

X. Il Piano Editoriale del Progetto PIADAO

A. In Attesa del Meeting PIADAO-SISDCA-ANSISA: Percorsi Diagnostico-Terapeutici Eccellenti Integrati DAO. Presentazione-Discussione del Manuale Didattico-Funzionale MDF (draft)

Ven 29 (h 10-19) - Sab 30 (h 8-14) Novembre 2013

Capifila		Argomenti Originali		Sessioni di Presentazione	Scrittura – Revisione Discussione Plenaria		
Di Pietro	Manzi	1	Dal DSM-IV e dall'ICD-10 al DSM-5	1. Diagnosi e Valutazione Aspetti Nosologici e Classificazioni	<u>Nizzoli: Coo.re</u> Cuzzolaro - Di Pietro - Donini Gravina - Lanzarone - Manzi Melchionda - Prosperi - Rovera - Spera - Tarrini - Esperti Volont.	Coor.to Nizzoli Bosello Donini Cuzzolaro Melchionda Rovera	
Donini	Nizzoli	2	La Valutazione Multi-dimensionale				
Gravina	Spera	7	Meccanismi Neurobiologici dell'Appetito				
Prosperi	Melchionda	15	Classificazione degli EDNOS				
Lanzarone	Gravina	5	Bambini, Adolescenti e Adulti				
Cuzzolaro	Tarrini	21	Studi di Esito				
Nizzoli	Manzi	3	Tra i due poli: Anoressia e Obesità				
Tarrini	Cuzzolaro	22	Valutazione dei Risultati				
Cuzzolaro	Rovera	28	Valutazione prechirurgica dell'Obesità				
Bongiorno	Lanzarone	30	Eziopatogenesi: Rischio e Protezione				
Vanzo	Bosello	25	Importanza della Componente ambientale	2. Prevenzione Integrata	<u>Bosello: Coo.re</u> Bongiorno - Lanzarone - Vanzo - Esperti Volontari	Com.to Revisore Ballardini Bongiorno Bosello Cuzzocrea Cuzzolaro Donini Genovese Gravina Luxardi Melchionda Nizzoli Rovera Schumann Spera Vanzo Vincenzi	
Bosello	Vanzo	31	Programmi di Prevenzione				
Ballardini	Montomoli	18	Aspetti Medico-Nutrizionali: AN e EDNOS	3. La Clinica del Soma: Aspetti Medico-Nutrizionali	<u>Donini: Coo.re</u> Ballardini - Cena - Labate - Montomoli - Vincenzi - Esperti Vol		
Cena	Donini	14	Aspetti Medico-Nutrizionali: BN				
Montomoli	Cena	20	Aspetti Medico-Nutrizionali: OB-BED	4. La Clinica della Psiche: Aspetti Psico-Psichiatrici	<u>Cuzzolaro: Coo.re</u> Bellomo - Bongiorno - DiPietro Gravina - Guidi L - Luxardi - Manzato - Manzi - Melchionda - Milano - Prosperi - Tarrini - Esperti Volontari		
Melchionda	Luxardi	4	Il Viraggio Bulimico				
Melchionda	Tarrini	24	L'Obesità come Disturbo Alimentare				
Melchionda	Bellomo	23	La "Food Addiction"				
Melchionda	Nizzoli	10	Convergenza dell'Uso di Sostanze				
Manzi	Prosperi	11	Aspetti Psico-Psichiatrici: AN				
Di Pietro	Guidi	13	Aspetti Psico-Psichiatrici: BN				
Cuzzolaro	Bongiorno	19	Aspetti Psico-Psichiatrici: OB-BED				
Manzato	Di Pietro	17	Aspetti Psico-Psichiatrici: EDNOS				
Milano	Gravina	16	Night Eating Syndrome				
Guidi	Manzato	26	Aspetti Psico-Psichiatrici OB-BED	5. Interventi Prescrittivi e Governo Clinico	<u>Rovera: Coo.re</u> Bellomo - Cuzzolaro - Donini - Melchionda - Milano - Nizzoli - Spera - Todisco - Esperti Volont.		
Milano	Todisco	8	Benefici dei Farmaci				
Bellomo	Spera	9	Danni Iatrogenici				
Spera	Donini	27	Trattamento Multi-Professionale Integrato				
Rovera	Cuzzolaro	29	Trattamento Post-chirurgico OB				
Donini	Rovera	34	Criteri di Appropriatazza e Congruità				
Nizzoli	Donini	35	Integrazione dei Nodi della Rete				
Dalle Grave	Melchionda	32	CBT: Terapia Cognitivo Comportamentale				
Molinari	Manzoni	33	Psicoterapie Alternative			6. Psicoterapie Integrate: Indicazioni per l'uso	<u>Melchionda: Coo.re</u> Dalle Grave - Molinari - Manzoni Cuzzocrea - Schumann - Esperti V

