PROGETTO
PIA.DA&O

1

DISTURBI
ALIMENTARI & OBESITA
DA&O

2

SISDCA
ANSISA

3

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

A cura dell'Editorial Board SISDCA-ANSISA

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

4

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

Elaborazione di Percorsi Italiani Assistenziali Standard di Qualità Eccellente per lo Studio, Prevenzione e Cura dei Disturbi-Alimentari&Obesità (DA&O)

5

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

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

6

Le Premesse: Occorre un Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

Data la relativa povertà di evidenze scientifiche forti, secondo le gerarchie canoniche di Linee Guida, dovrebbe essere dato spazio ad esperienze, ipotesi, considerazioni critiche e formulazioni serendipitose che appaiono al Panel di Redazione sufficientemente interessanti, in assenza ancora di dimostrazioni empiriche di efficacia.

7

Le Premesse: Occorre un Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale

Alla luce delle Raccomandazioni prodotte dalla ISS Consensus Conference DCA del 25 Ottobre 2012, le evidenze e le prove di efficacia relative ai DA&O sono talmente scarse da rendere oggi impossibile promuovere vere e proprie Linee Guida.

8

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

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

9

L'Azione: Occorre un Manuale Operativo

Come strumento di lavoro ad uso dei Redattori per l'Elaborazione del Manuale Propedeutico Didattico e Funzionale, che dimostra la vitalità scientifica della SISDCA e della ANSISA

Offre agli operatori nel campo dello Studio, della Prevenzione e della Cura dei DA&O, un panorama aggiornato e sintetico di suggerimenti clinici, non solo sulla base di prove, ma anche di principi teorici, di deduzioni razionali e di traslazioni sperimentali

10

L'Azione: Occorre un Manuale Operativo

I Consigli Direttivi SISDCA e ANSISA hanno deciso di sostenere la proposta avanzata a suo tempo nel Libro Bianco della SISDCA di produrre un volume che espliciti la "Best Guess" messa in atto dai propri principali Esponenti nel campo dei DA&O in affiancamento alla EBM.

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

11

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

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

12

L'Obiettivo

L'intenzione è quella di offrire, a tutte le figure professionali che si occupano del "management" dei DA&O, un testo pratico.

Il Manuale, oltre che Funzionale dovrà anche essere didattico come strumento di formazione, potrà servire ai Ricercatori per la ricerca finalizzata nell'auspicio che si formi una classe dirigente competente ed autorevole come punto di riferimento per gli Utenti in cerca di cura, per le loro Associazioni e per le Istituzioni

13

Il Progetto PIA.DA&O 2012-2014

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

14

La Situazione

Si ritiene che il Manuale possa essere un documento indispensabile e antesignano alla luce delle seguenti considerazioni:

- Esigua documentazione EBM nel campo dei DA&O
- Raccomandazione al ICED di Vancouver del 2004 di poter "fare quello che si vuole" all'insegna della migliore soluzione proposta da esperti, ma con l'obbligo di "dire quello che si fa" e di segnalarne i risultati alla comunità.
- Consensus Conference DCA dell'Istituto Superiore di Sanità.
- E' totalmente assente la "Clinical Governance" del SSN
- Libertà di pensiero e di azione ma nell'ambito di rigorosa onestà culturale

15

CC.DCA.ISS

Conferenza di Consenso

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti

Istituto Superiore di Sanità

Roma, 24-25 ottobre 2012

16

CC.DCA ISS

Per i programmi di prevenzione selettiva

- Individuare la popolazione a rischio attraverso un assessment dei fattori di rischio variabili di maggiore potenza predittiva (insoddisfazione per il corpo e le forme corporee, dieting).
- Reclutare la popolazione a rischio anche attraverso l'uso di modalità/strumenti che incentivino e sviluppino motivazione alla partecipazione dei beneficiari.
- Adottare programmi di prevenzione che si siano mostrati efficaci (dissonanza cognitiva, peso salutare, student bodies).

Evitare di adottare programmi di prevenzione in assenza di studi di efficacia sperimentale e di efficacia nella pratica.

17

CC.DCA ISS

Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA deve sempre includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socio-ambientali

- Deve essere basato sulle migliori evidenze disponibili, che allo stato attuale sono quelle dettagliate nel documento di consenso.

18

CC.DCA ISS

Il percorso deve inoltre garantire:

– il coinvolgimento attivo degli utenti e/o dei familiari

– la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA

– il trattamento delle eventuali comorbilità e delle conseguenze generali del disturbo, in raccordo con personale formato sui DCA.

