



Rapporti

ISTISAN

13/6



**Conferenza di consenso.
Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
negli adolescenti e nei giovani adulti**



Istituto Superiore di Sanità
Roma, 24-25 ottobre 2012



ISSN 1123-3117

A cura di G. De Virgilio,
D. Coclite, A. Napoletano,
D. Barbina, L. Dalla Ragione,
G. Spera e T. Di Fiandra

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Conferenza di consenso

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

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 24-25 ottobre 2012**

A cura di

Giovanni De Virgilio (a), Daniela Coclite (a), Antonello Napoletano (a),
Donatella Barbina (a), Laura Dalla Ragione (b), Giovanni Spera (c)
e Teresa Di Fiandra (d)

(a) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*(b) AUSL 1 dell'Umbria (già AUSL 2), Centri Residenziali per i DCA e del peso,
Todi e Città della Pieve, Perugia*

(c) Comitato Scientifico, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*(d) Direzione Generale Prevenzione,
Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute, Roma*

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

13/6

Istituto Superiore di Sanità

Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti.

A cura di Giovanni De Virgilio, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Donatella Barbina, Laura Dalla Ragione, Giovanni Spera e Teresa Di Fiandra
2013, x, 109 p. Rapporti ISTISAN 13/6

Il presente lavoro è il documento definitivo di consenso della Conferenza nazionale sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), svoltasi il 24 e 25 ottobre 2012 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ha organizzato l'evento insieme alla AUSL 1 della Regione Umbria, con il patrocinio del Ministero della Salute. Scopo della Conferenza è stato quello di produrre raccomandazioni per una gestione appropriata dei DCA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche sulle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale. Sulla base di tali evidenze, e degli elementi rilevanti emersi dal dibattito pubblico effettuato nel corso del primo giorno di lavori della Conferenza, una giuria multidisciplinare, composta da professionisti del settore e rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti, ha elaborato un documento di consenso in cui sono riportate specifiche raccomandazioni sul tema, accompagnate dalle relative motivazioni scientifiche.

Parole chiave: Anoressia nervosa; Bulimia nervosa; Conferenza consenso; Disturbi da alimentazione incontrollata; Disturbi del comportamento alimentare; Disturbi comportamento alimentare non altrimenti specificati; Epidemiologia; Modelli organizzativi; Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

Consensus Conference. Eating Disorders in adolescents and young adults.

Edited by Giovanni De Virgilio, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Donatella Barbina, Laura Dalla Ragione, Giovanni Spera and Teresa Di Fiandra
2013, x, 109 p. Rapporti ISTISAN 13/6 (in Italian)

The present paper is the final consensus document from the National Conference on eating disorders held on 24 and 25 October 2012 in Rome at the ISS (Italian National Institute of Health), who organized the event together with the AUSL 1 of Umbria Region, under the patronage of the Italian Ministry of Health. The purpose of the Conference was to make recommendations for appropriate management of eating disorders, based on the evaluation of the scientific evidence on the areas of epidemiology, prevention and organizational models, carried out by a multidisciplinary team of experts. Based on these findings, and on the relevant factors that emerged from the public debate during the first day of the Conference, a multidisciplinary jury, an independent panel of professionals and representatives of family and users' associations, has drafted a consensus document including specific recommendations on the subject, accompanied by the relevant scientific reasons.

Key words: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Binge-eating disorders; Consensus conference; Eating disorders; Eating disorders not otherwise specified; Epidemiology; Organizational models; Prevention

Si ringraziano: Laura Amato (Dipartimento di epidemiologia, SSR Lazio, Roma), Antonio Giulio De Belvis (Università Cattolica "Sacro Cuore", Roma), Daniela Galeone (Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute, Roma) per aver moderato la discussione nel corso della prima giornata di svolgimento della conferenza; Ilaria Mulieri e Francesca Botta per il supporto tecnico-scientifico; Stefania Bocci, Roberta D'Angelo, Patrizia Gozzi e Silvia Stacchini per il supporto amministrativo e logistico.

Per informazioni su questo documento scrivere a: daniela.coclite@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). *Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/6).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



Organigramma della Conferenza

Comitato promotore

Giovanni DE VIRGILIO	<i>Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Daniela COCLITE	<i>Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Antonello NAPOLETANO	<i>Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Donatella BARBINA	<i>Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Laura DALLA RAGIONE	<i>AUSL 1 dell'Umbria (già AUSL 2), Centri Residenziali per i DCA e del peso, Todi e Città della Pieve</i>
Giovanni SPERA	<i>Comitato Scientifico, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>

Comitato tecnico-scientifico

Fortunata CANTINI	<i>UO Neuropsichiatria infantile, Ospedale San Paolo di Milano</i>
Michela CASELLI	<i>Dipartimento Neuropsichiatria Infantile, AO Universitaria Careggi, Firenze</i>
Anna Vittoria CIARDULLO	<i>Ospedale di Carpi, Asl Modena</i>
Laura DALLA RAGIONE	<i>AUSL 2 dell'Umbria, Centro Residenziale per i DCA e del peso, Todi</i>
Paolo DIRINDELLI	<i>Dipartimento Neuropsichiatria Infantile, AO Universitaria Careggi, Firenze</i>
Marinella DI STANI	<i>Ambulatorio DCA, DSM Asl Ravenna</i>
Domitilla DI THIENE	<i>Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università La Sapienza, Roma</i>
Giuseppe LA TORRE	<i>Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università La Sapienza, Roma</i>
Ilaria LEGA	<i>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Leonardo MENDOLICCHIO	<i>Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale, Istituto Mario Negri Sud, Puglia</i>
Pierandrea SALVO	<i>Centro DCA Portogruaro, Distretto socio-sanitario ASSL 10 Veneto</i>
Maria VICINI	<i>Centro Residenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del peso, AUSL 2 dell'Umbria, Todi</i>

Giuria

Presidente

Teresa DI FIANDRA	<i>D.G. Prevenzione, Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute, Roma</i>
-------------------	---

Vice presidente

Carlo FARAVELLI	<i>Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze; Società Italiana Psichiatria (SIP)</i>
-----------------	---

Segretari

Nazario MELCHIONDA	<i>Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)</i>
Vito SALVEMINI	<i>UOC DCA, Ospedale CTO A. Alesini, Asl RM/C, Roma</i>

Comitato di scrittura area 1

Armando COTUGNO	<i>UOSD DCA, ASL RM/E, Roma</i>
Antonella GIGANTESCO	<i>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>

Comitato di scrittura area 2

Barbara DE MEI	<i>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma</i>
Maria Grazia MARTINETTI	<i>Dipartimento Neuropsichiatria Infantile, AO Universitaria Careggi, Firenze</i>

Comitato di scrittura area 3

Antonella COSTANTINO	<i>Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA)</i>
Paolo DE CRISTOFARO	<i>Centro Regionale di fisiopatologia della nutrizione, Asl Teramo</i>

Altri membri del panel

Ovidio BRIGNOLI*	<i>SIMG, Firenze</i>
Michele CARRUBA	<i>Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità, Università di Milano; Società Italiana Obesità (SIO)</i>
Giovanna CECCHETTO#	<i>Associazione Nazionale Dietisti</i>
Massimo CUZZOLARO#	<i>Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare()</i>
Carmela DE CAPRIO	<i>Divisione di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, AO Universitaria Federico II, Napoli</i>
Giorgio DORETTO	<i>Fenice Associazione Onlus per la cura e la riabilitazione dei disturbi alimentari, Portogruaro</i>
Mariella FALSINI	<i>Associazione Perle Onlus, Grosseto</i>
Antonio MARIA FERRO	<i>Centro DCA-Adolescenza, DSM ASL2 Savona</i>
Francesco LEONARDI	<i>UOC Dietologia e Nutrizione Clinica, AO Cannizzaro, Catania</i>
Emanuela RAMPELLI	<i>Dipartimento della Gioventù, Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>
Nicola RICCIO#	<i>Associazione Zorea Onlus, Roma</i>
Giuseppe M. ROVERA§	<i>Clinica San Luca, Torino; Associazione Nazionale Specialisti In Scienza dell'Alimentazione (ANSISA)</i>
Pierluigi TOSI#	<i>Direzione Sanitaria ASL 10 Firenze</i>
Massimo VINCENZI	<i>Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)</i>
Luigi Enrico ZAPPA	<i>Centro per i DCA, DSM AO San Gerardo, Monza</i>

Gruppi di lavoro

Area tematica 1 – Dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale

Coordinatore area e relatore

Leonardo MENDOLICCHIO	<i>Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale, Istituto Mario Negri Sud, Puglia</i>
-----------------------	---

Metodologi

Anna Vittoria CIARDULLO#	<i>Ospedale di Carpi, Ausl Modena</i>
Domitilla DI THIENE	<i>Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università La Sapienza, Roma</i>

Rapporteur

Camillo DI FLAVIANO	<i>Reparto Terapia riabilitazione nutrizionale, Villa Pini, Chieti</i>
Patrizia MORETTI	<i>Servizio per i DCA, Clinica Psichiatrica, AO Università di Perugia</i>

Altri componenti

Ilenia CARNAZZA	<i>Associazione Mi Fido di Te ONLUS, Todi</i>
Pier Fabrizio CERRO	<i>Centro DCA-Adolescenza, DSM ASL2 Savona</i>
Lorenzo Maria DONINI	<i>Dipartimento di Medicina sperimentale, Università La Sapienza, Roma</i>
Maria Antonietta MAZZOLDI	<i>Servizio di Psicologia ospedaliera, ASL Alto Adige</i>
Rosella SAULLE	<i>Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università La Sapienza, Roma</i>

