SISDCA Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Volume II
Numero 5
Ottobre 2013

La Gazzetta SISDCA

NOTIZIARIO PERIODICO BIMESTRALE
www.dca-disturbialimentari.org Segreteria SISDCA - Centro Psicologia Maieutikè
via Fossolo, 10 - 40138 Bologna (BO) segreteria.SISDCA@gmail.com

Giovanni Bellini, "Ragazza che si pettina"1515, olio su tavola di pioppo

SOMMARIO

Editoriale. Presentazione progetto Food Addiction 1
Presentazione della SISDCA 3
Highlight in letteratura 4
C'è ancora molto da fare 7
Raccomandazioni dalla clinica 8
Agenda SISDCA Annunci di convegni, corsi, seminari ed incontri 10
Territorio SISDCA 15

L'Editoriale, a cura del Presidente Nazario Melchionda

La Food Addiction nei DAO.

Il Consiglio Direttivo della SISDCA, accogliendo un'idea da tempo portata avanti dal Prof Melchionda, promovuerà, durante la prossima riunione dl 28-29 novembre a Bologna, un progetto di ricerca sulla Food Addiction che avrà come scopo di:

1. validare la versione italiana della Yale Food Addiction Scale
2. verificare in diversi gruppi di soggetti (obesi BED e non-BED, pazienti affetti da BN, …) la prevalenza del fenomeno
3. misurare il peso di determinanti psicologici e biologici
4. verificare, almeno in un sottogruppo di soggetti, l'eventuale presenza di alterazioni elettrofisiologiche e di neuroimaging

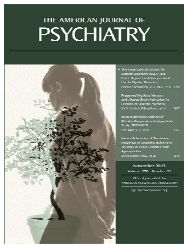
Crediamo sia un modo per coinvolgere l'intera Società su un progetto relativamente nuovo ed ancora poco studiato.

La Food Addiction nei DAO. Riflessioni del Pres. Nazario Melchionda

Premesse. 1. L'Obiettivo. L'obiettivo è quello di far luce sulla convergenza tra Disturbi Alimentari Obesità (DAO) e uso-abuso di sostanze (SUD). Dato che i DAO-SUD si trovano spesso associati, o meglio coesi, abbiamo cercato di chiarire molti aspetti controversi o mettere in evidenza le lacune, col proposito di strutturare il trattamento dei FA-SUD, già di per se difficile quando questi vengono considerati separatamente, ma assolutamente problematico quando si trovano "accoppiati" o meglio convergenti. Il razionale che sta alla base di questa convergenza è emerso e ci obbliga a considerare il trattamento dei DAO-SUD all'unisono. **2. Il proposito. I**l proponimento è complesso perché il tema del trattamento DAO-SUD non è stato ancora scritto. Il problema a monte non è stato tanto e non solo legato alle difficoltà all'interno dei singoli fenotipi, ma soprattutto per la necessità di lavorare in un assetto multi-disciplinare e multi-professionale, perché non è stata fatta elaborazione a più mani come si dovrebbe fare in un lavoro di gruppo, non tanto per incapacità ma per ragioni logistiche. **3. Il modello corrente.** La terapia del DAO-SUD non è ancora stata scritta perché in effetti abbiamo tanti modelli professionali e disciplinari chiusi all'interno di patologie separate.

(Segue a pag.2)

Mortality in AN (pagina 4)



Una buona alleanza terapeutica (pagina 11)

1° meeting PIADAO-Bologna 28-29 Novembre 2013 **(pagina 14)**

REDAZIONE La Gazzetta SISDCA

Lorenzo M Donini *Valeria del Balzo* *Eleonora Poggiogalle* *Chiara Zanetti*

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale
Sez. di Fisiopatologia medica, Scienza dell'Alimentazione ed Endocrinologia
Piazzale Aldo Moro n.5– 00185 Roma Tel. 06.4991.0996 Fax. 06.4991.0699

Contatta la Redazione: gazzettasisdca@gmail.com

Per chiarire, l'intendimento è quello di "assemblare" modelli terapeutici non partendo dalla posizione culturale della disciplina di appartenenza professionale (vale a dire lo Psichiatra scrive per gli Psichiatri). Le singole patologie DAO-SUD si presentano strettamente coese, bensì l'intendimento quello di considerare il problema (vale a dire l'Internista scrive agli Psicologi e viceversa, gli psichiatri e viceversa, ecc). Per chiarire, nel modello tradizionale corrente il soggetto con DAO-SUD viene "intervistato" senza una sequenza prestrutturata da uno dei professionisti del team che "manda" all'altro e ognuno somministra la propria terapia con i propri strumenti diagnostici secondo un proprio modello professionale. 4. **Un esempio virtuale.** Ammettiamo che lo Psichiatra faccia la sua diagnosi. Correntemente la diagnosi è quella di depressione e/o di Disturbo di Personalità. E' tautologico pensare che faccia la diagnosi di DAO, questa si vede nel caso di AN e di OB o lo dice il soggetto che chiede il trattamento nel caso di BN, nel caso di BED si vede perché è sempre presente OB, ma sono necessari strumenti diagnostici specifici segnalati nel DSM-IV o autosominstrati come la BES**(1)** o il TFQ**(2)** e, nel caso di Food Addiction, manca lo strumento diagnostico (è appena nata la YFAS).Quindi lo Psichiatra indica la terapia di solito farmacologica e/o indirizza dallo Psicologo che utilizza il modello di psicoterapia a cui è affezionato o secondo l'indirizzo della scuola che lo ha formato, scegliendo tra le disparate psicoterapie vigenti. Nel nostro paese ci sono oltre 300 Scuole di Psicoterapia. Poi interviene il Medico Nutrizionista o la Dietista che aggiunge il suo modello diagnostico-terapeutico. In questo caso specifico, relativo alla nutrizione, nel nostro Paese esiste una situazione complessa e confusa di competenze e ruoli non ben definiti nel caso dei DAO. Infine interviene l'Internista e/o l'Endocrinologo a cui indiscutibilmente si compete la terapia delle complicanze somatiche che compaiono tardivamente oppure "è troppo tardi". La denutrizione ha danneggiato il cervello o l'OB non è più trattabile, ad eccezione del modello terminale bariatrico. Questa successione è un esempio ma "chi fa che cosa" non è chiaro perché è ancora lontana l'acquisizione di "con chi", "come", "quando", "dove", "con che cosa (strumenti)" e "in quale posizione gerarchica e tipo di rapporto con l'eventuale"supervisore". Questo supervisore o manca o è il responsabile dell'U.O. di .....o è un auto-referenziato che si è formato sul campo, nella migliore delle ipotesi. Questo modello descritto appositamente e intenzionalmente con negatività, mette in chiaro che il piano terapeutico è fatto di frammenti (e in molti casi con lacune per la mancanza di operatori) senza un collante tra i loro diversi aspetti. Dovrebbe essere migliorato se si potesse strutturare un "tavolo di discussione diagnostico-terapeutico" tra i diversi professionisti per definire il modello calzato sulla persona e sul suo problema e non la somma di prescrizioni. **5. La situazione corrente nel nostro Paese.** Manca un censimento delle strutture predisposte per i DAO-SUD per valutare le eventuali differenze che certamente ci sono ma non sono palesi ne descritte o dichiarate. Purtroppo esiste una realtà ancora più negativa quando il soggetto è "curato" da strutture separate come avviene nel caso specifico del DAO-SUD: da una parte i "Centri DCA", i "Centri Obesità", le U.O. di Nutrizione, Endocrinologia, ecc. e dall'altra i Centri per le tossico-dipendenze. Es. 1. generico: S.E.R.T. o Ser.T Prevenzione e Cura delle Tossicodipendenze**(3)**. 2. Qualche esempio illuminato: uso di un manuale del NIDA(4). 3. Comunità5 : dichiarazione del modello terapeutico utilizzato**(6,7)** e un manifesto**(8)**.**6. Costruzione di un modello. 16.0.4.i. Tentativo di assemblaggio.** Il modello potrebbe essere costruito tentando un assemblaggio di tutti i riferimenti della letteratura. Inoltre può essere presa una decisione non arbitraria di dare per scontato che l'OB possa essere una malattia mentale anche quando non lo è categoricamente. Nora Wolkow scrive**(9)**: "*La discrepanza tra i successi dei trattamenti metabolici delle conseguenze dell'OB e dei fallimenti dei trattamenti comportamentali per prevenire o invertire l'evoluzione dell'OB, evidenzia il fatto che questa condizione non è solo un disordine metabolico, ma anche un disturbo cerebrale*. Valerie Taylor scrive**(10)**: *"Classificare l'OB come una "dipendenza" è una dichiarazione forte e implica molto di più di un semplice-cambiamento semantico. Il cambiamento suggerisce che lo screening per la "dipendenza" e per il BED dovrebbe diventare parte della routine di trattamento dell'OB ..... esistono simili interventi comportamentali, l'intervista motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e i programmi dei 12 Passi, che sono utilizzati nel trattamento di entrambe le condizioni. L'attuale mentalità legata alla "colpa", che viene spesso applicata a soggetti OB, deve essere riesaminata..... Le terapie tradizionali usate nell'area SUD possono essere utili per il Management dell'OB.*