19

CC.DCA ISS

Le figure professionali coinvolte devono essere, a seconda dell'età del soggetto:

- il medico di base o il pediatra di famiglia
- psichiatri o neuropsichiatri infantili
- psicologi, psicoterapeuti
- nutrizionisti clinici, internisti o pediatri, dietisti
- endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo
- riabilitatori, infermieri, educatori, operatori soc.

20

CC.DCA ISS

- Il modello organizzativo per la gestione dei DCA deve essere multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato.
- Il livello ambulatoriale deve essere il fulcro della gestione del paziente con DCA, sia in entrata sia nel trattamento e nel follow-up di lungo periodo.
- Devono essere previste anche altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti

21

CC.DCA ISS

- Tutte le strutture devono articolarsi tra loro in una rete assistenziale stabile che deve garantire la continuità del percorso del paziente ed è organizzata su cinque livelli:

– medici di medicina generale e pediatri di famiglia

– servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, in rete interdisciplinare

– diverse tipologie di servizi diurni

– residenzialità terapeutico-riabilitativa

– ricoveri ordinari e d'urgenza.

22

La Posizione della SISDCA e della ANSISA

Le due Società non solo vogliono contribuire a sostenere il percorso di miglioramento dell'attività clinica dei professionisti che si occupano di pazienti con DA&O, ma anche si candidano chiaramente ad assumere la Leadership del processo di miglioramento terapeutico e riabilitativo

23

La Posizione della SISDCA e della ANSISA

Due assunti di base hanno ispirato la fondazione e il lavoro della SISDCA per oltre venti anni.

Essi caratterizzano, fin dal titolo, la rivista scientifica *Eating and Weight Disorders*, patrocinata dalla stessa Società:

- Lo studio, la Prevenzione e la Cura dei DAO devono essere inter-disciplinari e, nella pratica clinica, multi-professionali e multi-dimensionali integrati.
- Grande attenzione va dedicata alle diverse forme di Obesità, per le profonde connessioni e intersezioni con il comportamento alimentare e i suoi disturbi.

24

Un Panel di Redattori

E' stato individuato dall'Editorial Board (SISDCA-ANSISA) un Panel di Redattori che hanno accettato di scrivere in collaborazione un Argomento

Sono stati individuati una serie di Esperti tra i Soci Ordinari delle due Società con l'incarico di collaborare alla stesura.

25

Un Panel di Redattori

- Studi empirici hanno documentato che gruppi multi-professionali integrati tendono a dare valutazioni più conservative sulla indicazione all'uso di tecnologie o interventi sanitari, rispetto a gruppi mono-specialistici o mono-disciplinari.

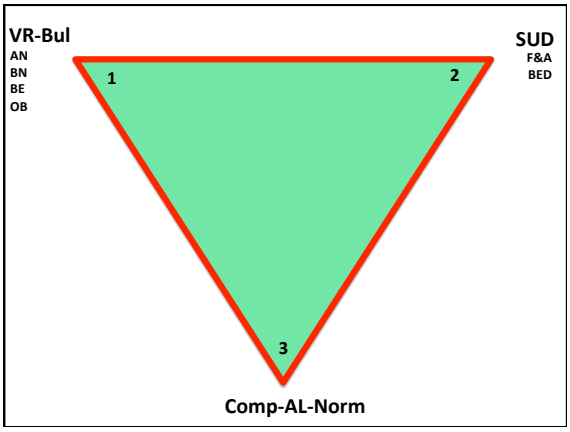
- Se la multi-professionalità della composizione dei Panel è in generale accettata in termini di principio, assai più critica è la realizzazione di una reale multi-disciplinarità operativa.

