**Titolo del file: 07\_GRAVINA\_SPEEA\_2**

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

1. Neurotrasmettitori implicati nei meccanismi di controllo dell'alimentazione
2. Network neurobiologico del controllo dell'alimentazione

**ii. Quesiti**

1. Qual'è la componente neurobiologica nella eziopatogenesi dei DAO?
2. E' possibile agire sui meccanismi neurobiologici nella gestione clinica dei DAO?

**b. Stato dell'arte**

**i. Recenti acquisizioni sui neurotrasmettitori implicati nei disturbi dell'alimentazione**

1. Fattori genetici (gusto-sensoriali, neuroendocrini e metabolici)
2. Ormoni gastrointestinali e regolazione dell'appetito
3. Sistema endocannabinoide e regolazione metabolica
4. Meccanismi ipotalamici di controllo dell'appetito
5. Stress e sistema fame-sazietà
6. Reward e food addiction
7. Strumenti e metodi di intervento relativi a fattori gusto-sensoriali e fattori cognitivo-sociali

**ii. Osservazioni sperimentali**

1. Brain network e regolazione dell'appetito

**iii. Evidenze cliniche nella gestione dei DAO**

1. Differenti approcci nel trattamento di DAO con componente di addiction vs. altre forme
- =====

**8.4.b.i. Benefici possibili dei Farmaci.**  
**Milano-Todisco, Cerro, Di Luzio, Miottello, Scita**  
**Titolo del file: 08\_MILANO\_TODISCO\_1**

Versione 1 aggiustata il giorno 8.2 ore 11.30

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

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

#### **9.4.b.ii. Danni Iatrogenici dei Farmaci.**

**Bellomo-Spera, Basciani, Giuntoli, Raiteri**

Titolo del file: 09\_BELLOMO\_SPERA\_2

##### **a. Introduzione**

###### **i. Definizioni**

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

###### **ii. Quesiti**

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

##### **b. Stato dell'arte**

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

#### **10.4.c. Convergenza tra Disturbi-Alimentari-Obesità (DAO) e Abuso-Dipendenza da Sostanze (SUD)**

Melchionda N, Nizzoli U, Genovese A, Luxardi G, Oliva L, Poggiogalle E, Tanas R, Tarrini G, Zannini A

Titolo del file: 10\_MELCHIONDA\_NIZZOLI\_69

##### **Syllabus**

##### **Acronimi**

#### **A. Introduzione**

##### **i. Definizioni**

1. Circuitry reward, 2. Tolleranza, 3. Dipendenza, 4. Binge Eating, 5. Binge Eating Disorder,
6. Doppia diagnosi, 7. Sert, Disturbo di personalità.

##### **ii. Quesiti**

1. Esiste una dimostrazione inopugnabile della "FA" tale da .....?
2. E' utile e corretto interagire tra l'attività clinica nei DAO e quella dei SUD con.....?
3. Data la stretta associazione da DA, SUD e DP, come dovrebbero essere strutturati i percorsi.....?
4. Quali sono i servizi dedicati ai SUD e come si possono integrare con le strutture.....?
5. Doppia o triple diagnosi?

#### **B. Stato dell'Arte e Sintesi Narrativa**

##### **i. Il problema della "doppia o tripla diagnosi"**

##### **ii. Aspetti eziopatogenetici inerenti alla convergenza DAO-SUD**

1. Multifattoriale
2. Fattori genetici.
3. Fattori familiari
4. Fattori biologici
5. Disturbi di Personalità
6. Il "circuitry reward" in comune
7. Il modello Bio-Psico-Social

##### **iii. La Storia Naturale della convergenza DAO-SUD clinico-epidemiologica**

1. Associazione DA (AN e BN) vs SUD
- a. La revisione sistematica più esaustiva
- b. La meta-analisi di riferimento
- c. Lo studio osservazionale più articolato
2. Associazione DA (AN, BN) vs ADA e Psicopatologie