7. Opinione personale. E' nostra opinione che il pensiero delle scuole nordamericane (USA e Canada) che l'atteggiamento del terapeuta trova un assetto vincente se lo sforzo è quello di trattare il singolo DAO-SUD con tutto rispetto anche quando sembra che l'OB sia semplicemente dovuta alla libertà del singolo individuo e non bisogna demordere l'aggressività terapeutica necessaria quando il terapeuta si trova "bloccato" o in "burn-out" per le continue ricadute del soggetto in cerca di trattamento nell'uso di "sostanze" da cui il cibo non deve essere estrapolato solo per un atavico comportamento dei suoi antenati.

BIBLIOGRAFIA.1.Gormally J et al.Addict Behav 1982; 7: 47–55.; 2. Stunkard AJ, Messick S.J Psychosom Res. 1985;29(1):71-83. 3.Attività di Servizio di una delle numerose strutture pubblicata su Internet:uso, abuso, dipendenza da sostanze psicotrope illegali e legali.4.Manuale di Terapia per la Tossicodipendenza. Terapia Breve Strategica Familiare per l'Adolescente che utilizza sostanze stupefacenti. NIDA National Institute on Drug Abuse (Therapy manuals for Cocaine Addiction).5 La comunità terapeutica nasce, sin dalle origini, come aperta critica all'istituzione totale ed è configurabile come un'organizzazione la cui principale finalità è la modificazione del comportamento e il recupero di persone deviate dalla norma sociale. Tale vocabolo fu ufficializzato nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in uno studio sulle organizzazioni psichiatriche internazionali, in cui si suggeriva l'opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in "comunità terapeutiche". Dopo la Legge 180/78 le comunità terapeutiche si sono moltiplicate su tutto il territorio italiano, operando non solo nell'ambito psichiatrico, ma anche nei settori della devianza, della tossicodipendenza e del disagio sociale.6 Centro ..... Tossicomania. Comunità Terapeutica ..... accreditata da Regione ..... sede di ricerca con Università. ... utilizza la DBT (Dialectical Behavior Therapy) 7 Il metodo di recupero. Un percorso educativo: Il percorso terapeutico è essenzialmente educativo e riabilitativo. La persona non viene considerata affetta da una "malattia" e non vengono, quindi, utilizzati trattamenti farmacologici per la dipendenza.8 Nasce il "Manifesto italiano per la cura delle tossicodipendenze". Simg: Mmg fondamentali nella personalizzazione della terapia, 22 maggio 2013.9 Volkow ND, O'Brien CP.Am J Psychiatry. 2007;164:708-10.10 Taylor VH et al. CMAJ. 2010;182:327-8.

Presentazione della SISDCA

Società Scientifica Multi-disciplinare e Multi-professionale che si occupa dei Disturbi Alimentari: Anoressia, Bulimia, Binge Eating, Obesità compresa

Ricercatori, Clinici, Internisti, Obesiologi, Endocrinologi, Psicologi e Psicoterapeuti, Psichiatri, Neuropsichiatri Infantili, Dietisti e Specialisti della Nutrizione fanno parte della Società per affrontare lo studio dei Disturbi Alimentari con un linguaggio comune. La Società non ha scopo di lucro, promuove studi, ricerche scientifiche, iniziative culturali, le loro applicazioni pratiche nel campo della Prevenzione, della Cura e della Formazione.

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

Essere Socio Ordinario della SISDCA (vedi in ultima pagina) permette l'acquisizione di numerosi privilegi, tra cui:

1. Partecipare ai Corsi di Alta Formazione SISDCA regionali e nazionali (CAF.DAO) e Seminari a costi minimi.
2. Una password per entrare nel Network PLAYDCA, per il lavoro interattivo a distanza.
3. Abbonamento alla lettura elettronica "on-line" della rivista E&W Disorders della Kurtis.
4. Il giornale della Società: LA GAZZETTA SISDCA pubblicata 6 volte all'anno

Che cos'è il Network PLAYDCA

1. Si tratta di una piattaforma interattiva dove si possono:
2. Leggere contenuti aggiornati sulle tematiche inerenti ai Disturbi Alimentari
3. Scaricare file
4. Partecipare a numerosi forum di discussione con i componenti del Consiglio Direttivo della Società, con i docenti del DiABO e con tutti i Soci della SISDCA.
5. Sapere in anticipo tutte le date dei prossimi eventi inerenti ai DCA

Navigare nei 6 ambienti del Network PLAYDCA

Download del file LIBRO BIANCO
http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/libro-bianco.html

1. SISDCA: sapere cosa succede nel campo dei DAO

2. CAFDAO: informazioni sulla Formazione
http://corsialtaformazionedao.weebly.com/

3. DIABO-2011: leggere i contributi del 6° Congresso Nazionale

4. ARCHIVIO SOCI: entrare nella propria scheda dati
http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/istruzioni-archivio.html

5. PLAYDCA: entrare nel Network con password

6. EWD: utilizzare la rivista
http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/piadao.html

REVIEW

BIOL PSYCHIATRY 2013;73:811–818

The Addictive Dimensionality of Obesity

Nora D. Volkow, Gene-Jack Wang, Dardo Tomasi, and Ruben D. Baler

Our brains are hardwired to respond and seek immediate rewards. Thus, it is not surprising that many people overeat, which in some can result in obesity, whereas others take drugs, which in some can result in addiction. Though food intake and body weight are under homeostatic regulation, when highly palatable food is available, the ability to resist the urge to eat hinges on self-control. There is no homeostatic regulator to check the intake of drugs (including alcohol); thus, regulation of drug consumption is mostly driven by self-control or unwanted effects (i.e., sedation for alcohol). Disruption in both the neurobiological processes that underlie sensitivity to reward and those that underlie inhibitory control can lead to compulsive food intake in some individuals and compulsive drug intake in others. There is increasing evidence that disruption of energy homeostasis can affect the reward circuitry and that overconsumption of rewarding food can lead to changes in the reward circuitry that result in compulsive food intake akin to the phenotype seen with addiction. Addiction research has produced new evidence that hints at significant commonalities between the neural substrates underlying the disease of addiction and at least some forms of obesity. This recognition has spurred a healthy debate to try and ascertain the extent to which these complex and dimensional disorders overlap and whether or not a deeper understanding of the crosstalk between the homeostatic and reward systems will usher in unique opportunities for prevention and treatment of both obesity and drug addiction.

criteria. Using modified WHO criteria, we classified the respondents' current stage of menopausal transition as premenopausal ($N = 192$), perimenopausal ($N = 110$), or naturally postmenopausal ($N = 134$). In a separate analysis, we also examined the small group of women with surgically induced menopause ($N = 12$).

Results: The three groups were similar in all demographic features except age, and did not differ significantly on current body mass index (BMI), weight-control

an increased prevalence of eating disorders and negative body image. Menopause, like puberty, may perhaps represent a window of vulnerability to these conditions, likely because of changes in hormonal function, body composition, and conceptions of womanhood. © 2013 Wiley Periodicals, Inc.