Area tematica 2 – Prevenzione dei DCA

Coordinatore area e relatore

Marinella DI STANI *Ambulatorio DCA, DSM Ausl Ravenna*

Metodologo

Giuseppe LA TORRE *Dipartimento di Sanità pubblica e malattie infettive, Università La Sapienza, Roma*

Rapporteur

Lucia BARTOLINI *Centro DAI, Ospedale Città della Pieve, ASL 2 Umbria*
Riccardo DALLE GRAVE *Casa di Cura Villa Garda, Verona*
Valentina POSSENTI *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Giulietta TARRINI *UO Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna*

Altri componenti

Alessandro ALBIZZATI[#] *UONPIA Ospedale San Paolo, Milano*
Silvana CREMASCHI[#] *SOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASS4 Medio Friuli*
Giovanni GRAVINA *Centro Arianna per i DCA, Asl 5 Pisa*
Patrizia IACOPINI *Ambulatorio Multidisciplinare DCA, ZT11 Fermo, ASUR Marche*
Anna Maria LUZI *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
Enrica PERILIO *Associazione dei genitori contro i disturbi alimentari. A.F.co.D.A., Genova*
Rossana SARAGÒ *Ambulatorio DCA, ASL CNI*

Area tematica 3 – Modelli organizzativi

Coordinatore area e relatore

Pierandrea SALVO *Centro DCA Portogruaro, Distretto socio-sanitario ASSL 10*

Metodologo

Ilaria LEGA *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Rapporteur

Luca LAVAGNINO *Centro Pilota DCA, AO Universitaria San G. Battista, Torino*
Caterina RENNA *Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA, DSM, ASL Lecce*

Altri componenti

Concetta DE SALVO *Villa Miralago, Clinica privata convenzionata, Varese*
Elisabetta MANCA DI NISSA *Associazione Genitori Voce dell'anima, Cagliari*
Rossana MANGIAPANE *UO Centro DCA Il cerchio d'oro, DSM ASL5 ME*
Barbara MASINI *Centro DCA ASL 3 Liguria*
Patrizia TODISCO *Centro DCA, Casa di Cura Villa Margherita, Vicenza*
Rosa TRABACE *Centro DCA, Chiaromonte*
Dante ZINI *DH e Day Service Obesità e DCA, Ospedale di Baggiovara, AUSL Modena*

Supporto bibliografico

Scilla PIZZARELLI *Settore Documentazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Segreteria scientifica

Daniela COCLITE *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Antonello NAPOLETANO *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Donatella BARBINA *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Segreteria tecnico organizzativa

Debora GUERRERA *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Annamaria MORACE *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Lorenza SCOTTI *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Laura SELLAN *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Paola TACCHI VENTURI *Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

* Ha partecipato esclusivamente alla riunione del 12 marzo 2012 (insediamento del panel giurati e sottoscrizione del regolamento della giuria).

Non ha partecipato alla celebrazione della Conferenza di consenso.

§ Non ha partecipato alla riunione del 12 marzo 2012 (insediamento del panel giurati e sottoscrizione del regolamento della giuria).

INDICE

Lista degli acronimi	vii
Presentazione	ix
Introduzione	1
Metodologia	5
Figure coinvolte e loro compiti.....	5
Quesiti per la giuria.....	6
Ricerca bibliografica.....	7
Valutazione, selezione e sintesi delle evidenze scientifiche.....	9
Fasi dell'organizzazione.....	10
Attività in piattaforma.....	11
Bibliografia.....	12
<hr/>	
Documento definitivo di consenso	
Introduzione	15
<hr/>	
Area 1. Dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale	18
Risultati ricerca di letteratura.....	18
Quesito 1.1. Quali sono i dati di incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale, stratificati per caratteristiche socio-demografiche, comorbidità mediche e psichiatriche, numero e livello di trattamenti precedenti effettuati?.....	18
Quesito 1.2. Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?.....	26
Bibliografia.....	27
<hr/>	
Area 2. Prevenzione dei DCA	29
Risultati ricerca di letteratura.....	29
Premessa.....	29
Quesito 2.1. Quali sono i principali fattori/marker di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?.....	33
Quesito 2.2. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione universale dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?.....	40
Quesito 2.3. Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione selettiva dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?.....	43
Bibliografia.....	46
Riferimenti bibliografici utilizzati per la premessa.....	47
<hr/>	
Area 3. Modelli organizzativi	49
Risultati ricerca di letteratura.....	49
Premessa.....	49

Quesito 3.1. Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? quali sono le figure professionali coinvolte?	50
Quesito 3.2. Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?	57
Bibliografia	61
Riferimenti bibliografici utilizzati per la premessa.....	62
Appendici. Materiale utilizzato per la Conferenza di consenso	63
A1. Regolamento della giuria	65
A2. Dichiarazione di potenziale conflitto di interessi.....	70
A3. <i>Checklist</i> utilizzate per la selezione degli studi.....	73
A4. Lista degli studi esclusi per area tematica.....	102

LISTA DEGLI ACRONIMI

ADI	Associazione di Dietetica e Nutrizione Clinica
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AN	Anoressia Nervosa
ANAES	<i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé</i>
ANSISA	Associazione Nazionale Specialisti In Scienza dell'Alimentazione
ANTOP	<i>Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients</i>
AO	Azienda Ospedaliera
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale
BN	Bulimia Nervosa
CBT	<i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
Cc	Conferenza di consenso
CCM	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DAI	Disturbo da Alimentazione Incontrollata
DANAS	Disturbo da Alimentazione Non Altrimenti Specificato
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
DG	Direzione Generale
DOC	Disturbo Ossessivo Compulsivo
DPTS	Disturbo Post-traumatico da Stress
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSP	<i>Disease-Specific-Pathway</i>
ESEMeD	<i>European Study on the Epidemiology of Mental Disorders</i>
FBT	<i>Family-Based Treatment</i>
HTTLPR	<i>HydroxyTryptamine-Transporter-Linked Polymorphic Region</i>
IC	Intervallo di Confidenza
IPT	<i>Interpersonal Psychotherapy</i>
ISS	Istituto Superiore di Sanità
KAP	<i>Knowledge Attitude and Practice</i>
LG	Linea Guida
MMG	Medici di Medicina Generale
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
NPI	Neuropsichiatria Infantile
NRS	<i>Non Randomised Studies</i>
NSVSM	<i>Non-Specific Vulnerability-Stressor</i>
ONU	Organizzazione Nazioni Unite
PdF	Pediatri di Famiglia
SBCS	<i>Stockholm Birth Cohort Study</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM Disorders</i>
SCOFF	<i>Sick Control One Fat Food</i>
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SINPIA	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SIO	Società Italiana Obesità
SIP	Società Italiana Psichiatria

SISDCA	Società italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
SNLG	Sistema Nazionale Linee Guida
SSN	Servizio sanitario nazionale
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
WHO	<i>World Health Organisation</i>

PRESENTAZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, in virtù della loro diffusione tra le fasce più giovani della popolazione e della loro eziologia multifattoriale complessa.

Il Ministero della Salute ha consolidato, nel medesimo arco di tempo, uno specifico impegno sul tema, per promuovere sistematizzazione delle conoscenze, approfondimenti sulla diffusione di questi disturbi, sulle loro caratteristiche, sugli aspetti preventivi, sulla razionalizzazione dei percorsi diagnostici, clinici e assistenziali, inscrivendo questa problematica in un più ampio programma denominato “Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari”.

Poiché la strategia di “Guadagnare Salute” si avvale di una serie di attività finalizzate alla promozione di raccordi intersettoriali miranti a modificare comportamenti inadeguati, predisponenti e favorenti l’insorgenza di malattie degenerative di rilevanza epidemiologica, è stato sviluppato per la prima volta, a partire dal 2007, un programma che andava ad affrontare in modo articolato il problema complesso dei dca, dando inizio a due filoni di lavoro contemporanei, centrati l’uno su una campagna di prevenzione nazionale e l’altro su azioni volte al miglioramento della assistenza negli aspetti di appropriatezza ed efficacia.

Questi progetti, promossi dal Ministero attraverso il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), hanno positivamente contribuito a fornire dati ed evidenziare carenze da colmare, producendo anche una mappa dei servizi pubblici e convenzionati e delle associazioni dedicate, su scala nazionale, quale punto di riferimento non solo per le persone affette da tali patologie, ma anche per i familiari e per gli operatori di settore.

A distanza di alcuni anni, tuttavia, si è fatta sentire con forza l’esigenza di aggiornare e meglio dettagliare alcuni aspetti delle conoscenze maturate, nonché di aprire il dibattito sul tema fra i diversi protagonisti che giocano un ruolo nel settore.

Si è quindi giunti alla proposta e alla realizzazione di una Conferenza di consenso che ha individuato alcune aree prioritarie di problema in ambito DCA, quali l’epidemiologia del fenomeno, gli aspetti di prevenzione, i modelli e i percorsi assistenziali, e su di esse ha avviato il lavoro di studio.

Il Ministero ha ritenuto costruttivo patrocinare l’iniziativa e ad essa collaborare attivamente, anche con il coordinamento della giuria.

Lo strumento della conferenza di consenso ci è parso particolarmente interessante in quanto, per sua stessa definizione, affianca all’esame attento della letteratura scientifica sul tema dei DCA una proficua valorizzazione del contributo di chi opera professionalmente sul campo e di chi vive in prima persona il peso della gestione quotidiana delle sue ricadute.