3. DA (AN, BN) vs SUD: Il problema della traiettoria nella cronologia del decorso
4. Associazione OB vs BED, SUD e Psicopatologie
- a. L'OB deve essere considerata un DA quando è presente BE, BEB o BED
- b. Il "circuitry reward" in comune
- c. Rapporti tra OB e SUD
- d. Importanza della storia familiare di SUD
- e. Relazioni temporali tra OB, SUD e Depressione
- f. Relazione tra ADA, SUD, Nicotina, Genere e BMI
- g. Il BED nelle Psicopatologie

**iv. Il Modello dell'Addiction DAO-SUD: Implicazioni terapeutiche**

1. Quanto è presente AN e SUD
2. Quanto è presente OB e SUD
3. Quanto è presente BN
4. La Prevenzione Congiunta
5. Strategie Terapeutiche alternative
6. La visione transdiagnostica della CBT-E
7. Uno sguardo delle Comunità
8. La Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)

**v. Discussione e Problemi aperti**

**C. L'Azione**

- i. Protocolli Diagnostico-Terapeutici Consigliati
- ii. Raccomandazioni per la Pratica Clinica e per la Ricerca Fializzata
- iii. Risposte ai Quesiti

**D. Riassunto e brevi conclusioni**

**Bibliografia Essenziale**

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

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

**Titolo del file: 11\_MANZI\_PROSPERI\_4**

**Introduzione**

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

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

**i. Aspetti eziologici, epidemiologici e mortalità**

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



6. L'abuso sessuale e altre forme di traumi

**ii. L'assessment**

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

**iii. La clinica**

1. I disturbi di personalità associati ai due sottotipi prima, durante e dopo l'insorgenza dei sintomi
2. La disregolazione emotiva
3. Le patologie psichiatriche associate o peggiorate dall'AN: nevrosi e psicosi.
4. Il significato dell'autolesionismo
5. L'identità personale e l'immagine corporea: aspetti clinici e prognostici.

**iv. I problemi implicati nel percorso terapeutico**

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

**8. =====**

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

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

**Tutolo del file: 13\_DIPIETRO\_GUIDI\_3**

**a. Introduzione**

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

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

- i. Revisione sistematica degli studi primari (Morton, Bruch, Gordon, Fairburn e altri)
- ii. Analisi storica della diagnosi e del concetto di BN (Russel e altri)
- iii. Passaggi epocali, dagli anni '90 ai giorni nostri
- iv. I punti controversi
- v. I punti acclarati

1. Aspetti Fenomenologico-Esistenziali
2. Il contributo della Psicoanalisi: da Freud a Lacan
3. Immagine corporea
4. Il discontrollo degli impulsi
5. Aspetti psicologici della dieta
6. Sentimenti ed emozioni: ansia, paura, rabbia, depressione, solitudine, vergogna, vuoto
7. Ipotesi sulle cause psicologiche
8. La motivazione alle terapie
9. Preparazione dello strumento "Terapeuta"
  - a. Indispensabile un lungo e severo training psicoterapeutico.
  - b. Due livelli diversi di competenze terapeutiche: generico e specialistico.

**=====**

=====

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

Cena-Donini, Fonte, Pennacchi, Petroni, Poianella, Tagliabue, Trunfio, Zini

Titolo del file: 14\_CENA\_DONINI\_3

##### a. Introduzione

###### i. Definizioni

1. Gli aspetti medico-nutrizionali
  2. I problemi medico-nutrizionali specifici per tipologia di BN
- ###### ii. Quesiti

1. Quali sono le complicanze mediche associate alla BN?
2. Quali sono le complicanze nutrizionali associate alla BN?
3. Quali sono gli interventi medico-nutrizionali delle complicanze nella fase acuta e in quella cronica?

##### b. Stato dell'arte

###### i. Dati di incidenza, prevalenza, morbosità, mortalità

###### ii. Storia naturale delle problematiche medico-nutrizionali

- I. Alterazione degli annessi cutanei, smalto dentario e gengivopatie
- II. Modificazione delle ghiandole salivari e del tratto gastroenterico
- III. Alterazioni elettrolitiche, modificazione dello stato di idratazione
- IV. Modificazioni ormonali (asse ipotalamo-ipofisi- tiroideo-ovarica)