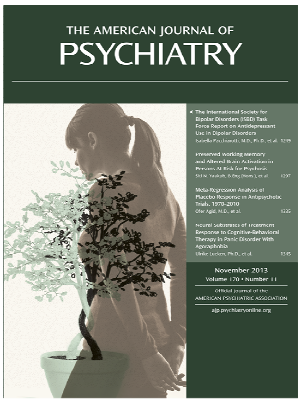
Keywords: menopausal transition; eating disorders; body image

(Int J Eat Disord 2013; 46:609–616)

A Longitudinal Investigation of Mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Debra L. Franko, Ph.D.; Aparna Keshaviah, Sc.M.; Kamryn T. Eddy, Ph.D.; Meera Krishna, B.A.; Martha C. Davis, B.A.; Pamela K. Keel, Ph.D.; David B. Herzog, M.D.

Am J Psychiatry 2013; August 01, *170:917-925.*



Objective Although anorexia nervosa has a high mortality rate, our understanding of the timing and predictors of mortality in eating disorders is limited. The authors investigated mortality in a long-term study of patients with eating disorders.

Method Beginning in 1987, 246 treatment-seeking female patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa were interviewed every 6 months for a median of 9.5 years to obtain weekly ratings of eating disorder symptoms, comorbidity, treatment participation, and psychosocial functioning. From January 2007 to December 2010 (median follow-up of 20 years), vital status was ascertained with a National Death Index search.

Results Sixteen deaths (6.5%) were recorded (lifetime anorexia nervosa, N=14; bulimia nervosa with no history of anorexia nervosa, N=2). The standardized mortality ratio was 4.37 (95% CI=2.4–7.3) for lifetime anorexia nervosa and 2.33 (95% CI=0.3–8.4) for bulimia nervosa with no history of anorexia nervosa. Risk of premature death among patients with lifetime anorexia nervosa peaked within the first 10 years of follow-up, resulting in a standardized mortality ratio of 7.7 (95% CI=3.7–14.2). The standardized mortality ratio varied by duration of illness and was 3.2 (95% CI=0.9–8.3) for patients with lifetime anorexia nervosa for 0 to 15 years (4/119 died), and 6.6 (95% CI=3.2–12.1) for those with lifetime anorexia nervosa for >15 to 30 years (10/67 died). Multivariate predictors of mortality included alcohol abuse, low body mass index, and poor social adjustment.

Comment to the paper of DL Franko

Duration of anorexia nervosa (AN) appears to be the prime risk factor for premature death in girls and women with eating disorders, new research shows. A 20-year follow-up study showed that treatment-seeking patients who had AN for a period of 0 to 15 years had more than a 3-fold increased risk for death compared with the general population, whereas for those who had AN for 16 to 30 years, the risk for mortality was increased almost 7-fold.

Timing of Mortality Risk Uncertain: although it is well known that the mortality rate in AN patients is higher than in patients with other psychiatric disorders, the investigators note that it is not clear from the current literature whether there is a point of peak mortality in the course of the illness. It is also uncertain whether there are differences between patients who die relatively early in the disease course vs those who die later.
To better understand timing and predictors of mortality in this population, beginning in 1987, the investigators conducted a longitudinal study of 246 treatment-seeking patients with AN or bulimia nervosa (BN). The patients were interviewed every 6 months for a median of 9.5 years to obtain weekly ratings of eating disorder symptoms, comorbidity, treatment participation, and psychosocial functioning.
A total of 51 patients had AN of the restricting type, 85 were diagnosed with AN, binge eating/purging type, and 110 had BN. Of these, 186 (76%) were identified as having lifetime presence of AN. Because previous research indicates that death among individuals with an intake diagnosis of BN might be attributable to a lifetime diagnosis of AN, these patient were also assessed for AN. During the entire study period, 16 women died. Of these, 14 had a lifetime history of AN, and 4 of these deaths were by suicide. Two women with BN who had no history of AN died. The standardized mortality ratio was 4.37 (95% confidence interval [CI], 2.4 - 7.3) for lifetime AN and 2.33 (95% CI, 0.3 - 0.8) for BN with no history of AN.
The risk for patients with lifetime AN was highest among individuals in the first 10 years of follow-up, as well as among individuals with the longest duration of illness. The researchers note that most of the deaths occurred during the first 10 years of the study (10/186 died). For the follow-up duration from 0 to 10 years, the standardized mortality ratio was 7.7 (95% CI, 3.7 - 14.2). During the 10- to 20-year follow-up period (4/176 died), the standardized mortality ratio was 0.7 (95% CI, 0.2 - 1.7). The standardized mortality was 3.2 (95% CI, 0.9-8.3) for patients who reported lifetime AN for 0 to 15 years and 6.6 (95% CI, 3.2 - 12.1) for those reporting a duration of illness of longer than 15 to 30 years.
The fact that most women died in the first decade of study follow-up is likely explained by the fact that coming into the study, most of the women had already experienced a long duration of illness. With 1 exception, those who died reported an illness duration of between 7 and 25 years. Multivariate predictors of mortality included alcohol abuse; low body mass index; poor psychosocial functioning, particularly as it relates to employment; fair to poor interpersonal relationships with friends and siblings; and being single.

Clinical Implications : in an accompanying editorial Scott Crow, MD, University of Minnesota, in Minneapolis, notes the study's findings "further reinforce the public health importance of eating disorders. The temporal course of mortality observed here argues strongly for increased emphasis on early identification of eating disorders and the potential importance of early treatment for these disorders". Dr. Crow adds that there is evidence that psychotherapies delivered to teens may be more effective than therapies delivered in adulthood and may reduce mortality. Finally, he writes, although suicide is recognized as a risk in many psychiatric illnesses, it may be underappreciated in eating disorders. The study results reveal that suicide mortality in this patient population is "very high" and "may be concentrated early in the illness. Thus, intensive monitoring of suicidality early in the illness course may be critical."

International Journal of Obesity (2010) 34, 943–944
© 2010 Macmillan Publishers Limited All rights reserved
0307-0565/10 $32.00
www.nature.com/ijo

SHORT COMMUNICATION

The largest Last Supper: depictions of food portions and plate size increased over the millennium

B Wansink[1] and CS Wansink[2]

[1]*Applied Economics and Management Department, Cornell University, Ithaca, NY, USA and* [2]*Religious Studies Department, Virginia Wesleyan College, Norfolk, VA, USA*

Portion sizes of foods have been noticably increasing in recent years, but when did this trend begin? If art imitates life and if food portions have been generally increasing with time, we might expect this trend to be reflected in paintings that depict food. Perhaps the most commonly painted meal has been that of Jesus Christ's Last Supper, chronicled in the New Testament of the Bible. A CAD–CAM analysis of the relative food-to-head ratio in 52 representative paintings of the Last Supper showed that the relative sizes of the main dish (entree) ($r=0.52$, $P=0.002$), bread ($r=0.30$, $P=0.04$), and plates ($r=0.46$, $P=0.02$) have linearly increased over the past millennium.
International Journal of Obesity (2010) 34, 943–944; doi:10.1038/ijo.2010.37; published online 23 March 2010

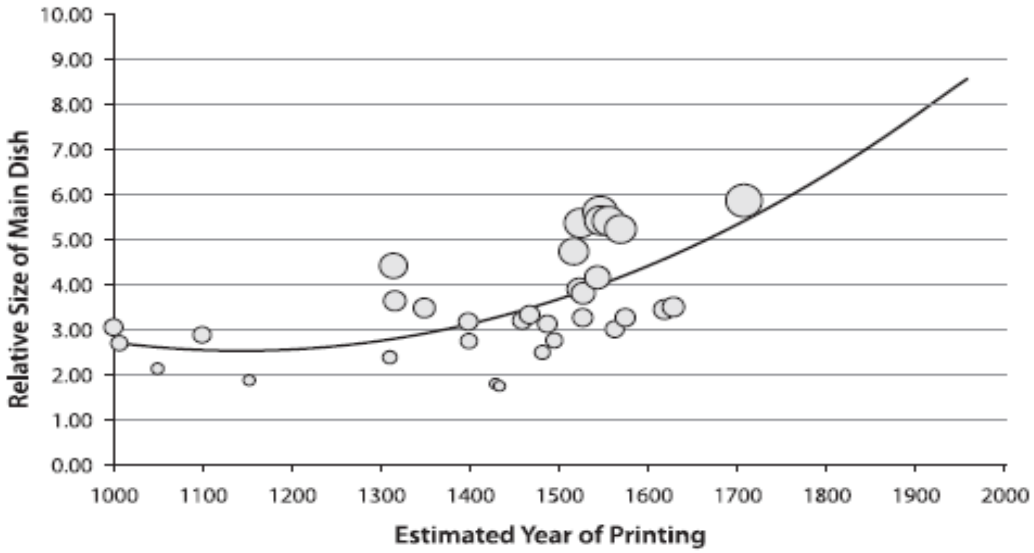


Figure 1 The relative size of the main dish in depictions of the Last Supper has increased over the millennium.