Questo volume, che raccoglie i risultati del lungo lavoro di ricerca e discussione e lo traduce in alcune significative raccomandazioni, è la testimonianza che la scelta si è rivelata corretta.

Allo stesso tempo, proprio in virtù dei nodi problematici che ha messo in evidenza, esso rappresenta anche il punto di partenza e lo stimolo per ulteriori momenti di confronto e arricchimento, sempre nella logica e nell’ottica di potenziare tutti i percorsi di risposta efficace ai cittadini portatori di bisogni complessi e di domanda di assistenza qualificata.

Fabrizio Oleari
Dipartimento sanità pubblica e innovazione
Ministero della Salute

INTRODUZIONE

Laura Dalla Ragione (a) , Giovanni De Virgilio (b)

(a) AUSL 1 dell'Umbria, Centri Residenziali per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del peso, Todi e Città della Pieve

(b) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La Conferenza di consenso (Cc) sui DCA, che si è svolta a Roma il 24 e 25 ottobre 2012 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha costituito un punto di arrivo nel lavoro di approfondimento che in questi anni le istituzioni hanno svolto su un tema di salute così rilevante. È stata promossa dall'Ufficio Relazioni Esterne dell'ISS e dall'Azienda USL 1 (già AUSL 2) dell'Umbria, con il patrocinio del Ministero della Salute.

Lo scopo della Cc sui DCA è stato essenzialmente quello di produrre raccomandazioni per la gestione appropriata di questi gravi disturbi, basate sulle prove di efficacia, attraverso una valutazione i) delle migliori prove scientifiche disponibili in letteratura sul tema ii) dei risultati di analisi descrittive su dati correnti, presentati e discussi in un dibattito pubblico, con il coinvolgimento di esperti del settore e rappresentanti delle realtà a diverso titolo coinvolti nella problematica dei DCA, come Associazioni di pazienti e familiari e/o esponenti rappresentativi dei cittadini interessati.

L'ISS e il Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare di Todi dell'Azienda USL 1 dell'Umbria avevano sviluppato e attuato nell'anno 2010-2011 un evento formativo in varie edizioni (Roma e Perugia) sulla tematica dei DCA destinato ai responsabili dei Centri Specializzati nel trattamento dei DCA in varie Regioni italiane.

Da quell'esperienza di confronto tra diverse realtà italiane, erano emerse molte differenze, ma anche la necessità di conoscere la reale dimensione epidemiologica nell'intero territorio italiano e di uniformare i percorsi assistenziali. Al fine di garantire un approccio integrato a tali disturbi, che comprendesse gli aspetti di promozione, prevenzione, diagnosi e terapia, si era evidenziata la necessità di attivare centri specialistici in ogni regione italiana, in grado di affrontare efficacemente il problema raccordando la propria azione con le strutture e risorse sanitarie presenti sul territorio.

Successivamente, si era ritenuto necessario promuovere una conferenza di consenso a livello nazionale per fare il punto sugli aspetti principali che descrivono la tematica dei DCA e sulle criticità emerse nel corso della formazione.

L'esigenza di realizzare una Cc sui DCA nasceva da diverse motivazioni:

- carenza di dati epidemiologici certi e uniformi sulla diffusione del fenomeno e sull'utilizzo dei servizi sanitari
- realizzazione di interventi di prevenzione che non sono sempre basati su prove di efficacia
- disomogeneità di comportamenti sul piano clinico, organizzativo e gestionale dell'assistenza sanitaria nelle diverse regioni.

Nelle premesse organizzative della Cc veniva stabilito che il tema dei DCA non venisse esteso alla fascia infantile coinvolta in tale patologia, rimandando a un'ulteriore e specifica conferenza di consenso l'approfondimento su tale tema. Ugualmente veniva esclusa dai lavori l'analisi del gravissimo problema dell'obesità, se non nella sua interfaccia con i DCA, particolarmente nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI).

Una prima criticità, affrontata dal gruppo di esperti, era emersa nell'analisi della dimensione epidemiologica dei DCA in Italia (Gigantesco A *et al.*, 2010). Dimensione difficile da

quantificare con esattezza per diverse ragioni: sia perché, rispetto ad altre malattie, è complesso uniformare gli studi, sia a causa della mancanza di omogeneità nelle classificazioni diagnostiche di riferimento e negli strumenti utilizzati, sia per la particolarità di un disturbo la cui prevalenza nella popolazione generale è molto bassa, ma può raggiungere tassi molto alti in sottopopolazioni specifiche. Infine, un altro aspetto del problema risiede nella tendenza delle persone affette a occultare il proprio disturbo e disagio e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti con la possibilità di un progetto di cura tempestivo (Preti *et al.*, 2009).

In questo contesto, il monitoraggio della qualità dell'assistenza in Italia si presenta molto difficile e affidato esclusivamente a fonti informative amministrative (SDO), e valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (es. accreditamento istituzionale). Manca un quadro completo e unitario della qualità dell'assistenza per una insufficiente diffusione tra gli operatori di strumenti di valutazione e monitoraggio dei problemi di salute collegati ai DCA. Una delle necessità emerse dalla Cc è stata proprio quella di mettere a punto un sistema di rilevazione più completo e un osservatorio epidemiologico nazionale.

La seconda criticità, affrontata dagli esperti della Cc, era stata individuata nella disomogeneità dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali nelle diverse regioni italiane, riferiti al trattamento di tali patologie. Rispetto a questo tema sono necessarie alcune premesse.

Nel 1998, la Commissione di Studio del Ministero della Salute per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) aveva pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento dei DCA (Ministero della Sanità, 1998). Questi indirizzi programmatici ipotizzavano quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento correlate al bisogno e alla fase di evoluzione della patologia (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extra ospedaliera), prospettando l'istituzione di una futura rete assistenziale su tutto il territorio nazionale. Da allora diverse Regioni si erano attivate, anche se in modo molto diversificato, ma la disomogeneità e la non equità della assistenza erano davvero molto evidenti.

Nel maggio 2007, il Ministero della Salute aveva avviato il programma "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari", all'interno del quale il Ministero della Salute e il Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio avevano sottoscritto un Protocollo di Intesa, finalizzato a contrastare la diffusione tra i giovani dei DCA, e in particolare di AN e BN.

Nei mesi successivi, sulla base di tale Protocollo, furono elaborati gli accordi relativi alla stesura di un progetto nazionale denominato "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei Disturbi del comportamento alimentare", in collaborazione con la Regione dell'Umbria, il cui obiettivo era l'implementazione di specifiche azioni conoscitive, preventive e di supporto alla costruzione di reti assistenziali efficienti nel settore.

Il Progetto ha previsto il coinvolgimento di 13 centri, pubblici e privati, aggregati nel contesto di due filoni di lavoro, uno centrato su azioni volte al miglioramento della assistenza negli aspetti di appropriatezza ed efficacia e un altro, dedicato invece alla sperimentazione di azioni esemplari di prevenzione. Uno degli obiettivi di tale Progetto è stata la redazione di una Mappa, aggiornata e dettagliata dei servizi pubblici e convenzionati su scala nazionale, e delle associazioni dedicate, che da anni operano nel territorio italiano nell'ambito dello studio e ricerca sui DCA. È stata pubblicata e resa disponibile sul sito www.disturbialimentarionline.it, e costituisce oggi un importante punto di riferimento non solo per le persone affette da tali patologie, ma anche per i familiari e per gli operatori di settore. Dal novembre 2011, si è aggiunto il "Servizio del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari", nato da un progetto della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dell'Istituto Superiore di Sanità e gestito dalla ASL 1

dell'Umbria, che fornisce ai cittadini informazioni e counseling sul tema 24 ore al giorno, utilizzando proprio tale mappa di servizi.

L'aggiornamento e l'ampliamento del suddetto sito è stato inserito tra gli obiettivi di un ulteriore progetto di ricerca a cura del Ministero della Salute e della Regione Lombardia dal titolo "Studio Multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale".

L'obiettivo di tale studio, che si pone in continuità con il progetto "Le buone pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare" parte dalla constatazione nella pratica clinica di un abbassamento dell'età di esordio della patologia con un aumento dei casi di disturbo transnosografico, che pone la necessità di un'analisi attenta dei molteplici fattori predittivi (fenotipi genetici e alla vulnerabilità familiare) e delle caratteristiche psicopatologiche (spettro affettivo, spettro ansioso, disturbi della personalità).

Un altro tema della Conferenza è stato quello della prevenzione e delle azioni di contrasto a tali insidiosi disturbi con la grande difficoltà a impostare interventi di prevenzione basati su evidenze scientifiche. I DCA, nelle loro diverse declinazioni costituiscono ormai una problema di salute rilevante, ma estremamente intrecciato con la cultura del nostro tempo. Molti sono i fattori che determinano una così estesa diffusione; ma nella complessa multifattorialità di tali gravi patologie concorrono, come concause importanti, sicuramente quegli agenti socio-culturali, dominanti nel mondo occidentale, che propongono modelli di identità femminile stereotipata, vincolata all'immagine dell'estrema magrezza, fin troppo spesso equivocata, soprattutto attraverso i media, come una garanzia di salute e di successo (Il coraggio di guardare, ISS 2012).