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, Piana, 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.
- 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, Zannini.
- 11.5.a.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Anoressia Nervosa. Manzi-Prosperi, Bonanni, Bosio, Carli, Castegnaro, Cotugno, Cosenza, Di Stani, Micheletti, Paolicchi, Ricci, Todisco, Zaninotto
- 13.5.b.i. Aspetti Psicologico-psichiatrici. Bulimia Nervosa. Di Pietro-Guidi, Ardovini, Bosio, Cazzola, Cotugno, 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, Cotugno, 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, Luxardi, Marchiol, Raiteri, Rigotti, Zannini.
- 24.7.b. E' l'Obesità un Disturbo Alimentare? Melchionda-Tarrini, 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, Cotugno, Gagliardini, Oliva, Piana.
- 28.8.a. Valutazione prechirurgica. Chirurgia Barietrica. Cuzzolaro-Rovera, Delle Piane, Grossi, Mian, Mini, Notarbartolo, Zaninotto.
- 29.8.b. Trattamento postchirurgico. Chirurgia Barietrica. Rovera-Cuzzolro, Cuzzocrea, Delle Piane, Gelo, Mian, Vinci.
- 30.9.a. Eziopatogenesi, Fattori di Rischio e di Protezione. Bongiorno-Lanzarone, Carli, Castegnaro, Mini, Miottello, Montecchi, Pavan.
- 31.9.b. Programmi di Prevenzione Integrata DAO. Bosello-Vanzo, Martinetti, Meneghini, Pavan, Stefanini.
- 32.10.a. Le Terapie Cognitivo-Comportamentali Trans-diagnostiche. Dalle Grave-Melchionda, Cotugno, Ruggiero.
- 33.10.b. Le Psicoterapie Alternative: Costruttivista, Sistemica e Familiare 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, Capezali, Castelnuovo, Cecchetto, Di Flaviano, Pasqui, Piana, 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: Sintomo trasversale.

Melcionda-Luxardi, Cosenza, Marchiol, Rigotti, Tarrini

Titolo del file: 04_MELCHIONDA_LUXARDI_1

a. Introduzione

i. Premesse concettuali e storiche:

1. Le sane anoressiche del medioevo erano bulimiche
2. 1979: La prima descrizione della Bulimia: "An anonymous variant of Anorexia Nervosa"
3. Da Senofonte al Minnesota Study e a Stunkard e al DSM-5

ii. Definizioni

1. Binge Eating o Perdita del controllo come sintomo
2. Binge Eating Disorder come entità nosografica nel DSM-IV

iii. Quesiti

1. Un sintomo o una fase obbligata di un percorso che inizia con la restrizione?
2. Una complicanza dell'Anoressia o una "fase egodistonica utile" per la terapia?
3. Esiste una differenza tra il Binge-Eating dell'Obesità, quello della Bulimia e quello dell'Anoressia?