CHE BELLEZZA di Laura Laurenzi

Il cerotto hi-tech, a base di **marlex**, viene cucito sulla lingua di una paziente

LE MANIERE FORTI DI UN CHIRURGO DI BEVERLY HILLS PER FAR **DIMAGRIRE** I SUOI PAZIENTI: CON LA BOCCA FUORI USO MANGIARE DIVENTA IMPOSSIBILE

COL CEROTTO SULLA LINGUA LE DIETE SON DOLORI

A volte con le parole si esagera. Dire: la dieta che sto facendo è una vera tortura, generalmente è un'iperbole. Non però quando si segue la dieta shock del cosiddetto *cerotto magico*, moda abominevole quanto estrema che viene da Beverly Hills e che, più che un metodo per perdere peso, sembra una scena di un film dell'orrore. L'ha inventata un chirurgo plastico di nome Nikolas Chugay ed è indicata, a occhio e croce, a chi ha zero forza di volontà e non ce la fa a seguire una dieta. Col metodo del cerotto non ha alternative: deve digiunare per forza, altrimenti sviene dal dolore.

Il sistema, o meglio la tortura, consiste in questo: il/la paziente si lascia cucire sulla lingua un cerotto hi-tech, fatto di una sostanza che si chiama marlex, lo stesso materiale che si utilizza in chirurgia per riparare le ernie. Già i sei punti di sutura non sono una passeggiata, ma il bello viene quando passa l'effetto dell'anestesia. La lingua foderata di cerotto fa talmente male che rende impossibile mangiare qualunque cibo solido. Il/la paziente può al massimo ingurgitare alimenti liquidi e beveroni appositamente preparati, per un apporto calorico totale che oscilla fra le 600 e le 700 calorie. Di questo passo, cioè semidigiunando, perderà una media di dieci chili in un mese.

E un mese è appunto il termine massimo: dopo trenta giorni, infatti – ma che bella prospettiva – il venefico cerotto comincia a inglobarsi nel tessuto epiteliale della lingua proprio per quel processo di riparazione per il quale il marlex è stato inventato, e va dunque categoricamente rimosso. Nel frattempo non sono rare alcune complicazioni come forti gonfiori della lingua, a rendere dolorosissimo non solo alimentarsi e deglutire, ma persino parlare. Il tutto al modico prezzo di duemila dollari: certo sempre meno del bypass gastrico, ma a tutto c'è un limite. ■

il venerdì 4 SETTEMBRE 2015

Thigh-Gap, quell'ossessione delle teenager per il varco tra le cosce– di Elisabetta Rosaspina

http://27esimaora.corriere.it/articolo/thigh-gap-quellossessione-delle-teen-ager-per-il-varco-tra-le-coscema-spesso-e-photoshop/

In inglese si dice "thigh gap", in francese "espace entre les cuisses". In italiano potrebbe diventare "spazio o varco tra le cosce". Quando avrà una definizione ufficiale e condivisa anche nella lingua di Dante, purtroppo vorrà dire che la mania ha varcato le Alpi e ha contagiato le adolescenti nazionali. In Francia l'allarme è già suonato: in internet, nei siti dove i ragazzi si scambiano consigli – talvolta strampalati -, l'ultima ossessione è come ottenere, a forza di digiuni, l'ambita forma arcuata delle cosce. La nuova regola estetica, imposta da chissà chi e chissà perché, è: stando in posizione eretta, a piedi uniti, le cosce non devono toccarsi. Curioso, fino a non molti anni fa, invece, quella distanza era considerata un difetto.

Ma i gusti cambiano. E serve a poco che i medici, o addirittura i pediatri, americani e francesi si sforzino di fare capire alle loro giovanissime assistite che non è tanto una questione di peso, né di magrezza, quanto di morfologia. Non sono ancora riusciti a convincere la maggioranza di loro che è l'ampiezza del bacino a determinare le cosce, per così dire, concave. Le americane sono state le prime, seguite a ruota dalle francesi, a divulgare tra le teen agers il nuovo diktat estetico, corredato di istruzioni demenziali per riuscire evidenziare il più possibile le curve. Dei loro femori. Interminabili sessioni di ginnastica, fino a disidratarsi, o al contrario bere litri d'acqua per ingannare lo stomaco e mettere a tacere i crampi della fame: le "ricette" più autolesioniste si moltiplicano on line. Con l'intransigenza dell'età, le "amiche di mouse" si sorvegliano e galvanizzano a vicenda:«Hai misurato le tue cosce ultimamente?». «Sì! 55 centimetri, ne ho perduti altri due». L'anoressia incombe. L'insensata gara con la bilancia ha trovato un altro avversario: il metro. Per fortuna navigano in rete anche giovani sabotatori della tirannia dei canoni di bellezza, e qualcuno s'inserisce nel simposio masochista dei "thigh gap-dipendenti" con suggerimenti umoristici: «Niente digiuni. Tenete in permanenza un pallone stretto tra le cosce e il risultato è garantito».

Cincinnati Children's

Occupational Therapy and Physical Therapy/Overweight or Obese Children and Adolescents/ Vital Sign Monitoring/BESt 155

Best Evidence Statement (BESt)

Date: February 21, 2013

Title: Vital Sign Monitoring in Children and Adolescents who are Overweight or Obese in the Outpatient Physical Therapy Clinic

Clinical Question:

P	*(Population/Problem)*	Among children and adolescents who are overweight or obese
I	*(Intervention)*	does monitoring patient cardiovascular tolerance* during a physical therapy session utilizing vital signs*
C	*(Comparison)*	versus standard care
O	*(Outcome)*	reduce the risk of adverse events*?

***Definitions** for terms marked with * may be found in the Supporting Information section.*

Target Population for the Recommendation:

Children and adolescent patients ages 5 to 18 years with body mass index (BMI) > 85th percentile in the outpatient physical therapy setting.

Recommendation:

It is recommended that vital signs be assessed prior to and during physical therapy treatment sessions in order to monitor cardiovascular system tolerance to an exercise intervention in children and adolescent patients who are overweight or obese *(Carletti et al. 2008 [3a]; Gaya et al. 2009 [4a]; Hayes and Eisenmann 2011 [4a]; Norman et al.2005 [4a]; Ribeiro et al. 2003 [4b])*.

Discussion/Synthesis of Evidence related to the recommendations:

High blood pressure and high BMI in children and adolescents have been linked to decreasing exercise tolerance compared to their normal weight peers *(Carletti et al. 2008 [3a]; Gaya et al. 2009 [4a]; Hayes and Eisenmann 2011 [4a]; Norman et al. 2005 [4a]; Ribeiro et al. 2003 [4b])*. One controlled clinical trial, one cross-sectional study, and several cohort prospective studies examined the change in resting heart rate, maximal heart rate, blood pressure, and volume of oxygen uptake (VO_2) at lactate threshold during maximal exertion *(Carletti et al. 2008 [3a]; Hayes and Eisenmann 2011 [4a]; Gaya et al. 2009 [4a]; Leary 2007 [4a]; Norman et al. 2005 [4a]; Ribeiro et al. 2003 [4b])*. Children and adolescents who are overweight or obese were found to have greater cardiovascular demand including increased blood pressure (systolic and diastolic), heart rate, and oxygen consumption in comparison to their normal weight peers during exercise in the maximal effort phase (*Carletti et al. 2008 [3a]; Hayes and Eisenmann 2011 [4a]; Gaya et al. 2009 [4a]; Leary 2007 [4a]; Norman et al. 2005 [4a]; Ribeiro et al. 2003 [4b])*. Adolescents who were overweight or obese had significantly increased arterial blood pressure during a graded treadmill test as well as greater cardiovascular demand in resting and at maximal exertion than normal weight adolescents of the same age group *(Carletti et al. 2008 [3a])*. Effort at maximal exertion was significantly different in males in this group with males who were overweight having significantly increased arterial pressure compared to normal weight males, normal weight females, and overweight and obese females *(Carletti et al. 2008 [3a])*.