Nell'ultimo decennio si è attribuita grande enfasi alla necessità di sviluppare programmi che possano svolgere un'azione preventiva nell'ambito dei DCA: un obiettivo difficile da perseguire soprattutto per la presenza di fattori di rischio e di diffusione (in particolare stili di vita e modelli culturali) molto difficili da contrastare particolarmente nel mondo degli adolescenti.

Lo studio dei fattori di rischio nei DCA è risultato importantissimo, come si evince dalle raccomandazioni del Rapporto, per quattro fondamentali motivi (Stice E *et al.*, 2011): (i) un chiarimento dei meccanismi causali dei DCA può portare a diminuire lo stigma a loro associato; (ii) la nosologia è basata sull'eziologia, l'attuale sistema di classificazione (American Psychiatric Association, www.dsm5.org) è basato soltanto sulla presentazione sindromica dei sintomi. Gli studi sui fattori di rischio possono rappresentare un'importante fonte di informazione per la revisione dei criteri diagnostici; (iii) il trattamento è più coerente quando si conoscono meglio le cause di un disturbo; (iv) l'identificazione dei fattori di rischio è cruciale per lo sviluppo di programmi di prevenzione. I fattori di rischio individuati vengono successivamente classificati in base al tipo di esito cui portano: si cerca di stabilire se siano correlati a specifici DCA, ovvero ad AN, BN, Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), se nella forma completa o nella forma di quadri sindromici parziali (Disturbo da Alimentazione Non Alimenti Specificato-DANAS). Un ulteriore livello di analisi riguarda la specificità (rispetto ai disturbi psichiatrici), la potenza dei singoli fattori (ovvero quanto quel fattore contribuisce al rischio di sviluppare un DCA) e il bisogno di replicazione.

La Cc sui DCA è stata la prima vera occasione di confronto tra tutti i soggetti che in Italia si occupano di queste patologie: Servizi specializzati del SSN pubblico e privato convenzionato, Centri Universitari, Unità operative ospedaliere e territoriali, Associazioni di pazienti e familiari, Amministratori e responsabili delle programmazioni regionali, Società Scientifiche. Non è stato facile, a partire da un tema comune, mettere intorno a un unico tavolo soggetti così diversi. Ma la cornice dell'Istituto Superiore di Sanità e la rigorosa metodologia adottata hanno consentito di raggiungere lo scopo prefissato. Il rapporto costituisce l'esito di questa occasione

preziosa, ma anche il punto di partenza per molti filoni di ricerca e approfondimento che sono emersi nel corso del complesso lavoro della Conferenza.

Nelle sezioni seguenti di questa pubblicazione sono descritte la metodologia della Cc e le raccomandazioni elaborate dalla giuria, con le relative motivazioni.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *DSM-5 Development*. Disponibile all'indirizzo www.dsm5.org; ultima consultazione 04/02/2013.

Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, Lega I, Conti S, Vichi M. Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv Psichiatr* 2010;45(3):154-62.

Rampelli E, Dalla Ragione L, Bianchini P, De Santis C (Ed.). *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009*. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/publicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf; ultima consultazione 04/02/2013.

Ministero della Sanità. Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. *Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie)*, 1998;III(1,2,3):9-20.

Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43(14):1125-32.

Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther* 2011;49(10):622-7.

METODOLOGIA

Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Donatella Barbina
Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La Cc è stata realizzata secondo lo standard definito dal *Consensus Development Program* dei *National Institutes of Health* (NIH) statunitensi. Il metodo ha previsto il coinvolgimento di esperti sull'argomento in questione, incaricati dal comitato promotore della conferenza di preparare una sintesi delle conoscenze scientifiche e renderla disponibile per una giuria multidisciplinare, composta da specialisti e non specialisti del settore (ANAES 1999, Fink *et al.*, 1994).

La metodologia seguita è descritta nel manuale metodologico "Come organizzare una conferenza di consenso" del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG 2009).

Figure coinvolte e loro compiti

Nella promozione, organizzazione e svolgimento della Cc sono stati coinvolti diversi soggetti, i cui compiti sono di seguito descritti.

Il *comitato promotore* (composto da rappresentanti dell'ISS e dell'Azienda USL 2 dell'Umbria) si è occupato di:

- promuovere la conferenza
- individuare i membri del comitato tecnico-scientifico
- individuare i membri del panel giuria
- formulare, in accordo con il comitato tecnico-scientifico, i quesiti per il panel giuria
- individuare gli esperti
- fornire le indicazioni e il supporto metodologico agli esperti per la preparazione delle relazioni da presentare al panel giuria.

Il *comitato tecnico-scientifico*, composto da membri di riconosciuta esperienza e rappresentatività (tra cui psichiatri, neuropsichiatri, specialisti in scienze dell'alimentazione ed epidemiologi) individuati e invitati dal comitato promotore, si è occupato di:

- formulare, in accordo con il comitato promotore, i quesiti per il panel giuria
- designare gli esperti che avrebbero preparato e presentato le relazioni sui singoli quesiti al panel giuria durante la Cc.

Il *panel giuria*, composto da 25 membri selezionati dal comitato promotore sulla base di criteri di autonomia intellettuale, rappresentatività, autorità in campo scientifico e levatura morale e culturale, in modo da garantire la necessaria multidisciplinarietà e multiprofessionalità, ha avuto il compito di:

- sottoscrivere un regolamento di discussione che descrivesse le procedure da applicare all'interno del panel stesso (Appendice A1)
- leggere e valutare criticamente le relazioni preparate dagli esperti
- assistere alla presentazione e alla discussione delle relazioni durante la prima giornata di celebrazione della Cc

- discutere, redigere e approvare il “Documento preliminare di consenso”, sulla base della valutazione critica delle relazioni di sintesi degli esperti integrate con gli elementi emersi dal dibattito pubblico.
- redigere e approvare il “Documento definitivo di consenso” secondo le modalità e i tempi previsti dal regolamento.

All'interno del panel giuria è stato identificato un *comitato di scrittura* che ha provveduto alla redazione del documento definitivo di consenso, integrando le raccomandazioni del documento preliminare con le motivazioni e i commenti.

Il gruppo di 34 *esperti*, individuati dal comitato promotore e dal comitato tecnico-scientifico in base alle competenze specifiche sui diversi temi da trattare, era costituito da psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, nutrizionisti clinici, epidemiologi.

Gli esperti hanno valutato la letteratura selezionata dal Servizio Documentazione dell'ISS e redatto relazioni di sintesi delle prove scientifiche disponibili per ciascun tema loro assegnato, che sono state consegnate alla giuria circa due mesi prima della celebrazione della Cc e che sono state in seguito presentate durante la discussione pubblica, alla presenza della comunità scientifica, degli specialisti del settore e dei rappresentanti di cittadini e pazienti.

Le relazioni prodotte dagli esperti hanno costituito la base per la stesura del “Documento preliminare di consenso”, redatto da un comitato di scrittura della giuria individuato al suo interno.

Tutti i membri del panel giuria e gli esperti dei gruppi di lavoro hanno dichiarato l'assenza di conflitto di interessi firmando la dichiarazione riportata nell'Appendice A2.

Quesiti per la giuria

Il comitato tecnico-scientifico, in accordo con il comitato promotore, ha definito i quesiti ai quali la giuria doveva dare risposta nel proprio documento conclusivo.

Quesiti Area 1: dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale

- Quali sono i dati d'incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale?
- Quali sono le caratteristiche della popolazione colpita da DCA in termini di età, sesso, residenza, livello e numero di trattamenti precedenti effettuati, comorbilità mediche e psichiatriche?
- Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?

Quesiti Area 2: prevenzione dei DCA

- Quali sono i principali fattori/marker di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?
- Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione primaria dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?
- Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione secondaria dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

Quesiti Area 3: modelli organizzativi

- Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? Quali sono le figure professionali coinvolte?
- Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?

Ricerca bibliografica

Sulla base dei quesiti sopra riportati è stata condotta una revisione della letteratura per le aree tematiche oggetto della Cc, interrogando le seguenti banche dati:

- Cochrane Library
- Medline
- Embase
- PsycINFO
- PubMed

La ricerca bibliografica sulle diverse tipologie di DCA nella popolazione adolescente e giovane adulta, riferita agli anni 2006-2011, è stata affidata al Servizio Documentazione dell'ISS e integrata in seguito con la revisione della letteratura effettuata dal Dipartimento Epidemiologico del SSR Lazio (anni 2000-2009) e, relativamente all'area 2 Prevenzione, con quella effettuata dalla dott.ssa Giulietta Tarrini, U.O. Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna (anni 2004-2007, con successivo aggiornamento al 2011 in funzione della Cc).

Gli studi identificati dal Servizio Documentazione sono quindi stati sottoposti a una successiva selezione attraverso l'analisi dei titoli e degli abstract, con conseguente esclusione di quelli chiaramente inappropriati per i quesiti e i criteri di inclusione (tipologia di studi e DCA). Di tutti gli abstract rimanenti sono stati recuperati i full text e caricati in una piattaforma web appositamente creata allo scopo, suddividendoli per area tematica e tipologia di studi.

A completamento del processo metodologico descritto è stata eseguita un'ulteriore ricerca su PubMed degli articoli correlati a determinate citazioni presenti nei full text reperiti. Infine, la ricerca bibliografica è stata integrata con documenti di "letteratura grigia" e altri studi proposti dagli esperti.