###### iii. Setting assistenziali e modalità di gestione degli aspetti medico-nutrizionali

###### iv. Organizzazione dei servizi e dati epidemiologici relativi alle complicanze medico-nutrizionali

###### v. Indicatori medico-nutrizionali che richiedono il ricovero o la gestione ambulatoriale

###### vi. Gestione della presenza concomitante di potus e uso di sostanze stupefacenti

###### vii. Interferenza della malnutrizione sulla crescita e lo sviluppo

###### viii. Impatto degli aspetti medico-nutrizionali sulla qualità di vita

###### ix. Terapia medico-nutrizionale in fase acuta

###### x. Terapia medico-nutrizionale, educazione alimentare a lungo termine

=====

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

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

Titolo del file: 15\_PROSPERI\_MELCHIONDA\_1

##### a. Introduzione: Premesse concettuali e storiche

###### i. Definizioni

1. La definizione diagnostica proposta dal DSM-5 conferma dignità nosologica e clinica per gli EDNOS?

###### ii. Quesiti

2. Gli EDNOS rappresentano una fase di passaggio verso un disturbo dell'alimentazione maggiore?
3. Gli EDNOS richiedono una gestione clinica peculiare e diversa dagli altri disturbi dell'alimentazione?

##### b. Stato dell'arte

###### i. Classificazione di Keel 2001

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

###### ii. Epidemiologia

=====

=====

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

Milano-Gravina, Nebbiai, Vinai

Titolo del file: 16\_MILANO\_GRAVINA\_2

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

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

##### ii. Quesiti

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

#### b. Stato dell'arte

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

=====

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

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

Titolo del file: 17\_MANZATO\_DIPIETRO\_3

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

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

##### ii. Quesiti

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

#### b. Stato dell'arte

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

ii. Prevalenza degli aspetti psicologico-psichiatrici negli EDNOS

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

=====

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

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

Titolo del file: 18\_BALLARDINI\_MOLTOMOLI\_2

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

1. La motivazione e la compliance come aspetti critici per l'applicazione della terapia medica e della riabilitazione nutrizionale
2. La terapia medica
3. La riabilitazione nutrizionale
4. Le complicanze mediche
5. L'approccio integrato come best practice nel trattamento dell'AN

##### ii. Quesiti

1. Quando deve essere avviata la cura medico-nutrizionale?
2. La non corretta gestione medico-nutrizionale può influenzare l'adesione alla psicoterapia o favorire la cronicizzazione?
3. La cura medico nutrizionale migliora l'outcome?
4. Le figure terapeutiche che si occupano della cura medica e della riabilitazione nutrizionale devono conoscere le tecniche terapeutiche specifiche per relazioni d'aiuto e/o le tecniche terapeutiche della psicoterapia? Esistono evidenze per la necessità della formazione?
5. Possono nascere problemi deontologici per l'esclusione della cura medico-nutrizionale?
6. Richiedono gli EDNOS la strutturazione di percorsi diagnostico-terapeutici diversi da quelli dell'AN, della BN e del BED?
7. L'approccio terapeutico nell'ottica transdiagnostica, con l'aggiunta di percorsi psicoterapeutici e medico-nutrizionali specifici per le comorbidità, può contenere gli elementi di cura idonei anche per gli EDNOS?

#### b. Stato dell'arte

i. Indicazioni, assessment e trattamento medico-nutrizionale nei diversi livelli di cura: dalle linee guida alla pratica clinica

1. Ambulatoriale
2. Residenziale e semiresidenziale
3. Ricovero ospedaliero

ii. Problematiche specifiche del trattamento medico

1. Il corretto inquadramento terapeutico dell'amenorrea
2. Lo stato dell'arte per la gestione medica dei casi cronici
- iii. Principali caratteristiche organizzative dei servizi internistico-nutrizionali nella rete di cura per AN e altri DCA
- iv. Caratteristiche e problematiche medico-nutrizionali degli EDNOS non BED
- v. La strutturazione del percorso terapeutico medico-nutrizionale nel passaggio dal DSM-IV al DSM.5

=====

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

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

Ramacciotti, Vinai

Titolo del file: 19\_CUZZOLARO\_BONGIORNO\_1

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

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

##### ii. Quesiti

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

#### b. Stato dell'arte

i. BED: aspetti psicologici

1. Descrizione e Prevalenza
  - ii. BED: aspetti psicopatologici
1. Descrizione e Prevalenza
  - iii. BED: trattamento
- Psicoterapie – Farmaci
1. Trattamento dei disturbi psicopatologici associati
  - iv. Lo "status" empirico del Binge Eating Disorder
1. Nelle diverse versioni del DSM
2. Criteri Classificativi – Categoria o Continuum?