b. Stato dell'arte e Sintesi Narrativa strutturata

i. La prospettiva transdiagnostica

ii. Il follow-up a lungo termine

iii. Dalla Restrizione al Binge Eating

iv. I predittori del viraggio

v. Un sintomo emergente da due disordini primari: l'Obesità e la Depressione. Il modello di Devlin

c. Protocolli Diagnostico-terapeutici

i. La Binge Eating Scale di Gormally

e. Raccomandazioni

i. La necessità di trattamenti Cognitivo-comportamentali specializzati per il BED

ii. L'attenzione all'immagine corporea

g. Problemi aperti a cui non si può dare ancora una risposta

i. Come interpretare i casi clinici di restrizione non seguita dal viraggio che conducono al exitus?

h. Brevi conclusioni

i. Il Viraggio mette in atto la condizione ego-distonica che favorisce la condivisione della cura

Vedi file completo in due formati di 80.000 e 40.000 battute

<http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/argomenti.html>

=====
Il Piano Editoriale: 11 Febbraio

=====

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

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

Titolo del file: 05_LANZARONE_GTAVINA_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 DAO e Uso-Abuso di Sostanze.

Melchionda-Nizzoli, Genovese, Zannini

Titolo del file: 10_MELCHIONDA_NIZZOLI_1

a. Introduzione

i. Definizioni

1. Reward
2. Addiction
3. Bingeing
4. Withdrawal
5. Sensitization
6. Craving

ii. Punti chiave

1. I Disturbi Alimentari DAO e l'Uso-Abuso di Sostanze Psico-attive sono spesso associati e convergenti.
2. Le più recenti ricerche dimostrano la presenza di una comunaltà delle vie neuro-biologiche

iii. Quesiti

1. Esiste una dimostrazione inopugnabile della "food addiction"?
2. E' utile e corretto interagire tra l'attività clinica nei DAO e quella delle dipendenze da sostanze lecit e illecite?

b. Stato dell'arte

- i. La storia Naturale della convergenza clinico-epidemiologica
- ii. La teoria della "food addiction com modello di lavoro diadnostico-terapeutico
- iii. Il "circuitry reward" degli alimenti e delle droghe
- iv. La traslazione dagli esperimenti sui roditori all'uomo
- v. Associazione tra DAO e uso-abuso di sostanze
- vi. Dati ottenuti nell'uomo con la PET
- vii. Un modello di lavoro "antropologico"

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

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

Titolo del file: 11_MANZI_PROSPERI_4

Introduzione

Definire un disturbo mentale presuppone far riferimento, intrinsecamente, a nosologie ed i DAO non fanno eccezione. Ogni nosologia presuppone un modello epistemologico e un modello teorico che permette di descrivere i fenomeni dell'osservazione clinica, le ipotesi eziopatogenetiche e le conseguenti

scelte terapeutiche. I DAO non sono patologie "nuove", essi in realtà, benché in numero molto esiguo, sono stati descritti per la prima volta alcuni secoli fa. Sicuramente l'Anoressia Nervosa (AN) è stata descritta per prima sotto il suo profilo psicologico e sintomatico.

i. Definizioni

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

ii. Quesiti

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

b. Stato dell'arte

i. Aspetti eziologici, epidemiologici e mortalità

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

ii. L'assessment

1. Psicologico e Psichiatrico
2. L'utilità della psicometria

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, Ardovini, Bosio, Cazzola, Cotugno, 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?

=====

Il Piano Editoriale: 11 Febbraio

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

=====

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

Cena-Donini, Fonte, Pennacchi, Petroni, Poianella, Tagliabue, Trunfio, Zini
 Titolo del file: 14_CENA_DONINI_2

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-nutrizionale

1. Alterazione degli annessi cutanei, smalto dentario e gengivopatie
2. Modificazione delle ghiandole salivari e del tratto gastroenterico
3. Alterazioni elettrolitiche, modificazione dello stato di idratazione
4. 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, metabolismo e processi di regolazione del sonno.
- vi. Evidenza e taratura di scale di valutazione specifiche
- vii. Associazioni con l'incremento ponderale

=====

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

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

Titolo del file: 17_MANZATO_DIPIETRO_3

a. Introduzione

i. Definizioni

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

ii. Quesiti

1. Quale è il senso dell'accanimento diagnostico?
2. Quali sono gli aspetti psicologico-psichiatrici associati agli EDNOS?
3. Gli EDNOS nel DSM-5: insieme frammentario o categoria diagnostica?