26

Dai Contenuti
Integrazione
Professionisti

Modello dei
Triangoli
Sovrapposti

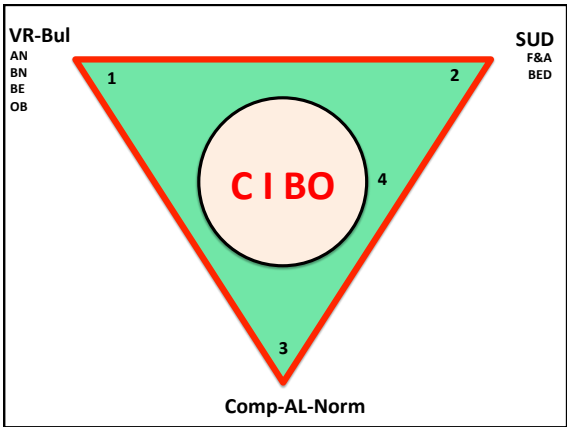
28

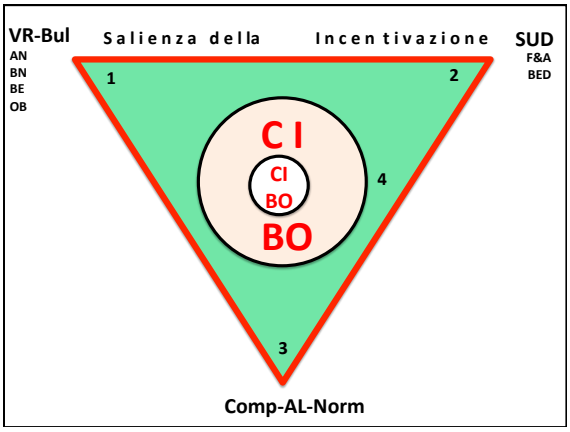


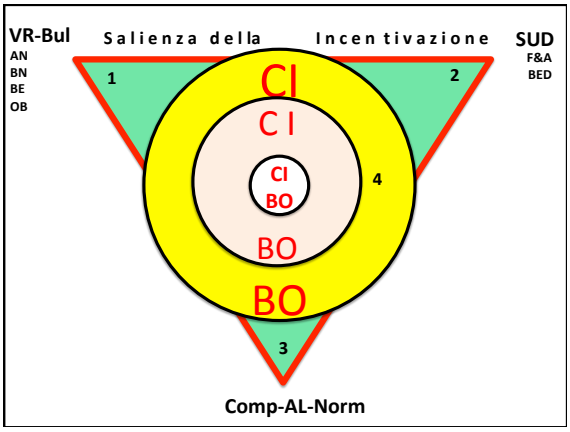
Competenze e Integrazione

1 "come"
2 "dove"
3 "quando"
4 "con chi"
5 "con quali strumenti"
6 "in quale posizione gerarchica con il responsabile del team"
7 "cosa fare quando manca la leadership"
8 "con quale tipo di rapporto con l'eventuale "supervisore" se esiste
9 "cosa fare quando manca il case manager"
10 "cosa fare quando manca uno dei componenti del team"
11 "cosa fare quando mancano le risorse per lo svolgimento di un piano terapeutico esaustivo".
12 Come traslare la "relazione professionale" dal professionista al Team

30







Il Cibo non è un "Virus"

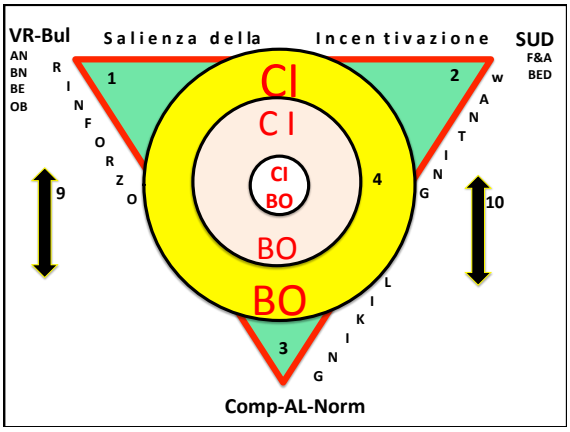
Il rinforzo irresistibile

Il cibo ricco di grassi, zuccheri e sodio possiede una potenza di rinforzo irresistibile, sia negli animali che nell'uomo. Essi sono disposti a fare molta fatica per procurarsi cibo CRM. Si aggiunge anche il potere di altri segnali di rinforzo (es. il luogo). Tre sono le caratteristiche degli alimenti che esercitano un potente rinforzo sul desiderio. L'accesso a molti cibi differenti aumenta il rinforzo:

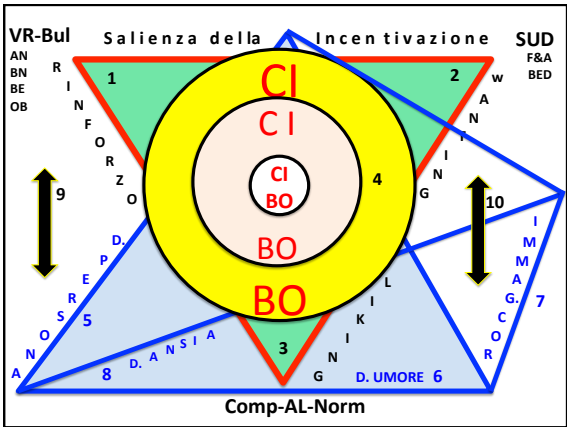
- 1. la quantità
- 2. la concentrazione degli ingredienti gratificanti e
- 3. la varietà.