Children and adolescents who are overweight demonstrated increased resting heart rate and a lower maximal heart rate versus non-overweight adolescents *(Norman et al. 2005 [4a])*. Furthermore, these two groups (overweight and non-overweight) had similar absolute VO_2 at lactate threshold and maximal exertion during a cycle ergometer test and during a walk/run test. However, the overweight group demonstrated greater oxygen uptake, greater use of their cardiorespiratory reserve, and increased metabolic demands. The adolescents who were overweight required greater energy during submaximal exercise and required greater oxygen consumption *(Norman et al. 2005 [4a])*. The greater the energy required during exercise trended toward the decreased ability to sustain exercise as long as their non-overweight peers *(Norman et al. 2005 [4a])*.

Based on the synthesis of the aforementioned evidence, monitoring vital signs during a physical therapy treatment session to guide treatment to ensure children and adolescents are below the lactate threshold, are within target heart rate, and are within safe ranges of systolic and diastolic blood pressure may allow greater tolerance to exercise and reduce risk of adverse events in the physical therapy clinic.

Reference List:

Carletti, L., Rodrigues, A. N., Perez, A. J., Vassallo, D.V.: Blood pressure response to physical exertion in adolescents: influence of overweight and obesity. *Arq Bras Cardiol,* 91(1): 24-28, 2008. [3a]

Childhood overweight and obesity. Center for Disease Control website. 2012. Available at: http://www.cdc.gov/obesity/childhood/index.html. Accessed November 8, 2012. [5a]

Demorest, R. A., Reginald, L.: Athletic participation by children and adolescents who have systemic hypertension. *Pediatrics,* 125(6): 1287-1294, 2010. [5a]

Dunbar, C. C., Robertson, R.J., Baun, R., Blandin, M.F., Metz, K., Goss, F.L.: The validity of regulating exercise intensity by ratings of perceived exertion. *Medi Sci Sports Exerc,* 24(1): 94-99, 1992. [4b]

Frese, E.M., Fick, A., Sadowsky, H. S.: Blood pressure measurement guidelines for physical therapists. *Cardiopulm Phys Ther J,* 22(2): 5-12, 2011. [5a]

Ganley, K.J., Paterno, M.V., Miles, C. Stout, J., Brawner, L., Girolami, G., Warren, M.: Health-related fitness in children and adolescents. *Pediatri Phys Ther,* 23(3): 208-220, 2011 [5a]

Gaya, A. R., A. Alves, Aires, L., Martins, C.L., Ribeiro, J.C., Mota, J.: Association between time spent in sedentary, moderate to vigorous physical activity, body mass index, cardiorespiratory fitness and blood pressure. *Ann Hum Biol,* 36(4): 379-387, 2009. [4a]

Hayes, H.M., Eisenmann, J.C.: Joint association of fatness and physical activity on resting blood pressure in 5 to 9 year old children. *Pediatri Exerc Sci,* 23: 97-105, 2011. [4a]

Leary, S.D., Ness, A.R., Smith, G.D., Mattocks, C., Deere, K. Blair, S.N., Riddoch, C.: Physical activity and blood pressure in childhood: findings from a population based study. *Am Heart Assoc (Hypertension),* 51: 92-98, 2008. [4a]

Marinov, B, Kostianev, S, Turnovska, T.: Ventilatory efficiency and rate of perceived exertion in obese and non-obese children performing standardized exercise. *Clin Physiol Funct Imaging,* 22(4): 254-260, 2002. [4a]

National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents: The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics,* 114(2 Suppl 4th Report): 555-76, 2004. [5b]

Norman, A. C., Drinkard, B., McDuffie, J.R., Ghorbani, S., Yanoff, L.B., Yanovski, J.A.: Influence of excess adiposity on exercise fitness and performance in overweight children and adolescents. *Pediatrics,* 115(6): 690-696, 2005. [4a]

Ribeiro, J., Guerra, S., Pinto, A., Oliveira, J., Duarte, J., Mota, J.: Overweight and obesity in children and adolescents: relationship with blood pressure, and physical activity. *Ann Hum Biol,* 30(2): 203-213, 2003. [4b]

Roeminch, J.N., Barkley, J.E., Epstein, L.H., Lobarinas, C.L., White, T.M., Foster, J.H.: Validity of PCERT and OMNI walk/run ratings of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc,* 38(5):1014-1019, 2006. [4a]

Torrance, B., McGuire, KA, Lewanczuk, R, McGavock, J.: Overweight, physical activity, and high blood pressure in children: a review of the literature. *Vasc Health Risk Manag*, 3(1): 139-149, 2007. [5b]

Relatori e Moderatori

Dr Claudio Annovi
Dir. UO Dipendenze Patologiche Modena Sud. AUSL Modena
Dr Anna Rita Atti
Ricercatore di Psichiatria. Università di Bologna
Prof. Nino Battistini
Professore Ordinario di Scienze e Tecniche Dietetiche. Università di Modena e Reggio E.
Prof. Cesare Carani
Professore Ordinario di Endocrinologia; Direttore, Scuola di Specializzazione in Endocrinologia. Università di Modena e Reggio Emilia. Direttore, Dipartimento di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo, Geriatria. AUSL di Modena.
Prof. Massimo Cuzzolaro
Già Professore di Psichiatria. Università La Sapienza. Roma.
Dr Marinella Distani
Responsabile Programma regionale DCA. Regione Emilia-Romagna.
Dr.ssa Paola Dondi
Direttore UOS di Psicologia Ospedaliera – DSM. AUSL di Modena.
Prof. Lorenzo Donini
Professore Associato di Alimentazione e Nutrizione Umana. Università Sapienza di Roma.
Dr Annamaria Gibin
Responsabile del Programma DCA. AUSL Parma.
Prof. Nazario Melchionda
Presidente della Società Italiana Studi Disturbi del Comportamento Alimentare – SISDCA.
Dr.ssa Nicoletta Modena
UO NPIA. DSM - AUSL di Modena.
Prof. Francesco Montecchi
Già Dir. UO di NPI. Ospedale Bambino Gesù di Roma.
Dr.ssa Angelica Pallari
UO CSM Modena Area Centro. DSM - AUSL di Modena.
Dr.ssa Daniela Rebecchi
Direttore. Settore di Psicologia – DSM, AUSL di Modena. Didatta della Società Italiana di Terapia Cognitivo-Comportamentale - SITCC.
Dr Federica Ronchetti
Responsabile Centri adolescenza e prevenzione. AUSL MO.
Dr.ssa Romana Schumann
Psicologa Psicoterapeuta. Responsabile del settore psicoterapico del Centro Gruber di Bologna. Responsabile della Società Italiana Studi Disturbi del Comportamento Alimentare – SISDCA. Regione Emilia Romagna.
Prof. Manuela Simoni
Professore Ordinario di Endocrinologia. Università di Modena e Reggio E.
Dr. Paolo Soli
Dir. UOC N.P.I.A. Modena Sud. AUSL di Modena.
Dr. Fabrizio Starace
Direttore del Dipartimento di Salute Mentale. AUSL di Modena.
Dr. Chiara Valenti
UOS Dipartimentale di Medicina Interna, Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare - AUSL di Modena.
Dr. Luigi Valerio
UOS Dipartimentale di Medicina Interna, Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare - AUSL di Modena.
Dr. Dante Zini
Dir. UOS Dipartimentale di Medicina Interna, Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare - AUSL di Modena.

OBIETTIVI DEL CONVEGNO

La delibera della Regione Emilia Romagna (DGR 1298/2009) prevede che in ogni Provincia sia attivato un Sistema di cura dei pazienti con DCA, basato su un approccio interdisciplinare (psicologico - psichiatrico e medico - nutrizionale) in équipe, con esplicitazione della formulazione diagnostica, del programma terapeutico specifico, delle risorse dedicate.

La costruzione di tali sistemi è un processo in corso.
Nelle prime quattro edizioni del Convegno abbiamo approfondito altrettanti "mattoni" di questa costruzione: aspetti gestionali; terapia cognitivo-comportamentale; lavoro interdisciplinare in equipe; le "terapie evidence-based" per i DCA.