4. Gli EDNOS e i FEDNEC nel DSM.5: insieme frammentario o categorie diverse?
5. Quale è l'utilità per il clinico e per il ricercatore della categoria EDNOS?
6. Come classificare il Disturbo Dismorfofobico o la Ciclotimia che coinvolgono secondariamente il comportamento alimentare?
7. I Disturbi di Personalità (DP) variano a seconda della fase "life time": esiste una contraddizione?
8. I tratti di personalità possono influenzare la migrazione da un disturbo alimentare all'altro?
9. Quali possono essere le implicazioni nel trattamento del fenomeno della migrazione diagnostica?
10. Quale è il ruolo della 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 comorbilità, 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, Ardevini, Cotugno, 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-controlloStudi osservazionali trasversali
7. Serie di casi
8. Case report
9. Opinione di esperti

iii. Come valutare I risultati uno studio in intervento

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

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

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

v. Valutazione della Forza della raccomandazione da A a E

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

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

=====

Il Piano Editoriale: 11 Febbraio

i. Definizioni

1. Circuitry Reward
2. Reward (rinforzo)
3. Addiction (dipendenza)
4. Bingeing
5. Withdrawal (astinenza)
6. Craving
7. Sensitization (sensibilizzazione)
8. Adaptation (molecolar)
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 addicton"?
- 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 "addicton"

=====
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'Abesità
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
2. Fatto verificato: i fagioli sono bianchi
3. Fatto ipotizzato: i fagioli provengono dal sacco (forse)

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 DUS
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, Cotugno, Gagliardini, Oliva, Piana

Titolo del file: 27_SPERA_DONINI_1

a. Introduzione

i. Definizioni

1. Trattamento multi-professionale integrato
2. Figure professionali coinvolte
 - ii. **Quesiti**
 1. Esistono esperienze di trattamento multiprofessionale integrato riportate in letteratura con procedure definite ed esiti quantificati?
 2. Quali professionalità sono coinvolte?
 3. Esistono procedure di interazione tra le figure professionali codificate?
 4. Quali sono le difficoltà riscontrabili in un'équipe multiprofessionale e quali sono le soluzioni adottabili per superarle?
 5. Come può la formazione favorire l'interazione all'interno di un'équipe multiprofessionale ?
 6. L'attuale organizzazione dei servizi sanitari interferisce positivamente o negativamente sulla costituzione e sul lavoro di un'équipe multiprofessionale?
- b. **Stato dell'arte**
 - i. Esperienze desunte dalla letteratura e dalle normative
 - ii. Organizzazione interna di un'équipe multiprofessionale
 - iii. Vantaggi e svantaggi del trattamento multi-professionale integrato per l'obesità
 - iv. Modalità di interazione all'interno di un'équipe multiprofessionale
 - v. Modalità di interazione dell'équipe multiprofessionale con le altre componenti esterne all'équipe
 - vi. Problematiche legate all'organizzazione dei servizi sanitari
 - vii. Problematiche legate alla formazione dei singoli professionisti

Riflessioni

2. Lo stato dell'arte dovrebbe essere amplificato

=====

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-psichiatriche?
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-psichiatriche a partire dal 2008
- iii. Tabella che elenca I maggiori studi sui predittori di esito psicologico-psichiatriche 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, Pavan**
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 etiopatogenetiche
 - 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-Melchionda, Cotugno, Ruggiero

Titolo del file: 32_DALLEGRAVE_MELCHIONDA_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, 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_Comportamentale
 - 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

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 Governace
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 governace
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