=====

**20.5.d.ii. Aspetti Medico-nutrizionali. Binge Eating Disorder**  
**Montomoli-Cena, Capezzali, Fonte, Petroni, Pasqui, Stella, Vincenzi**  
 Titolo del file: 20\_MONTOMOLI\_CENA\_2

**a. Introduzione**

L'assunzione di grandi quantità di cibo in tempi ristretti può essere parte del comportamento alimentare normale volontario, essere un sintomo sporadico ma incontrollabile in soggetti in restrizione calorica oppure configurare un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare.

**i. Definizioni**

1. Binge Eating, perdita del controllo o abbuffata compulsiva come sintomo.
2. Binge Eating Disorder (BED) come entità nosologica del DSM-IV.

**ii. Quesiti**

1. Quali sono le complicanze medico associate al BE e al BED?
2. Quali sono le complicanze nutrizionali associate al BE e al BED?
3. Quali interventi nutrizionali o farmacologici possono prevenire/trattare le complicanze mediche e nutrizionali associate al BE e al BED?

**b. Stato dell'arte o Sintesi Narrativa strutturata**

- i. Dati di incidenza, prevalenza, storia naturale, morbosità e mortalità del BE.
- ii. Problematiche nutrizionali connesse al BE e BED.
- iii. Problematiche mediche determinate dal BE e dal BED.
- iv. Setting assistenziali e modalità di gestione degli aspetti medico nutrizionali del BE e del BED.

=====

**21.6.a. Studi naturalistici di Esito. Metodologia e Risultati**  
**Cuzzolaro-Tarrini-Vinai**  
 Titolo del file: 21\_CUZZOLARO\_1

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

- i. Tabella che elenca I maggiori studi naturalistici di esito dei DAO pubblicati a partire dal 2000
- ii. Dati prognostici emersi

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

=====

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

**Tarrini-Cuzzolaro**

Titolo del file: 22\_TARRINI\_CUZZOLARO\_1

### **a. Introduzione**

#### **i. Quesiti**

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

### **b. Definizioni e Metodologia**

#### **ii. Descrizione dei principali metodi di studio**

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

#### **iii. Assegnazione alla raccomandazione ottenuta dalla ricerca del Livello da I a IV**

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

#### **v. Valutazione della Forza della raccomandazione da A a E**

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

=====

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

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

Titolo del file: 22\_MELCHIONDA\_BELLOMO\_1

### **a. Introduzione: I punti chiave della Storia**

#### **i. Definizioni**

1. Circuitry Reward
2. Reward (rinforzo)
3. Addiction (dipendenza)
4. Bingeing
5. Withdrawal (astinenza)
6. Craving
7. Sensitization (sensibilizzazione)
8. Adaptation (molecular)
9. Adaptation (neuropeptidergic)
10. Tolerance (tolleranza)

#### **ii. Quesiti**

1. Esiste una dimostrazione inoppugnabile della "food addiction"?
2. E' utile e corretto interagire tra l'attività clinica nei DAO e quella delle DUS?
3. Come si collocano i DAO nel continuum dipendenza da sostanze-dipendenza da comportamenti?
4. Quali differenziazioni tra le varie sindromi DAO?