Parole chiave utilizzate nella strategia di ricerca

Per definire i DCA sono state utilizzate le seguenti **parole chiave**:

Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa OR Binge-Eating Disorder OR Eating Disorders Not Otherwise Specified OR EDNOS

Le parole chiave utilizzate per i quesiti di ciascun'area tematica sono state le seguenti:

Area 1

Quesito 1 - Quali sono i dati di incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale, stratificati per caratteristiche socio-demografiche, comorbilità mediche e psichiatriche, numero e livello di trattamenti precedenti effettuati?

Epidemiology OR Incidence OR Prevalence OR Mortality OR Fatal outcome OR Survival rate OR Ethnology OR Sex distribution OR Age distribution OR Population characteristics OR Population structure OR Residence characteristics

Quesito 2 - Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?

Hospitalization OR Hospital OR Day Care OR Inpatients OR Day Hospital OR Health Care Facility OR Hospital Utilization OR Hospital Use OR Hospital Admission OR Hospital Visit OR Day Hospital Utilization OR Day Hospital Use OR Day Hospital Admission OR Day Hospital Visit OR Health Care Facility Utilization OR Health Care Facility Use OR Health Care Facility Admission OR Health Care Facility Visit OR

Nursing Home Or Ambulatory Care OR Outpatient Center OR Outpatient Clinic OR Community Mental Health Center OR Community Health Center OR Rehabilitation Center OR Mental Health Services OR Primary Health Care OR Pediatrics OR General Practitioners

Area 2

Quesito 1 - Quali sono i principali fattori/marker di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?

Risk Factors OR Prodrome OR Restrained Eating OR Eating Attitudes and Behaviors OR Weight Gain OR Freshmen OR Psychosocial influences OR Percent Body Fat OR Cultural Adaptation OR High-risk Groups

Quesito 2 - Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione universale dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

Prevention Programs

Quesito 3 - Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione selettiva dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

Prevention and Control OR At Risk

Area 3

Quesito 1 - Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? Quali sono le figure professionali coinvolte?

Guidelines OR Diagnosis OR Treatment OR Rehabilitation OR Drug therapy OR pharmacological treatment OR Psychological therapy OR psychotherapy OR Psychosocial interventions OR Diet Therapy OR Psychosocial interventions OR Evidence-Based OR Economics OR

Quesito 2 - Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?

Treatment settings OR Inpatient OR Hospital OR Outpatient OR Ambulatory care OR Residential Treatment OR Professionals

La revisione della letteratura è stata effettuata attraverso la formulazione di strategie di ricerca con caratteristiche specifiche per ciascuna delle banche dati interrogate.

Sono stati seguiti i seguenti criteri generali d'inclusione:

- anni coperti dalla ricerca:
 - 2006-2011
- popolazione:
 - *Young Adult, Adolescent OR Adolescence, Adult Children, Teen OR Teenager, Youth OR Youthful OR Juvenile*
- tipologia di studi:
 - *Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Clinical Trial, Phase III, Clinical Trial, Phase IV, Controlled Clinical Trial, Guideline, Multicenter Study, Survey, Case-Control Study OR Retrospective Study, Cohort Analysis OR Cohort Study, Longitudinal Study, Follow up OR Prospective Study, Observational Study, Quantitative (Literature OR Analysis)*

Valutazione, selezione e sintesi delle evidenze scientifiche

La valutazione della qualità metodologica è stata condotta dal gruppo di esperti. In particolare, il sottogruppo selezione, composto da un coordinatore, un metodologo e un *rapporteur*, ha proceduto alla valutazione della qualità metodologica degli studi assegnati a ciascun gruppo dal comitato promotore utilizzando le *Checklist* proposte dal *Guideline Manual* del NICE (<http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>), in relazione alla qualità del disegno e del *reporting* per le diverse tipologie di studi, sia primari che secondari (Tabella 1, Appendice A3).

Tabella 1 - Checklist validate per la selezione degli studi

Disegno studio	Checklist qualità disegno	Checklist qualità reporting
Revisione sistematica e metanalisi	AMSTAR http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1810543/	PRISMA http://www.prisma-statement.org
RCT	JADAD SCALE http://www.csbonlus.org/inc/ALLEGATI/Jadad.pdf	CONSORT http://www.consort-statement.org
Studio controllato non randomizzato		TREND http://www.cdc.gov/trendstatement/
Studio di coorte	NEWCASTLE-OTTAWA SCALE http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf	STROBE http://www.strobe-statement.org
Studio caso-controllo	NEWCASTLE-OTTAWA SCALE	STROBE
Studio longitudinale/ trasversale/ descrittivo		STROBE
Studio qualitativo	NICE, The Guidelines Manual, Appendix I: Methodology Checklist: qualitative studies http://mande.co.uk/blog/wp-content/uploads/2011/09/2009-Methodology-Checklist-qualitative-studies-NICE.pdf	

Per la valutazione delle linee guida è stato adottato il metodo AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) (<http://www.agreetrust.org>) riportato nell'Appendice A3.

Il sottogruppo selezione ha quindi provveduto a valutare la pertinenza degli studi inclusi rispetto ai quesiti.

Gli studi selezionati in base ai requisiti metodologici e alla pertinenza rispetto ai quesiti sono in seguito stati inviati agli esperti del sottogruppo sintesi per la lettura del testo integrale e la compilazione di specifiche tabelle sinottiche, in base alle indicazioni del già citato manuale NICE.

Infine, le schede sinottiche sono state revisionate dal sottogruppo selezione per garantirne uniformità nella compilazione.

Fasi dell'organizzazione

La Figura 1 riassume le fasi dell'organizzazione della Cc e le attività relative a ogni fase. Tra parentesi sono indicate le funzioni responsabili delle diverse attività.

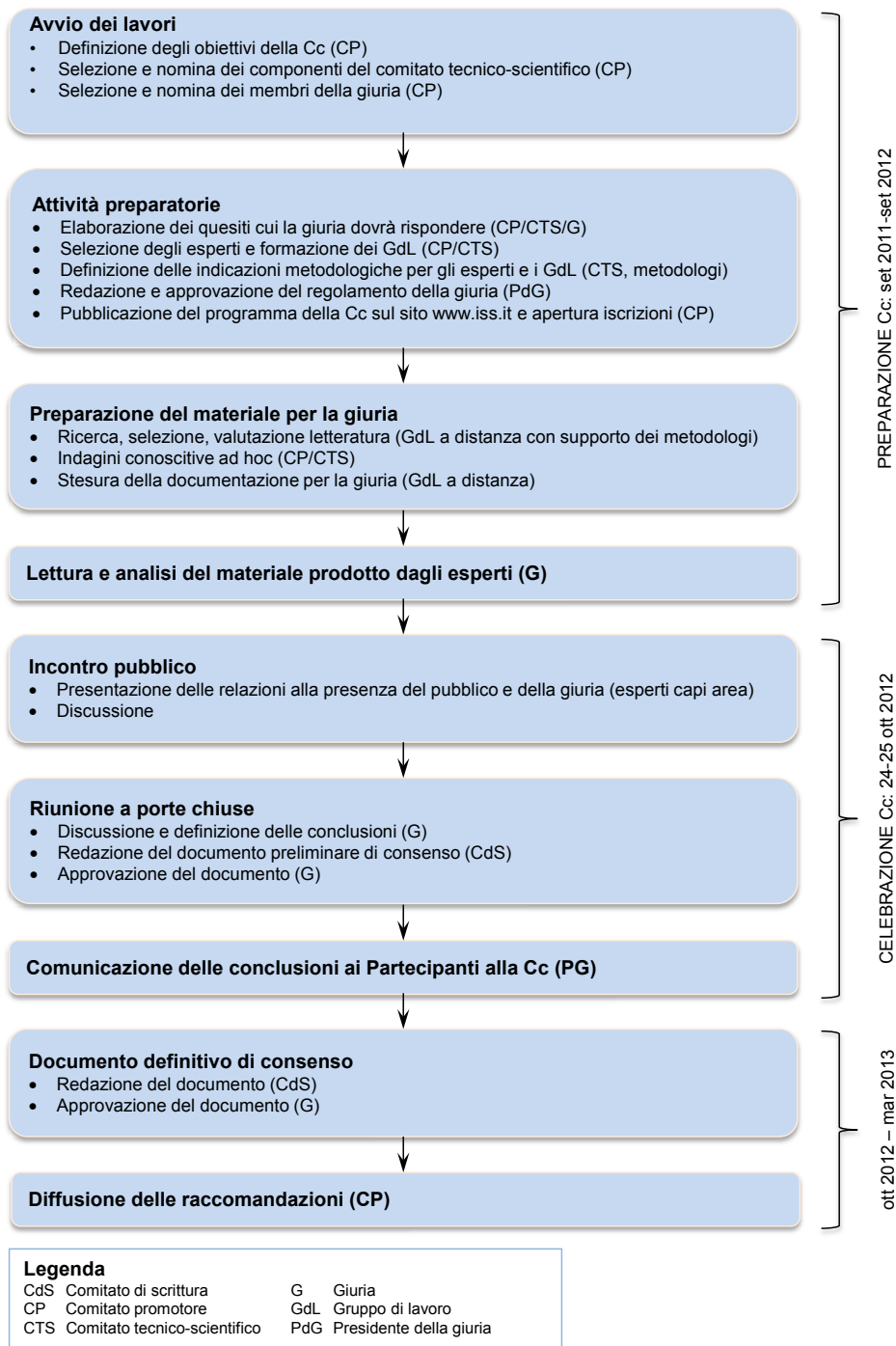


Figura 1. Fasi dell'organizzazione della Cc sui DCA

Attività in piattaforma

Data la distribuzione degli esperti su tutto il territorio nazionale, la Segreteria Scientifica ha ritenuto opportuno predisporre una pagina web che permettesse di svolgere a distanza i lavori della Cc, senza peraltro escludere alcuni incontri in presenza, laddove necessari. A questo scopo è stato creato uno spazio apposito all'interno della piattaforma web abitualmente utilizzata per la formazione a distanza dell'Istituto Superiore di Sanità. Per la sua flessibilità e disponibilità di strumenti collaborativi, infatti, la piattaforma si presta a utilizzi diversi rispetto alla sola formazione a distanza (Barbina *et al.*, 2011).