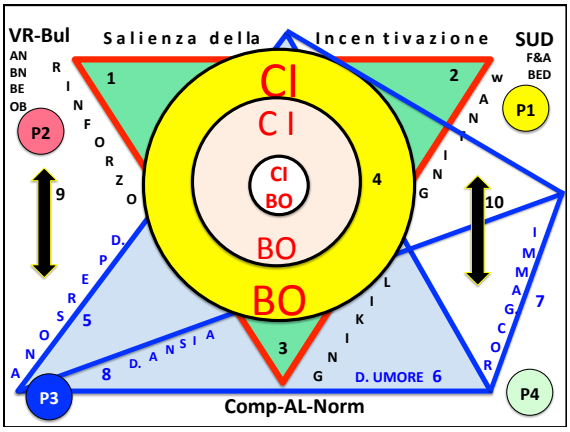
Murphy ES et al. Dynamic changes in reinforcer effectiveness: theoretical, methodological, and practical implications for applied research.
J Appl Behav Anal 2003 36: 421-38.

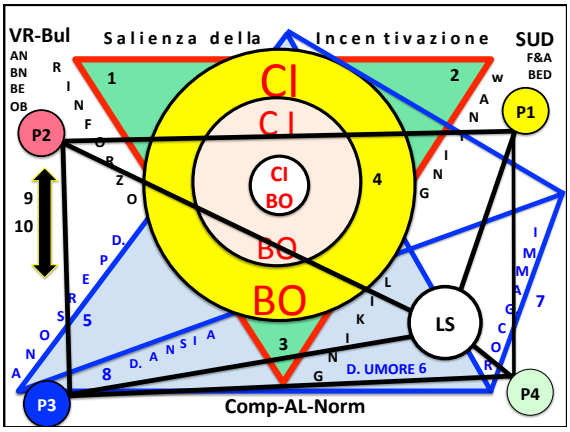
34

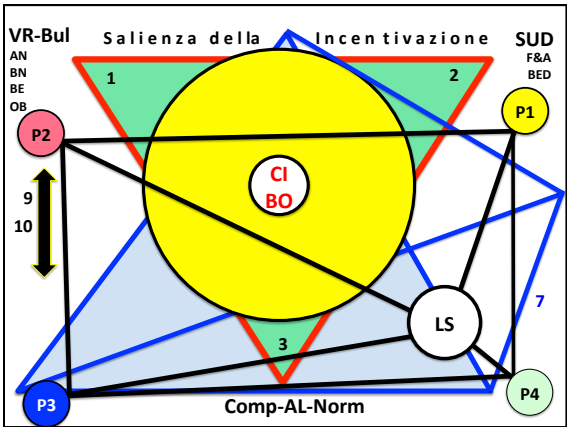


Confronto	Cibo	Droghe
Potenza come rinforzo*	++	Orale ++
Sniffare: +++	-	+++
Fumo	-	++++
Entrata	Orale	Orale, nasale, fumo, iniezione
Meccanismo della ricompensa	Somato-sensoriale: palatabilità, Chimico (glucosio)	Chimico
Regolazione del consumo	Fattori periferici e centrali	Fattori per lo più centrali
Adattamento	Fisiologico	Sopra fisiologico
Ruolo fisiologico	Necessario per la sopravvivenza	Non necessario
Apprendimento	Abitudini e risposte condizionate	Abitudini e risposte condizionate
Ruolo dello stress	+++	+++









I Compiti Specifici dei Redattori

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

41

Il Processo logico di costruzione delle risposte tematiche

Una particolare attenzione dovrà essere riservata alla identificazione di percorsi assistenziali "standard" suggeriti anche dal solo buon senso, essendo il campo dei DA&O sprovvisto di evidenze forti che non prevedono una acquisizione terapeutico-farmacologica a tempi lunghi.

42

Il Processo logico di costruzione delle risposte tematiche

Assegnazione del "grading": Livello di Prova e Forza della Affermazione e della Raccomandazione

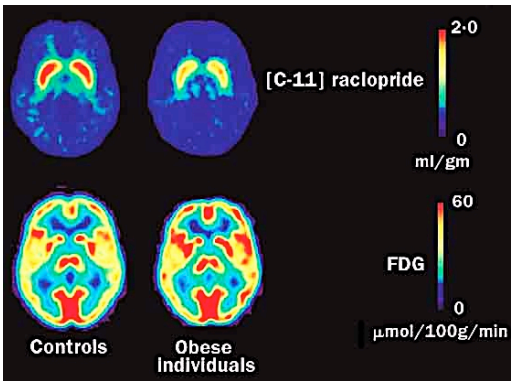
Le raccomandazioni vengono codificate in 6 Livelli della Prova (I-VI) e in 5 livelli della Forza A a E)