Obiettivo di questo 5° Convegno Modenese sui DCA è approfondire, con l'aiuto di relatori di rilevanza internazionale, la problematica degli esordi dei DCA. Oggi l'interesse per gli esordi psicopatologici nel loro complesso è di grande attualità, per i nostri sistemi e organizzazioni di cura. Cogliere una patologia all'esordio e curarla in maniera specifica e competente è la premessa per buone cure. E' infatti predittivo di una maggior percentuale di successi; in secondo luogo, se à vero che richiede un impegno precoce certamente elevato, è però fondamento per la sostenibilità complessiva anche economica del Servizio Sanitario Nazionale; infine, è condizione per limitare disabilità e compromissioni funzionali e prevenire la cronicizzazione dei disturbi.

Parlare di esordi dei DCA comprende diversi aspetti: fra gli altri, i sintomi alimentari della prima infanzia connessi alle problematiche relazionali con le figure di accudimento; i disturbi alimentari già strutturati, che esordiscono in fasce di età che si vanno allargando, verso il basso e verso l'alto; la prevenzione secondaria per le "popolazioni a rischio" (per età, sesso, ambienti scolastici, danza …); il riconoscimento precoce, l'assessment strutturato e le terapie integrate dedicate; le basi biologiche della patologia e le acquisizioni della moderna neurobiologia.

Il Convegno costituirà per noi tutti una utile occasione di approfondimento dello stato dell'arte della tematica, sia con una prospettiva sistematica che con attenzione agli aspetti del governo clinico e dell'esperienza quotidiana.

Arrivederci a Modena!

Patrocinio della
Società Italiana Studi
Disturbi del Comportamento
Alimentare – SISDCA

Presidenza del Convegno
Dr Fabrizio Starace

Segreteria Scientifica
Dr Dante Zini, Dr Angelica Pallari (Responsabili del Convegno)
Dr Paola Dondi, Dr Nicoletta Modena,
Dr Chiara Valenti, Dr Luigi Valerio

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Eliana Masoch

Il Convegno è accreditato ECM
per tutte le professioni medico – sanitarie,
i posti disponibili sono limitati

L'iscrizione è gratuita
La pre-iscrizione è obbligatoria
all'indirizzo e-mail:
e.masoch@ausl.mo.it
dal 9 settembre al 9 novembre 2013

Al termine di tale periodo, sarà cura della Segreteria Organizzativa comunicare ad ogni richiedente l'effettiva iscrizione all'evento

Come raggiungere la sede del convegno:

dalla stazione ferroviaria:
- autobus n.13 direzione Ospedale fermata Giardini Simint
- linea ferroviaria Modena – Sassuolo fermata Baggiovara Ospedale

dal casello autostradale A1 Modena Nord:
tangenziale in direzione Sassuolo uscita Baggiovara

dal casello autostradale A1 Modena Sud:
seguire le indicazioni Modena centro, all'incrocio con la tangenziale procedere per l'Abetone, poi imboccare la complanare in direzione Sassuolo uscita Formigine – Maranello – direzione Baggiovara

PROGRAMMA

Ore 08.30 Accoglienza e iscrizioni

Ore 09.00 Saluto delle autorità
Francesca Maletti
Assessore alle Politiche sociali, sanitarie e abitative del Comune di Modena. Presidente del Comitato di Distretto Socio-Sanitario della Città di Modena
Mariella Martini
Direttore Generale. Azienda USL di Modena
Giorgio Lenzotti
Direttore. Presidio Ospedaliero, Azienda USL (MO)

Introduzione.

Ore 930
Domande ai relatori: le sfide degli esordi nella cura dei DCA.
Dante Zini, Chiara Valenti, Luigi Valerio

1° Sessione:
Gli esordi: nuove frontiere e governo clinico
Presidente: Romana Schumann
Moderatori: Anna Rita Atti, Nino Battistini,

Ore 945
Esordi psicopatologici ed interventi precoci.
Fabrizio Starace

Ore 1030
La centralità della "food addiction" nello sviluppo dei DAO, dall'esordio alla risoluzione.
Nazario Melchionda

Ore 1115
Comportamenti alimentari e peso corporeo: interazioni nella clinica degli esordi.
Massimo Cuzzolaro

Ore 12
Aspetti internistici e nutrizionali e nucleo psicopatologico negli esordi acuti dei DCA.
Lorenzo Donini

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento di Salute Mentale
Direttore Dott F. Starace
Dipartimento di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria
Direttore Prof. C. Carani

5° Convegno Modenese
I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Gli esordi dei DCA

Modena, 21 Novembre 2013
Ore 8.30 – 18

Steve McCurry."Afghan girl" 1984

UNA HOTEL
Via Settembrini 10
Baggiovara (MO)

2^ Sessione
La gestione degli esordi dei DCA
Presidenti: Cesare Carani e Manuela Simoni
Moderatori: Marinella Distani, Annamaria Gibin

Ore 14.00
Il cibo-mondo persecutore minaccioso: gli esordi dei DCA infanto-adolescenziali e la loro strutturazione nel percorso di crescita.
Francesco Montecchi

Ore 1445
La paura di essere brutti. L'adolescente ed il giovane adulto affetto da DCA: dalla promozione della salute nelle scuole, all'intervento sull'esordio.
Federica Ronchetti, Claudio Annovi, Daniela Rebecchi

1530-1730
Caso clinico: assessment interdisciplinare e piano di trattamento strutturati.
Presentazione da parte dell'Equipe per i DCA dell'Azienda USL di Modena.
Paola Dondi, Nicoletta Modena, Angelica Pallari, Paolo Soli e Dante Zini
Discussant: Romana Schumann

Ore 18.00
Conclusioni e consegna dei questionari ECM.

Negli ultimi anni si è fatta sempre più viva l'attenzione sull'approccio e le metodologie di rete nella gestione dei servizi sanitari e della clinica in generale. In questa giornata di studi si è inteso mettere a fuoco una collaborazione importante tra clinica, ricerca e volontariato.

Da anni ormai, l'attività del Centro per i Disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento si intreccia strettamente da un lato con quella della SISDCA, la società scientifica che si occupa dello studio dei disturbi alimentari, partecipando attivamente alle attività scientifiche e di ricerca; dall'altro è ormai consolidata la collaborazione con l'ADAO Friuli ONLUS, l'associazione dei familiari che quest'anno festeggia il decennale della sua fondazione.

In questi anni l'attività comune ha portato alla realizzazione di gruppi per genitori, interventi di prevenzione nella scuola, iniziative di supporto al lavoro clinico del centro (laboratori di arte-terapia e teatro), formazione per operatori e per specializzandi e più in generale iniziative di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Abbiamo voluto definire la collaborazione tra questi soggetti come una buona alleanza terapeutica, parafrasando un concetto che, nella relazione clinica, è considerato il migliore predittore di un esito favorevole.

Il convegno si articola in due sezioni: quella mattutina è dedicata all'attività scientifica e si propone di realizzare un up-to-date su una serie di temi, a partire dalla lezione magistrale affidata al Prof. Melchionda, Presidente della SISDCA. La sezione mattutina è divisa a sua volta in due parti, relative agli adulti e ai minori.

La sezione pomeridiana è invece rivolta alle attività in collaborazione con l'ADAO e ricapitola i principali interventi realizzati in questi anni.

Al termine verrà proiettato il cortometraggio "Disorder", diretto da Clara Salgado e creato dall'associazione ADAO per essere utilizzato in attività di prevenzione e sensibilizzazione.

SEDE

Il corso si svolgerà presso **Teatro Sociale Arrigoni** sito in Piazza del Popolo a **San Vito al Tagliamento** (PN).

COSTO e MODALITA' d'ISCRIZIONE

È stato chiesto l'accreditamento ECM (educazione Continua in Medicina) per le seguenti figure professionali: **Medici** (tutte le specialità), **Psicologi, Infermieri, Assistenti sanitari, Educatori e Dietisti.**

La partecipazione al convegno è **gratuita**.

L'iscrizione è obbligatoria.

I posti sono limitati.

Le iscrizioni si chiuderanno il 20 novembre 2013.

Agli iscritti saranno distribuiti materiali didattici e l'attestato di partecipazione.

I moduli di iscrizione debitamente compilati devono essere inoltrati via e-mail all'indirizzo: contatti@martaroncaglia.it.

L'iscrizione sarà perfezionata con una mail di conferma di avvenuta iscrizione.