5. Il trattamento per la "drug addiction" è estendibile alla "food addiction"?
6. Quale rapporto tra stress e funzione edonica del cibo?
7. Per l'anoressia, quale rapporto tra restrizione e meccanismi rinforzanti?
8. Quale rapporto tra produzione industriale di cibi altamente palatabili e "food addiction"?
- b. Stato dell'arte o Sintesi Narrativa strutturata: I punti chiave della Storia**
  - i. L'effetto della restrizione calorica
  - ii. La teoria della "FA"
  - iii. La comunanza del "circuitry reward" delle droghe
  - iv. I criteri del DSM-IV, per stabilire l'esistenza della dipendenza
  - v. Con la PET si documentano che le strutture coinvolte nella determinazione dell'appetito e del piacere per il cibo (Yang 2012).
  - vi. I risultati suggeriscono che i soggetti obesi e gli individui con abuso di sostanze hanno un difetto delle vie dopaminergiche
  - vii. Studi sui meccanismi neuro recettoriali
1. Studi animali
2. Studi di brain imaging sull'uomo
  - viii. Studi epidemiologici su convergenza DAO e DUS
  - ix. Studi sul circuito della ricompensa
  - x. Studi sulla relazione tra composizione di cibi altamente palatabili e "addiction"

=====

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

Melchionda-Tarrini, Oliva, Tanas

Titolo del file: 24\_MELCHIONDA\_TARRINI\_1

#### a. Introduzione

##### Premesse concettuali e storiche

1. La teoria della "Food Addiction" deve essere attentamente considerata
2. Nel Binge Eating Disorder è sempre presente il sovrappeso o l'Obesità
3. Il BED è entrato nel DSM.5 a pieno titolo
  - i. Abduzione: inferenza che formula una ipotesi esplicativa**
    1. Regola: tutti i fagioli del sacco sono bianchi. Tutti i soggetti con BED sono in sovrappeso o obesi
    2. Fatto verificato: i fagioli sono bianchi. Il BED è un DA
    3. Fatto ipotizzato: i fagioli provengono dal sacco probabilmente. L'Obesità è un DA e nei soggetti vulnerabili compare il BED
  - ii. Definizioni**
    1. Addiction
    2. Obesità Omeostatica
    3. Obesità BED
  - iii. Quesito**
    3. Vedi titolo
- b. Stato dell'arte**
  - i. E' un corollario di tre argomenti**
    1. Il Viraggio Bulimico
    2. Convergenza tra DAO e SUD
    3. La "Food Addiction"

=====

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

Vanzo-Bosello, Gagliardini, Meneghini, Minniti, Pavan

Titolo del file: 25\_VANZO\_BOSELLO\_1

#### a. Introduzione

##### i. Definizioni

1. Fattori che rientrano nell'attributo 'ambientali'
  - ii. Quesiti**
    1. Qual è il ruolo della componente ambientale nella patogenesi dell'obesità?
    2. Quanto e come influisce l'incapacità di coping rispetto all'ambiente nella patogenesi dell'obesità?
- b. Stato dell'arte**
  - i. Studi recenti (2008-2012) sull'evoluzione dell'ambiente socio-economico negli ultimi decenni

- ii. Studi recenti (2008-2012) sui rapporti fra ambiente e obesità
- iii. Epigenetica e obesità
- iv. Endocrine disruptors
- v. Incertezze e controversie sul ruolo dei fattori ambientali e/o sul rapporto persona/ambiente nella storia dei DAO

=====

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

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

**Titolo del file: 26\_GUIDI\_MANZATO\_2**

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

1. Quali sono gli aspetti psicologico-psichiatrici che possono contribuire a creare e a mantenere un disturbo del peso?
2. Quali sono gli indicatori di gravità predittori di un possibile peggioramento da una condizione premorbose di semplice sovrappeso verso l'Obesità sempre più grave?
3. Come interferisce la comorbilità psichiatrica nel processo diagnostico, nella fase terapeutica e nell'esito del trattamento dell'obesità?

**b. Stato dell'Arte**

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

=====

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

**Spera-Donini, Basciani, Gagliardini, Oliva**

**Titolo del file: 27\_SPERA\_DONINI\_1**

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

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



**28.8.a. Valutazione prechirurgica. Chirurgia Bariatrica**  
**Cuzzolaro-Rovera, Delle Piane, Grossi, Mian, Minì, Notarbartolo, Zaninotto**  
Titolo del file: 28\_CUZZOLARO\_ROVERA\_2

**a. Introduzione**

**i. Definizioni:**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

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

=====  
**29.8.b. Trattamento postchirurgico. Chirurgia Bariatrica**  
**Rovera-Cuzzolaro, Cuzzocrea, Delle Piane, Gelo, Mian, Vinci**  
Titolo del file: ROVERA\_CUZZOLARO\_1