Si è ricreato così un ambiente collaborativo, ispirato ai principi del costruttivismo sociale, dove gli esperti sono stati chiamati a interagire tramite forum e a svolgere le diverse attività della Cc utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla piattaforma. Rispetto a semplici scambi via mail, la piattaforma ha facilitato il compito degli esperti e dei giurati, che entrando nell'ambiente web hanno potuto ritrovare le discussioni su forum, i materiali di lavoro, le *Checklist*, le schede sinottiche compilate e le diverse versioni delle relazioni.

Inoltre, in piattaforma è stato possibile riprodurre la specificità dell'organizzazione dei partecipanti ai lavori della Cc, strutturando una modalità di lavoro che da una parte permettesse la collaborazione e dall'altra consentisse di attribuire agli esperti diversi privilegi di accesso alle risorse. In questo modo, i membri delle tre aree tematiche sono stati assegnati a gruppi separati ma visibili, permettendo loro di lavorare con la stessa tempistica, ma in autonomia. I giurati, invece, sono stati assegnati a un gruppo che è diventato operativo in piattaforma due mesi prima della celebrazione della Cc. Il panel dei giurati ha potuto così visionare i lavori dei gruppi degli esperti secondo la tempistica e le modalità previste dal regolamento della Cc, evitando ogni possibile sovrapposizione.

Un altro aspetto rilevante dell'utilizzo della piattaforma è rappresentato dalla costituzione di una sorta di *repository* che ha consentito, in una modalità innovativa, di mantenere traccia elettronica di tutti gli scambi e dei materiali prodotti, oltre che di monitorare gli accessi e le attività svolte da ogni singolo partecipante.

Infine, la possibilità di poter accedere, anche in un momento successivo alla celebrazione della Cc, al database delle *Checklist* compilate elettronicamente, data la loro rilevanza ai fini della selezione degli studi e dei conseguenti risultati emersi, ha rappresentato senz'altro un elemento qualificante l'organizzazione della Cc stessa.

Di seguito si descrivono in dettaglio la struttura della pagina web e le rispettive risorse utilizzate per lo svolgimento delle attività.

Per tutti i componenti dei gruppi di lavoro è stata predisposta un'**Area introduttiva**, contenente:

- Forum di discussione generale
- Cartella contenente Materiali informativi (linee guida, programma, cronogramma, metodo)
- Cartella contenente le *Checklist* (suddivise per tipologia di studio)
- Database per la raccolta delle *Checklist* compilate (suddivise per Area tematica)

A ciascuna delle tre *Aree tematiche* è stato assegnato uno specifico spazio della pagina web, utilizzabile solo dai membri del gruppo di lavoro dell'Area stessa, così strutturato:

- Composizione del gruppo di lavoro
- Forum generale dell'Area tematica
- Elenco dei quesiti dell'Area tematica

Area di lavoro per la selezione degli articoli:

- Forum selezione articoli
- Cartella contenente gli articoli per l'Area tematica (suddivisi per tipologia di studio)

Area di lavoro per ciascun quesito:

- Forum di discussione sui quesiti
- Sintesi per la compilazione collaborativa tramite Wiki delle Schede sinottiche (suddivise per tipologia di studio)

Infine, è stata predisposta **l'Area panel giurati**, riservata ai lavori della giuria:

- Composizione del panel
- Forum di discussione sulle relazioni
- Database per la raccolta delle relazioni conclusive

Bibliografia

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les Conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. *ANAES* 1999, Paris.
- Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE). Advancing the science of practice guidelines. 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.agreetrust.org>; ultima consultazione 10/01/2013.
- Barbina D, Bonciani M, Guerrera D, Mazzaccara A, Guerra R. La formazione in sanità pubblica con Moodle: l'esperienza dell'Istituto Superiore di Sanità. In: Baldoni M, Baroglio C, Coriasco S, Marchisio M, Rabellino S (Ed.). *E-learning con Moodle in Italia: una sfida tra passato, presente e futuro*. Torino: Seneca Edizioni; 2011. p. 95-104.
- Fink A, Kosecoff J, *et al.* Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health* 1984;74(9):979-83.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *The Guidelines Manual, NICE 2009* (Internet). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidelinesmanual>; ultima consultazione 10/01/2013.
- National Institutes of Health. Consensus Development Program. Disponibile all'indirizzo: <http://prevention.nih.gov/cdp/about.aspx#intro>; ultima consultazione 10/01/2013.
- Sistema nazionale per le linee guida-Istituto Superiore di Sanità Manuale metodologico. Come organizzare una conferenza di consenso. Roma: Istituto Superiore di Sanità, SNLG; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/manuale_metodologico_consensus; ultima consultazione 11/03/2013.

Documento definitivo di consenso

INTRODUZIONE

Teresa Di Fiandra

Direzione generale prevenzione, Dipartimento sanità pubblica e innovazione, Ministero della Salute

Il documento che segue rappresenta il risultato di un lungo percorso di lavoro iniziato nel 2011 e culminato nella presentazione della sua versione preliminare nel corso della celebrazione della Cc, il 24 e 25 ottobre 2012.

La metodologia adottata, illustrata dettagliatamente nelle pagine precedenti, è stata seguita con estremo rigore, con l'obiettivo di dare solide basi alle raccomandazioni scientifiche che sarebbero scaturite dall'esame della letteratura, dalla valutazione degli studi, dall'analisi dei risultati e dei confronti, dalla stesura dei report intermedi.

L'intenso e qualificato lavoro dei componenti del gruppo di esperti, sia effettuato in incontri diretti che attraverso l'utilizzo della piattaforma web, è stato rispecchiato dall'altrettanto accurato esame dei prodotti preliminari da parte del panel dei giurati, che hanno anche ampiamente discusso ogni dubbio metodologico e condiviso ogni motivazione scientifica delle soluzioni proposte.

Mi preme sottolineare come, nel rispetto delle indicazioni e degli standard suggeriti da organismi nazionali e internazionali, si sia cercato di garantire la più ampia rappresentatività, tanto all'interno della giuria quanto tra gli esperti, di tutte quelle componenti che, a diverso livello e a diverso titolo, interagiscono nel lavoro di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi del comportamento alimentare.

È in questa logica di approccio che è stato valorizzato anche l'apporto dell'associazionismo dei familiari, la cui esperienza personale di vita e collettiva di impegno nel settore, ha fornito un costante e valido richiamo ai bisogni prioritari dei soggetti direttamente interessati.

Grande peso ha avuto anche l'ampio dibattito pubblico, svoltosi nella prima giornata di celebrazione della Cc, che ha aggiunto elementi importanti alla più completa articolazione di alcune raccomandazioni, in particolare in aree come quella della prevenzione, dove le evidenze di letteratura sono più sfumate, o quella della organizzazione dei servizi, dove le declinazioni regionali delle attività di cura e riabilitazione forniscono apporti significativi alla conoscenza dei sistemi di intervento.

Il documento definitivo di consenso è dunque il risultato non solo delle relazioni preliminari dei tre gruppi di lavoro degli esperti, e della successiva discussione tra i componenti della giuria che ha portato alla stesura vera e propria delle raccomandazioni, ma anche della lettura e del recepimento degli elementi emersi proprio nel corso del dibattito pubblico.

Tutto ciò premesso, può essere utile illustrare brevemente come è organizzato il documento che segue, al fine di facilitarne la lettura e spiegare alcune scelte.

Il testo è strutturato in tre parti, ciascuna relativa a una delle tre aree indagate. Al loro interno le aree sono ulteriormente articolate in relazione ai quesiti formulati per ognuna di esse, tutti già riportati nella sezione metodologica.

In apertura di ciascuna parte si schematizzano i risultati numerici della ricerca di letteratura che per quella parte è stata effettuata, con la classificazione delle diverse tipologie di studi e gli esiti della successiva applicazione delle *Checklist*, che ha condotto alla selezione e alla inclusione di quelli ritenuti validi.

L'elenco di questi ultimi è riportato integralmente alla fine della sezione di pertinenza, mentre in Appendice A4 è comunque possibile accedere ai riferimenti bibliografici di tutti i

lavori reperiti in letteratura, sottoposti al vaglio delle *Checklist* ma non inclusi perché non hanno superato questo esame di validità e coerenza.

Come appena accennato, vengono successivamente articolati i quesiti di pertinenza di ciascuna area, e per ognuno di essi viene esplicitata una premessa che contiene la dettagliata descrizione dell'analisi effettuata sulla documentazione presa in considerazione.

Da qui scaturiscono le raccomandazioni, che sono di fatto l'esito atteso dell'intero percorso di lavoro, e rappresentano il punto focale del documento di consenso.

Laddove è stato ritenuto sufficientemente suffragato dal materiale sottoposto ad analisi, ma anche appropriato e utile, le raccomandazioni sono state indirizzate separatamente all'ambito della ricerca e a quello della clinica.