A CHI E' RIVOLTO

Il corso è rivolto ad operatori e familiari che hanno a cuore il benessere delle persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare e se ne occupano personalmente o professionalmente.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Per chiarimenti su aspetti logistici ed organizzativi potete contattare **dott.ssa Marta Roncaglia** al n. **348-2842656** dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00.

In caso di mancata risposta verrete ricontattati.

ADAO Friuli ONLUS — Associazione Disturbi Alimentari Obesità

ASSn6 Friuli Occidentale

sisdca Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Con il patrocinio e la collaborazione

Comune di San Vito al Tagliamento

Organizza il convegno

Una buona alleanza terapeutica.

La cura dei disturbi alimentari tra servizio pubblico, società scientifica e associazionismo

Venerdì 6 dicembre 2013

Teatro Sociale Arrigoni

San Vito al Tagliamento (PN)

Mattina

I sessione	**CDA e SISDCA: l'unione fa la forza**
8.30 – 9.00	**Saluto delle autorità**
9.00 -10.00	**Prospettive attuali nei DAO**
	Lezione magistrale
	Nazario Melchionda
I parte	**Il lavoro con gli adulti**
	modera: *Nazzareno Trojan*
10.00 - 10.20	**Attaccamento, trauma e regolazione emotiva: aspetti neurobiologici**
	Aldo Genovese
10.20 – 10.40	**Lavorare con la famiglia**
	Roberta Siani
	Mariasole Castellazzi
10.40 – 11.00	**I Disturbi dell'Alimentazione nel DSM V**
	Patrizia Todisco
11.00 – 11.20	*pausa*
II parte	**Il lavoro con i minori**
	modera: *Giovanni Santeramo*
11.20 – 11.40	**I farmaci in età evolutiva: conferme e nuove prospettive**
	Pier Giorgio Miottello
11.40 – 12.00	**La pediatria come risorsa per la cura dei DCA: una sperimentazione**
	Roberto Dall'Amico
	Gian Luigi Luxardi
12.00 – 12.20	**I disturbi dell'immagine corporea nella preadolescenza**
	Emanuel Mian

Pausa pranzo

Pomeriggio

II sessione	**10 anni di collaborazione CDA-ADAO**
	Modera: Gian Luigi Luxardi
14.00– 14.30	**10 anni di ADAO FRIULI**
	Liliana Giust
14.30 - 14.50	**Il gruppo d'autoaiuto guidato genitori e familiari**
	Sara Mirone
	Francesca Lapietra
14.50 - 15.10	**Prevenire attraverso la dissonanza cognitiva: Progetto Corpo**
	Pamela Rigotti
	Francesca Lapietra
15.10 - 15.30	**Terapia focalizzata sulla gestione delle emozioni**
	Fiorenza Marchiol
15.30 - 16.00	**L'Atelier di Arteterapia, l'alternativa alla comunicazione convenzionale**
	Patrizia Morra
16.00 - 17.00	**Domande a volontà**
17.00 – 17.30	Presentazione del cortometraggio: **"Disorder. Uno strumento di prevenzione per la scuola.** prodotto dall'Associazione ADAO Friuli
	Gian Luigi Luxardi
	Clara Salgado
17.30 – 17.45	***Test d'apprendimento***
	Marta Roncaglia

A seguire

TAVOLA ROTONDA:

Volontariato, Territorio, Salute...

e un pizzico di buon umore

Partecipano

Liliana Giust,
Claudia Ischia,
Antonio Di Bisceglie,
Piero Colussi,
Giorgio Siro Carniello
Mara Pasin
Silvana Cremaschi

Chairman

Carla Tisiot

Moderatori

Andrea Appi
Ramiro Bes

Conclusioni

Gian Luigi Luxardi

Azienda Unita Sanitaria Locale ROMA E

sisdca LAZIO

REGIONE LAZIO

UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare
Responsabile Dott Armando Cotugno

Calendario Seminari UOSD Dsturbi del Comportamento Alimentare in collaborazione con la SISDCA Sezione Lazio 2013-2015

	Data	Argomento	Relatore
1	25.10.2013	*Caratteristiche generali dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)*	dott. A. Cotugno
2	29.11.2013	*Complicanze mediche e aspetti nutrizionali DCA*	dott.ssa P. Castelli dott.ssa D. Colletta dott.ssa D. Cascasi
3	13.12.2013	*Sindrome di Asperger e DCA: evidenze clinico-diagnostiche e ricadute terapeutiche*	dott. D. Moscone
4	31.01.2014	*Funzioni metacognitive e DCA*	dott. F. Laghi
5	28.02.2014	*Neuroscienze e DCA*	dott. S. Gaudio
6	28.03.2014	*Aspetti neuropsicologici nei DCA*	dott.ssa G. Spitoni
7	18.04.2014	*Indicazioni e gestione della Nutrizione Artificiale nei DCA*	Prof. L. Donini
8	30.05.2014	*Terapia Cognitivo–Comportamentale (CBT) della Bulimia Nervosa*	dott. F. Cecere
9	27.06.2014	*Mindfulness e DCA*	dott.ssa B. Pescatori
10	25.07.2014	*DCA e trattamento psicodinamico*	dott.ssa V. Baldieri
11	26.09.2014	*Il conflitto nucleare familiare e l'intervento sulla genitorialità*	dott.ssa F. Manaresi
12	26.09.2014	*Family Based Therapy (FBT) per la cura dell'Anoressia Nervosa in adolescenza*	dott.ssa B. Maggiore dott.ssa P. Vertucci
13	31.10.2014	*DCA e Disturbi della Personalità*: la SWAPP-200	dott. W. Sapuppo
14	28.11.2014	*Il modello dialettico–comportamentale (DBT) per la cura della Bulimia Nervosa e dell'Alimentazione Incontrollata*	dott. A. Cotugno dott. W. Sapuppo dott.ssa E. Reda
15	19.12.2014	*L'intervento a scuola: informazione e prevenzione*	dott.ssa S. Ferrari, dott.ssa B. Cozzani
16	30.01.2015	*I gruppi psicoeducativi per la cura del Disturbo da Alimentazione Incontrollata*	dott. G. Di Luzio
17	27.02.2015	*Cenni di psicofarmacologia per il trattamento dei DCA*	dott. A. Cotugno
18	27.03.2015	*Skills-based learning e trattamento collaborativo dei DCA: il modello del Maudsley Hospital*	E.P. M. Tescari, I.P. P. Magistri

1

armando.cotugno@asl-rme.it
uosd.dca@asl-rme.it
Polo Ambulatoriale 1, via Domenico Silveri 8-10, 00165 Roma Tel/Fax 06-39388325; Fax: 06-6385624
Polo Ambulatoriale 2, p.zza S.Maria della Pietà 5, 00135 Roma – Tel: 06-68352804; Fax: 06-68352850

ASSOCIAZIONE "MI FIDO DI TE ONLUS"

CON IL PATROCINIO DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

MASTER ECM CORSO DI PERFEZIONAMENTO

LE BUONE PRATICHE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELCOMPORTAMENTO ALIMENTARE . MODELLI ORGANIZZATIVI E PARADIGMI TEORICI.

IV edizione - 2013/2014

OBIETTIVI

Le linee guida per la cura e la riabilitazione in campo DCA indicano, nel trattamento integrato e multidisciplinare, il fattore principale di successo del percorso terapeutico. Il Corso di Perfezionamento "Le Buone Pratiche nel Trattamento dei DCA", in tal senso, intende restituire la coralità delle discipline che concorrono alla diversità degli interventi terapeutici con un approccio a 360 gradi. Questo rappresenta la novità della proposta formativa e si rifà all'esperienza clinica e di ricerca del Centro Palazzo Francisci di Todi e del Centro DAI di Città della Pieve ASL 2 dell'Umbria, centri pubblici di riferimento per il Ministero della Salute e per l'Istituto Superiore di Sanità, specializzati ed interamente dedicati ai DCA e che adottano un approccio umanistico, psiconutrizionale, medico ed esistenziale, affiancato ad un modello organizzativo specifico in grado di supportare un trattamento multidisciplinare così complesso. Lo scopo è quello di permettere l'acquisizione delle più recenti informazioni scientifiche nell'ambito diagnostico e terapeutico e di conoscere le più accreditate procedure terapeutiche, al fine di preparare professionisti capaci di implementare risposte assistenziali che non corrispondano a percorsi settoriali di cura ma ad un modello multidimensionale ed integrato. In tal senso, saranno presentate tutte quelle teorie e delineati tutti quei procedimenti necessari alla comprensione della patologia e alle modalità d'intervento assistenziale nelle differenti fasi del trattamento clinico. Il comitato scientifico e docente afferisce dalle varie discipline implicate nel trattamento terapeutico (Neuropsichiatria Infantile, Scienze della Nutrizione, Dietistica, Scienze infermieristiche, Endocrinologia, Medicina Interna, Psicologia, Psichiatria, Filosofia, Pedagogia), proponendo un modello di intervento adeguato a ciò che la letteratura scientifica indica come modello efficace di cura. Il programma abbraccia l'insieme delle discipline che concorrono alla diversità degli interventi terapeutici (raggruppati in tre macro aree: psicologica, nutrizionale, pedagogico- esistenziale.), introducendo inoltre una novità nella proposta formativa costituita dalla presenza di discipline appartenenti all'ambito filosofico (con insegnamenti di filosofia del linguaggio, antropologia filosofica e consulenza filosofica.