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

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

**ii. Quesiti**

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

**b. Stato dell'arte**

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

=====  
**30.9.a. Eziopatogenesi, Fattori di Rischio e di Protezione. Prevenzione Integrata**  
**Bongiorno-Lanzarone, Carli, Castegnaro, Miottello, Minì, Montecchi.**  
Titolo del file: 30\_BONGIORNO\_LANZARONE\_1

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

1. Fattori predisponenti
2. Fattori di rischio
3. Fattori di protezione
4. Fattori precipitanti
5. Fattori di mantenimento
6. Il modello psico-biologico- sociale
7. Eziopatogenesi, fattori di rischio e di protezione)
8. Fattori precipitanti e Storia naturale dei DAO)

**ii. Quesiti**

1. Quali sono i fattori biologici implicati nei DAO?

2. Quali sono le caratteristiche personologiche predisponenti o associate ai DAO?
3. Quali sono le caratteristiche e le dinamiche relazionali e comunicazionali familiari rilevanti nei i DAO?
4. Qual è il ruolo dei fattori socio-culturali nei DAO?
5. Diversità biologiche e psicologiche nei DAO: una o più anoressie? Una o più bulimie? Uno o più BED? Una o più obesità?

**b. Stato dell'arte**

- i. Revisione sistematica degli studi sui DAO:
  1. Etiopatogenesi
  2. Fattori di rischio
  3. Fattori di protezione
    - ii. Le "storia naturali" delle varie forme di DAO
      1. Anoressia
      2. Bulimia
      3. Obesità con o senza BED
        - i. Convergenze e divergenze eziopatogenetiche
        - ii. I punti controversi
        - iii. I punti acclarati
        - iv. Le conseguenze dell'eziopatogenesi nella pratica clinico-assistenziale
        - v. Lo stato attuale della ricerca dei marcatori biologici

=====  
**31.9.b. Programmi di Prevenzione Integrata DAO. Prevenzione Integrata nei DAO**

**Bosello-Vanzo, Martinetti, Meneghini, Pavan, Stefanini**

**Titolo del file: 31\_BOSELLO\_VANZO\_1**

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

1. Prevenzione integrata dei DAO
2. Descrizione delle ipotesi di "vie naturali" dei DAO

**ii. Quesiti**

1. E' possibile una prevenzione dei DAO?
2. E' auspicabile una prevenzione integrata dei DA e dell'obesità?
3. Prevenzione primaria o secondaria?
4. Programmi di prevenzione incentrati sulla persona, sulla famiglia o sull'ambiente?

**b. Stato dell'arte**

- i. Risultati dei programmi di prevenzione dei DA (studi recenti 2008-2012)
- ii. Risultati dei programmi di prevenzione dell'obesità (studi recenti 2008-2012)
- iii. Risultati dei programmi di prevenzione integrati dei DA e dell'obesità (studi recenti 2008-2012)

=====  
**32.10.a. Le Terapie Cognitivo-Comportamentali Trans-diagnostiche.**

**Dalle Grave-Schumann, Fasoli, Melchionda**

**Titolo del file: 32\_DALLEGRAVE\_SCHUMANN\_1**

**a. Introduzione**

- b. La teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica**
- c. La CBT-E**
- d. Lo stato empirico della CBT-E per i disturbi dell'alimentazione**
- e. Le principali procedure e strategie della CBT-E**
  - i. Preparazione
  - ii. Fase Uno,
  - iii. Fase Due
  - iv. Fase Tre
  - v. Fase Quattro
  - vi. Pazienti sottopeso

=====  
**33.10.b. Le Psicoterapie Alternative: Costruttivista, Sistemica e Familiare Integrate**

**Molinari-Manzoni, Cuzzocrea, Degli Esposti, Fasoli, Gelo, Migliorini, Pavan, Schumann, Tieghi, Vinci**  
**Titolo del file: 33\_MOLINARI\_MANZONI\_2**