Infine, nella sezione delle motivazioni, che segue ogni "pacchetto" di raccomandazioni, vengono presentati, analizzati e discussi in dettaglio i dati a supporto ed esplicitazione delle raccomandazioni stesse.

A questo punto è necessaria qualche precisazione che si prefigge di aiutare a comprendere meglio le ragioni per cui si riscontrano alcune diversità nella struttura del testo e negli stili espositivi delle tre sezioni, diversità dovute principalmente ai gradi diversi di conoscenze specifiche e di consenso della comunità scientifica su tali conoscenze.

Più in particolare ci si riferisce a:

- Area 1 (Epidemiologia): la maggiore compattezza e schematizzazione di questa parte è in qualche modo legata al fatto che sono stati reperiti un numero minore di studi validi, si è riscontrata una grande variabilità nelle classificazioni e negli strumenti diagnostici di riferimento e, infine, alla carenza di lavori recenti su ampi campioni di popolazione italiana.
- Area 2 (Prevenzione): in questa sezione la premessa è insolitamente ampia a causa del fatto che si è ritenuto necessario rendere ragione, in modo più articolato, della varietà dei modelli di riferimento per i diversi concetti utilizzati, dai fattori di rischio alle tipologie di prevenzione alle caratterizzazioni dei programmi strutturati in base ai target a cui sono destinati.
- Area 3 (Modelli organizzativi): questa area ha risentito in modo particolare della focalizzazione degli studi su aspetti specifici dei percorsi assistenziali e non sul percorso nella sua interezza, non riuscendo quindi a dare effettivo rilievo al ruolo che giocano le differenze delle organizzazioni sanitarie. La preponderanza di modelli anglosassoni influisce anche sulla possibilità di fare comparazioni con la nostra realtà nazionale e, di conseguenza, sulla trasferibilità al contesto italiano di alcune delle evidenze individuate.

Un ultimo aspetto che merita di essere accennato, trasversale alle tre aree, è quello relativo alla scelta della fascia di età considerata, che ha escluso esplicitamente dalla ricerca di letteratura gli studi concernenti i bambini e pre-adolescenti.

Durante l'intero periodo di lavoro degli esperti e dei giurati, tuttavia, si è presentata con forza l'esigenza di un rimando alla contiguità e continuità delle problematiche delle due popolazioni adulta e pediatrica, che si ritrova esplicitata soprattutto nelle sezioni 2 e 3, dove contemporaneamente vengono però sottolineate le rispettive specificità.

Tutto questo non può che portare alla segnalazione della opportunità di attivare un analogo percorso di ricerca e di consenso, focalizzato proprio sui soggetti in età evolutiva.

Per chiudere questa breve introduzione al vero e proprio documento scientifico, che è ovviamente il cuore di questa pubblicazione, non posso esimermi dal ringraziare tutte le persone che hanno dato il loro contributo prezioso, in qualunque ruolo abbiano partecipato all'iniziativa, con una particolare menzione per i componenti del Comitato promotore che

non solo ha dato il via alle attività, ma le ha anche supportate con competenza e passione in ogni loro fase.

Quello che ora mi auguro è che le raccomandazioni scaturite da tutto l'impegno fin qui profuso, raccomandazioni che per loro stessa natura non costituiscono una istruzione vincolante per gli operatori, possano però davvero rappresentare un momento di stimolo forte per azioni future.

Mi auguro che esse aiutino a rendere sempre più mirati ed efficaci gli sforzi delle persone, delle istituzioni, della società per contrastare un fenomeno che può essere così devastante, e contribuiscano a restituire i nostri giovani alla pienezza delle loro vite.

AREA 1

Dimensione epidemiologica dei DCA e carico assistenziale

Panel giuria Area 1¹, Gruppo di lavoro esperti Area 1²

Risultati ricerca di letteratura

Dalla ricerca effettuata, per i quesiti dell'Area 1 sono stati analizzati 36 studi di disegno eterogeneo. Di questi, ne sono stati inclusi 16.

Nella Tabella 2 sono riportati il numero e la tipologia degli studi inclusi per ogni quesito, a seguito della revisione della letteratura condotta.

Tabella 2. Area 1: studi inclusi per tipologia e quesito

Quesito	Studi inclusi	Tipologia
1.1	15	5 Revisioni sistematiche 1 Studio di coorte 4 Studi longitudinali 4 Studi trasversali 1 Studio descrittivo
1.2	1	1 Studio descrittivo

La lista degli studi esclusi è riportata nell'Appendice A4.

Quesito 1.1.

Quali sono i dati di incidenza, prevalenza e mortalità per AN, BN, DAI e DANAS in ambito nazionale e internazionale, stratificati per caratteristiche socio-demografiche, comorbilità mediche e psichiatriche, numero e livello di trattamenti precedenti effettuati?

Premessa

Un limite considerevole riscontrato nella letteratura esaminata, specie per quanto riguarda le revisioni, è la mancanza di omogeneità nelle classificazioni diagnostiche di riferimento e negli strumenti diagnostici utilizzati, che ha reso difficili i confronti ed ha contribuito all'eterogeneità dei dati. Va anche segnalato che sono pochi gli studi condotti

¹ Armando Cotugno, Antonella Gigantesco, Michele Carruba, Giorgio Doretto, Francesco Leonardi, Massimo Vincenzi, Luigi Enrico Zappa.

² Leonardo Mendolicchio, Domitilla Di Thiene, Ilenia Carnazza, Pier Fabrizio Cerro, Camillo Di Flaviano, Lorenzo Maria Donini, Maria Antonietta Mazzoldi, Patrizia Moretti, Rosella Saulle.

nella popolazione generale e che, per quanto riguarda i DANAS, la mancanza di omogeneità di strumenti utilizzati e l'assenza di criteri diagnostici di riferimento soddisfacentemente riproducibili limitano la confrontabilità e la generalizzazione dei risultati degli studi condotti.

Si segnala inoltre che, degli studi esaminati, solo due riguardano campioni della popolazione italiana. Ciò potrebbe essere anche ascrivibile alla finestra temporale di 5 anni adottata per la raccolta della letteratura da analizzare per la Cc. In altre parole riscontriamo la scarsità di studi epidemiologici condotti nell'ultimo quinquennio in particolare in Italia ma anche nel resto d'Europa. In considerazione di ciò, in particolare, per quanto riguarda le stime di prevalenza in Italia, esse si riferiranno esclusivamente a quanto riportato da Preti *et al.* (2009) nell'ambito dello studio europeo ESEMeD. Questo documento pertanto non potrà fornire dati fondati su una adeguata numerosità di studi su stime di prevalenza, incidenza e mortalità dei DCA e dei fattori di rischio, fattori prognostici, comorbidità ed esiti di interventi a essi associati, che riguardano il nostro Paese. Inoltre, per quanto riguarda i campioni clinici, i sistemi sanitari (finlandese, svedese, giapponese, statunitense, turco, tedesco, norvegese), cui si riferisce la maggior parte degli studi analizzati, essendo parzialmente o totalmente diversi dal nostro SSN, riducono la trasferibilità di alcuni risultati al contesto italiano.

Alcune pubblicazioni fra quelle esaminate ipotizzano (*common impression*) un possibile aumento dei DCA (in particolare BN e DAI) negli ultimi due decenni. Tuttavia, questo aumento non è confermato da sufficiente evidenza (mancano in particolare studi prospettici). È verosimile ritenere che negli studi trasversali in cui sia stato desunto un trend in aumento dei DCA dal confronto con i risultati di altri studi effettuati in periodi diversi o su diverse coorti di età, tale *trend* possa essere apparente e dovuto a diversi fattori come a esempio: differenze nelle procedure di accertamento diagnostico, differenze nei sistemi di classificazioni adottati, *recall bias*, aumento nel tempo del ricorso ai servizi e alle cure, diversa capacità di attrazione dei servizi.

Per quanto riguarda il decorso e l'esito della BN, va segnalato che la rassegna disponibile (Steinhausen & Weber, 2009), basata su un campione complessivo di 5653 pazienti, ha messo in evidenza la disomogeneità dei disegni dei diversi studi inclusi che impongono quindi una certa cautela nell'interpretazione dei risultati. Questi studi riguardano esclusivamente campioni clinici e perciò potrebbero risentire di distorsione da selezione. L'analisi degli esiti al follow-up è stata inoltre perlopiù condotta non attribuendo un miglioramento ai *drop-out*. I dati si basano perlopiù su valutazioni trasversali e mancano analisi multivariate.

Per quanto riguarda la comorbidità dei DCA con altri disturbi psichiatrici, dalla letteratura disponibile si può osservare che in particolare, per quanto riguarda i Disturbi d'Ansia (DA) considerati negli studi (Disturbo ossessivo compulsivo-DOC, Disturbo Post-traumatico da Stress-DPTS, ansia sociale, ansia generalizzata, disturbo di panico e agorafobia), questi sono più frequenti nei soggetti con DCA che nella popolazione generale (Swinbourne & Touyz, 2007). Non c'è evidenza tuttavia che i disturbi d'ansia siano un fattore predisponente dei DCA. In generale la letteratura sull'argomento risente anche in questo caso di una disomogeneità nel tipo di strumenti diagnostici utilizzati, nel tipo e numerosità dei campioni presi in esame (perlopiù provenienti da popolazioni cliniche), e nel periodo di riferimento considerato (prevalenza corrente, prevalenza negli ultimi 6 mesi, prevalenza nell'ultimo anno). Mancano infine studi sulla prevalenza di DCA in persone affette da un DA.