43

Somiglianze tra cibo iper-palatabile e droghe

1. Attivazione di comuni circuiti neurali dopaminergici e oppioergici
2. Stimolo naturale di elevati livelli di ricompensa (Reward)
3. Assorbimento rapido in circolo
4. Alterazione di sistemi neuro-biologici (Deficit di recettori D2R)
5. Causa di meccanismi compensatori che determinano tolleranza
6. In combinazione con ingredienti che aumentano la ricompensa
7. Sollecitazione di desideri innescati dagli stimoli
8. Consumo nonostante le conseguenze negative
9. Consumo nonostante il desiderio di smettere
10. Causa di elevato costo pubblico per la salute
11. L'esposizione in utero può determinare alterazioni a lungo termine

44



45

E' necessario uno strumento per una ricaduta pratica della teoria

La "Yale Food Addiction Scale (YFAS)" è uno strumento psicometrico progettato per valutare qualitativamente e quantitativamente la presenza dei criteri che caratterizzano un SUD secondo il DSM-IV.

I dati sono stati raccolti su 353 soggetti come campione casuale stratificato di giovani adulti.

La YFAS ha una adeguata affidabilità interna, una buona validità convergente e una buona validità discriminante rispetto ai costrutti correlati al cibo.

46

La Y-F&AScala.It

Nasce la Yale Food Addiction Scale: YFAS

Molti dei cibi dell'alimentazione moderna sono Raffinati e Manipolati (CRM) dall'industria e possono essere dannosi, similmente alle droghe piuttosto che le risorse alimentari naturali consumate storicamente dall'uomo

Per Adulti: pronta per il protocollo di validazione italiana
Per Bambini: pubblicata su Eating Behaviors 14 (2013) 508–512

Rivolgersi alla Segreteria per dare la propria disponibilità

47

Ashley N Gearhardt

AN Gearhardt è Assistant Professor of Psychology presso l'Università del Michigan. Il focus del suo programma di ricerca è quello di esaminare i fattori che portano al consumo di cibo in eccesso.

In particolare, ha esaminato il ruolo potenziale di un processo di dipendenza da modelli patologici del comportamento alimentare e il ruolo dell'ambiente nello scatenare la perdita di controllo.

48

49

Protocollo di Validazione

1° Correlazione con scale di questionari associati:

- BES: Gormally J et al. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav 1982; 7: 47.
- BDI: Beck Depression Investory
- TFQ: Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. J Psychosom Res. 1985;29(1): 71.
- Scheda di identificazione clinica
- 2° Ricerca: Epidemiologia al termine della validazione

50

Razionale

Tab. 2.1. Criteri per classificare la "F&A" secondo il DSM-IV:

1. Tolleranza
2. Astinenza
3. Perdita di Controllo
4. Desiderio e Fallimenti
5 Perdita di tempo
6. Rinunce
7. Uso continuato nonostante gli effetti negativi

51

Razionale

Tab. 2.2. Nel DSM-IV è stato suggerito che il SUD dovrebbe essere caratterizzato dalla condivisione di tre (o più) dei criteri elencati in un periodo di 12 mesi. Molti di questi criteri sono stati rilevati in risposta al consumo di alcuni cibi particolarmente gradevoli al palato. Esistono coerenze in base a dati traslati dagli animali e a osservazioni nell'uomo

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disoders: DSM-5. Am Psy Pubbl 2013.
Avena NM et al. Overlaps in the nosology of substance abuse and overeating: the translational implications of "food addiction". Curr Drug Abuse Rev 2011 4: 133-9.

52

Harrison DM. Oral sucrose for pain management for infants: myths and misconceptions. J Neonatal Nurs 2008 14: 39–46.

- Alcune ricerche suggeriscono la possibilità che la tolleranza può svilupparsi durante i primi anni di vita.
- Il saccarosio è un analgesico efficace per i dolori minori nei piccoli bambini (similmente agli oppiacei tradizionali), ma questo effetto è più evidente dopo 18 mesi di età, quando molti bambini hanno già cominciato a consumare regolarmente cibi ad alta concentrazione di zucchero.

53

25 domande della versione italiana della YFAS

- E' interessante e doverosa la validazione della scala nel nostro Paese per migliorare e arricchire la diagnostica dei DA&O

- Con la presunzione di ritenere l'uso della YFAS una raccomandazione che può avere notevoli implicazioni per riservare ai soggetti "F&A" positivi modelli terapeutici compatibili.

54

Razionale per la Ricerca

55

56

57

58

59

60