Programma e bando sono scaricabili dal sito http://www.disturbialimentarionline.it

The 3rd Latin America Congress on

CONTROVERSIES TO CONSENSUS IN DIABETES, OBESITY AND HYPERTENSION (CODHY)

PANAMA CITY, PANAMA • MARCH 13-16, 2014

General Information

Location:
Panama City, Panama

Dates:
March 13-16, 2014

Language:
English is the official language of the Congress and there will be simultaneous translation. Spanish to English and vice versa for all sessions.

Clothing:
Informal for all occasions

Time Zone Mobile:
UTC/GMT -5

Climate:
Temperatures in March are between 24°C and 32°C

Visas:
Prior to booking flights, registrants are strongly advised to confirm with their travel agent whether they require a Visa to travel to Panama. Information about Visa requirements can be found on the World Travel Guide website: www.worldtravelguide.net

ComtecMed will not be responsible for any cancellations or delays caused by authorities due to a lack of Visa or other required documentation.

Liability:
The Congress Secretariat cannot accept liability for personal accidents, nor for loss of, or damage to private property of participants, either during or directly arising from the **3rd Latin America Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy)**. Participants should make their own arrangements with respect to health and travel insurance.

Congress Secretariat:
Please do not hesitate to contact the Secretariat if you require any additional information or assistance. Please address all correspondence to: codhyLA@codhy.com

Latin America CODHy

The 3rd Latin America Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension

1° Meeting di Presentazione del Progetto PIADAO

Bologna, Hotel de la Gare

SISDCA

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Eccellenti Integrati Disturbi Alimentari Obesità (DAO). Il lavori del PIA.DAO saranno presentati in 3 tornate: il **1° Meeting** si terrà il **29-30 di novembre 2013 a Bologna**; il 2° Meeting nell'ultima settimana di maggio 2014. il 3° Meeting nell'ultima settimana di novembre 2014. I Partecipanti, i loro Ruoli e lo Schema di presentazione delle Raccomandazioni, delle Risposte ai Quesiti e delle Definizioni (sostenute dallo Stato dell'Arte), saranno simili nei 3 Meeting. I contenuti delle 6 sessioni di ogni tornata saranno preparati dai Relatori, tenuto conto dello stadio di compilazione relativo al materiale ricevuto. In ogni Meeting ci saranno 6 sessioni di 2 mezze giornate, con un solo pernottamento, e per ciasuna sessione i 6 Relatori (Nizzoli, Bosello, Donini, Cuzzolaro, Melchionda e Schuman) hanno dato la loro disponibilità sia per la fase di presentazione sia per la fase di redazione. Il delicato e complesso lavoro, già iniziato, si prolungherà per tutto l'arco del 2013 e del 2014.Per ogni sessione è stato individuato un Presidente di Sessione, tre Moderatori e quanti Collaboratori, in divenire, hanno prestato la loro opera. Ogni Relatore si fa capo di assegnare i compiti per ciascun ruolo (attivo e prezioso).In ogni Meeting lo Schema e i Ruoli rimangono gli stessi e i contenuti saranno presentati dai Relatori, per quanto loro possibile, in relazione al materiale ricevuto. Per la 1° tornata il materiale ricenvuto consente di presentare almeno un terzo dell'impianto di tutto il PIADAO. *MAX 100 posti riservati* http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/piadao-meeting.html

PIA DAO

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Nazario Melchionda
Presidente
Comitato Formazione
melchiondauno@gmail.com
www.nazariomelchionda.net

Fausto Manara
Socio Onorario
Past President
manara@med.unibs.it

Massimo Cuzzolaro
Socio Onorario
Past President
massimo.cuzzolaro@fastwebnet.it

Ottavio Bosello
Socio Onorario
Past President
ottavio.bosello@univr.it

Donatella Ballardini
Consigliere
donatella.ballardini@yahoo.com

Antonio Bongiorno
Consigliere
nellobongiorno@virgilio.it

Pierfabrizio Cerro
Consigliere
cdaa.pietra@asl2.liguria.it

Giancarlo Di Pietro
Consigliere
Comitato Scientifico
dipietro@unina.it

Lorenzo M Donini
Consigliere
lm.donini@gmail.com

Giovanni Gravina
Consigliere
gravina@sanrossorecura.it

Lisa Guidi
Consigliere
lisa.guidi64@gmail.com

Cristina Lanzarone
Consigliere
cristina.lanzarone@libero.it

Emilia Manzato
Consigliere
e.manzato@ospfe.it

Sabato Antonio Manzi
Consigliere
manzisabatino@libero.it

Walter Milano
Consigliere
wamilano@tin.it

Enrico Prosperi
Consigliere
enrico.prosperi@libero.it

Giovanni Spera
Consigliere
giannispera@yahoo.com

Giulietta Tarrini
Consigliere
Segreteria Nazionale
dca@aosp.bo.it
segreteria.SISDCA@gmail.com

Chiara Zanetti
Web Master
zanetti.chiara@gmail.com

Contatti con le SEZIONI REGIONALI SISDCA

- **CAMPANIA**
  Presidente: Walter Milano
  wamilano@tin.it

- **EMILIA ROMAGNA - MARCHE**
  Presidente: Romana Schumann
  r.schumann@alice.it

- **LAZIO**
  Presidente: Armando Cotugno
  cotugno.armando@fastwebnet.it

- **LIGURIA**
  Referente: Pierfabrizio Cerro
  cdaa.pietra@asl2.liguria.it

- **LOMBARDIA-PIEMONTE**
  Presidente: Concetta De Salvo
  concetta.desalvo@villamiralago.it

- **PUGLIA-BASILICATA**
  Referente: Caterina Renna
  caterinarenna@gmail.com

- **SICILIA-SARDEGNA**
  Presidente: Antonio Bongiorno
  nellobongiorno@virgilio.it

- **TOSCANA-UMBRIA**
  Presidente: Giovanni Gravina
  gravina@sanrossorecura.it

- **TRIVENETO**
  Presidente: Piergiorgio Miottello
  piergiorgio.miottello@aslbassano.it

Entra nel mondo SISDCA

ISCRIVERSI ALLA SISDCA

http://SISDCAdisturbialimentari.weebly.com/segreteria---iscrizioni.html

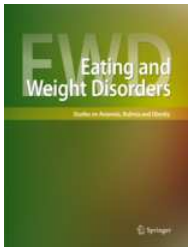
Scarica il modulo e invialo, accompgnato da un CV essenziale e dalla fotocopia di un documento valido, a segreteria.SISDCA@gmail.com

oppure per posta a: Segreteria SISDCA - Centro Psicologia Maieutikè—via Fossolo, 10 - 40138 Bologna (BO)

Per ulteriori informazioni è possibile chiamare la segreteria SISDCA:
***Giulietta Tarrini* (335-7896429)** ***Chiara Zanetti* (349-5415435)**
o consultare il sito www.dca-disturbialimentari.org

Per gli under 30 è previsto uno sconto del 50% sulla quota d'iscrizione.

LEGGI LA RIVISTA DELLA SISDCA



Editor-in-Chief
Massimo Cuzzolaro
(Roma)

Abbonarsi a EWD

http://www.springer.com/