**a. Introduzione**

1. Più della metà dei pazienti con DCA presentano comorbilità accese e tali disturbi risultano antecedenti.

**i. Definizioni**

1. Psicoterapia Cognitivo\_Compportamentale
2. Psicoterapia Sistemica
3. Psicoterapia Familiare

**ii. Quesiti**

1. Quali sono le psicoterapie che saranno analizzate per tale scopo?
2. Quale psicoterapia ha dato quale evidenza scientifica sugli esiti per quale patologia?
3. E' necessario integrare le psicoterapie e scegliere la sequenzialità dell'offerta terapeutica?
4. Quali indicatori sono stato definiti dalle linee guida internazionali per la scelta psicoterapetica?
5. Quali sono le criticità di tale integrazione in riferimento ai setting livelli di cura diversi?

**b. Stato dell'arte**

i. Revisione sistematica degli studi di esito riferibili alla Psicoterapia ed a suoi specifici Modelli con riferimento agli aspetti psico-patologici dei DAO e delle loro comorbilità e con le rispettive giustificazioni teoriche, tramite la valutazione della letteratura dal 2005 al 2013 e la definizione del loro livello di evidenza emerso per i seguenti modelli terapeutici,.

ii. Le basi clinico metodologiche per l'offerta delle Psicoterapie per i DAO e le loro comorbilità

iii. Le popolazioni di riferimento per i diversi Modelli psicoterapeutici

iv. Convergenze e divergenze metodologico-interpretative fra i differenti Modelli psicoterapeutici

1. Psicoanalisi e Psicoterapia psicodinamica: modelli e applicazione nel trattamento dei DCA con giustificazioni teoriche ed evidenze scientifiche
2. Psicoterapie cognitive, comportamentali e interpersonali (CT's, CBT, DBT, IPT, SFT): modelli e applicazioni
3. Psicoterapie comportamentali, motivazionali e strategiche: modelli e applicazioni
4. Psicoterapie corporee: modelli e applicazioni
5. Psicoterapia sistemica e sistemico-familiare: modelli e applicazioni
6. Psicoterapia alla famiglia (CBT-F, MAUDSLEY): modelli e applicazione nel trattamento dei DCS

v. L'integrazione delle psicoterapie

=====  
**34.11.a. Il Razionale per i Criteri di Appropriatezza e Congruità.**

**Donini-Rovera, Di Flaviano, Zini**

**Titolo del file: 34\_DONINI\_ROVERA\_1**

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

1. Approproazione e Congruità
2. Rete
3. Continuità assistenziale
4. Sistema curante
5. Matching
6. I livelli di cura
7. La Governance
8. L'Efficacia delle cure

**ii. Quesiti**

1. Quali sono i criteri di appropriatezza e congruità proposti nelle diverse realtà regionali per l'accesso alle cure?
2. Quali sono i limiti ed i condizionamenti in termini di accesso alle cure legati ai criteri di appropriatezza/congruità?
3. Qual'è l'impatto sull'organizzazione del lavoro legato ai criteri di appropriatezza e congruità?

**b. Stato dell'arte**

i. Modalità di applicazione di criteri di appropriatezza e congruità nell'organizzazione di servizi sanitari

ii. Esperienze desunte dalla letteratura e dalle normative

iii. Vantaggi e svantaggi legati all'adozione di criteri di appropriatezza e congruità nell'organizzazione di servizi sanitari

iv. Riorganizzazione del lavoro in funzione di criteri di appropriatezza e congruità

v. Applicabilità ai DAO dei criteri di appropriatezza e congruità

**35.11.b. L'integrazione dei nodi della Rete. Aspetti organizzativi dei 5 livelli**

**Nizzoli-Donini, Paolicchi, Tanas**

Titolo del file: 35\_NIZZOLI\_DONINI\_1

**a. Introduzione**

**i. Definizioni**

1. Rete
2. Continuità assistenziale
3. Sistema Curante
4. Matching
5. Livelli di cura
6. La governance
7. Efficacia delle cure

**i. Quesiti**

1. Cosa ci dice l'analisi delle revisioni sistematiche sul tema

**b. Stato dell'arte**

- i. Le esperienze
- ii. Risultati
- iii. I costi e benefici
- iv. Vantaggi e svantaggi
- v. Quale compito ha la formazione
- vi. Care-manager o case-manager

=====