Raccomandazioni per la ricerca

Si raccomanda che vengano condotti studi di prevalenza, di incidenza e di mortalità riguardanti i DCA in Italia su ampi campioni della popolazione generale al fine di migliorare la qualità e la quantità di dati che contribuiscano a inquadrare i DCA dal punto di vista epidemiologico e all'aggiornamento dei dati disponibili.

Si raccomanda inoltre che negli studi epidemiologici vengano adottati strumenti omogenei e universalmente accettati per la diagnosi dei disturbi mentali in base ai criteri diagnostici internazionali del DSM-IV per assicurare elevati livelli di accuratezza e riproducibilità (elevati livelli di accuratezza e riproducibilità diagnostica sono raggiunti con strumenti quali la SCID-I o la CIDI). L'uso di questi strumenti è raccomandato anche per la valutazione di altri disturbi psichiatrici in comorbilità con i DCA.

Infine, nei lavori sottoposti alla revisione è evidente una marcata carenza di valutazione degli aspetti internistici e nutrizionali. Pertanto, si raccomanda che gli studi epidemiologici successivi includano anche un'indagine su questi aspetti, in particolare quelli relativi al quadro metabolico e alla valutazione dello stato di nutrizione.

Motivazioni

Anoressia Nervosa

– *Dati di prevalenza in ambito internazionale*

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza di AN nella vita è dello 0,93% in donne di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009). In Italia, secondo lo studio di Preti *et al.* (2009), la prevalenza nella vita di qualsiasi DCA (intendendo per questi AN, BN, DAI e DCA sottosoglia) è pari a 3,3% (IC: 2,2-5,0) in donne e uomini di età ≥ 18 anni.

La prevalenza di AN nella vita è risultata essere del 2,2% in uno studio finlandese (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007) condotto su ampie coorti di donne gemelle di 22-28 anni (media: 24,4 anni) (n. 2881), provenienti dalla popolazione generale.

La prevalenza di AN nella vita in donne di 18 anni è risultata essere del 2,6% in uno studio finlandese (Isomaa *et al.*, 2009) che ha preso in considerazione un campione di 595 adolescenti (283 femmine e 312 maschi).

La prevalenza nella vita di AN in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere dello 0,3%.

La prevalenza nella vita di AN in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere dello 0,9% e nella classe di età 18-29 anni dell'1,1%.

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza negli ultimi 12 mesi è dello 0,01% in donne di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009). Nel campione statunitense di Swanson *et al.* la prevalenza negli ultimi 12 mesi (classe di età: 13-18 anni) è risultata essere dello 0,1%.

La prevalenza puntuale di AN in Giappone (Chisuwa & O’Dea, 2010) è riportata essere dello 0,006%-0,2% (la variabilità dipende anche da i diversi intervalli di età considerati) sulla base degli studi disponibili condotti a partire dagli anni ‘80 a oggi quasi esclusivamente su donne di età 15-18 anni.

La prevalenza puntuale di AN in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata nelle donne (n. 1464) pari a 0,068% (1 caso) (Vardar & Erzengin, 2011).

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza di AN nella vita è dello 0% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009).

La prevalenza di AN nella vita è risultata essere dello 0,24% in uno studio finlandese (Raevuori *et al.*, 2009) condotto su ampie coorti di uomini gemelli di 22-27 anni (n. 2122), provenienti dalla popolazione generale.

La prevalenza nella vita di AN in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere dello 0,3%.

La prevalenza nella vita di AN in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere dello 0,3% e nella classe di età 18-29 anni dello 0,0%.

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza negli ultimi 12 mesi è dello 0% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009).

Nel campione statunitense di Swanson *et al.* la prevalenza negli ultimi 12 mesi (classe di età: 13-18 anni) è risultata essere dello 0,2%.

La prevalenza puntuale di AN in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata negli uomini (n. 1443) pari a 0,0% (Vardar & Erzengin, 2011).

– *Dati di incidenza*

L’incidenza, nelle donne, nella fascia di età 15-19 anni, è risultata essere pari a 270 per 100.000 anni-persona in uno studio finlandese (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007).

L’incidenza, nei maschi, nella fascia di età 10-24,9 anni, è risultata essere pari a 15,7 per 100.000 anni-persona in uno studio finlandese (Raevuori *et al.*, 2009).

In Italia (Gigantesco *et al.*, 2010) il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. Il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti donne di età 15-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 31,7 per 100.000.

– *Dati di mortalità internazionale*

La proporzione di morti osservate durante lo studio (di popolazione generale, classe di età: 22-28 anni) di Keski-Rahkonen *et al.* (2007) è stata bassa (8 su 2881 donne, corrispondente allo 0,3%).

Uno studio di Crow *et al.* (2009) ha valutato al 2004 il numero di morti occorse in un campione clinico di 1885 pazienti che avevano ricevuto una diagnosi di AN, BN e DANAS in una clinica universitaria statunitense dal 1979 al 1997. I pazienti (95,1% F) avevano al momento della diagnosi in media 26,12 anni. Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) in questo studio è stato pari a 1,70 per tutte le cause di morte nell’intero campione e nel campione di pazienti con AN. Le cause delle morti (n. 84) sono state: suicidio (n. 13), abuso di sostanze (n. 10); trauma (n. 9), cause mediche (n. 52). Solo in 6 casi come causa di morte sono state indicate AN (n. 5) e BN (n. 1). Il tasso di mortalità grezzo per AN è stato in questo studio pari al 4%.

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) è stato stimato essere pari a 6,2 (5,5-7,0) in un recente studio (Papadopoulos *et al.*, 2009) retrospettivo di coorte condotto in Svezia e riguardante donne di età 10-40 anni con AN dimesse dall'ospedale nel periodo 1973-2003 e morte entro la fine dello studio (31 dicembre 2003). Lo studio, condotto sulla base dei dati del registro nazionale di mortalità e del registro nazionale di dimissioni ospedaliere, ha evidenziato una diminuzione della mortalità nelle donne affette da AN dimesse nel periodo 1987-2003 rispetto a quelle dimesse nel periodo 1973-1979. Avere avuto 30-39 anni (RR=3,6) e avere avuto 20-29 anni (RR= 2,2) al momento del primo ricovero era associato a un rischio maggiore di morte rispetto ad avere 10-19 anni al primo ricovero. Avere avuto un ricovero più lungo (> 1 mese) alla prima ospedalizzazione era associato a un rischio inferiore di morte per cause naturali (RR=0,7) rispetto a ricoveri più brevi (≤5 giorni). Avere avuto più di 10 ricoveri per disturbi psichiatrici aumentava il rischio di mortalità per cause non naturali (RR=6,4) e per cause naturali (RR=4,0). La comorbilità con patologie sia somatiche che psichiatriche dopo il primo ricovero aumentava il rischio di mortalità per cause naturali (RR=2,4) e per cause non naturali (RR=3,1). Una recente rassegna (Arcelus *et al.*, 2011) ha riferito un RSM pari a 5,86. Il RSM per suicidio in pazienti affetti da AN è stato recentemente riportato essere 31,0 (Preti *et al.*, 2011). Un RSM di 10 è stato riportato in uno studio svedese condotto in un'unità altamente specialistica di Uppsala che trattava pazienti molto gravi (Rosling *et al.*, 2011).

– *Decorso e prognosi*

Il 66,8% delle donne con AN erano guarite clinicamente entro 5 anni dall'esordio della malattia (Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). L'età media all'esordio della malattia nelle guarite da più di 5 anni era 15 anni, quella delle affette era 17,3 anni (classe di età del campione 22-28 anni; n. 2881). Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007), la media di anni in malattia per AN era riportata essere 1,7 anni. Sempre nello studio di Hudson (2007) (n. 9282, entrambi i sessi; età ≥18 anni) la mediana di età di esordio di AN era 18 anni (BN: 18 anni; DAI: 21 anni). I casi con esordio più precoce avevano 15 anni (10 anni quelli affetti da BN o DAI). Non è stato trovato nessun caso con esordio dopo 20,5 anni (quindi il periodo di rischio di esordio per AN andava da 15 a 20,5 anni).

– *Correlati socio-demografici*

La prevalenza nella vita di AN non è risultata associata con genere e *status* socioeconomico dei soggetti affetti, e scolarità e stato civile del genitore (Swanson *et al.*, 2011). Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007), AN è risultata 3 volte più frequente nelle donne che negli uomini.

– *Comorbilità*

La prevalenza nella vita di AN è risultata associata con il disturbo oppositivo provocatorio nello studio di Swanson *et al.* (2011) sulla popolazione generale statunitense (età: 13-18 anni). Uno studio sempre condotto su un campione della popolazione generale statunitense (Hudson *et al.*, 2007) riporta presenza di comorbilità con almeno 1 disturbo (fra disturbo d'ansia, disturbo dell'umore e disturbo del controllo degli impulsi) nel 56,2% dei rispondenti con AN; la comorbilità è meno frequente nella AN (mediana OR=2,2) rispetto a BN (mediana OR=4,7) e DAI (mediana OR=3,2).

– *Trattamenti effettuati*

Le persone con AN (13-18 anni) che hanno richiesto qualunque tipo di trattamento (non specificamente per problemi collegati al comportamento alimentare o al peso) nella vita sono state il 77,6%. Di queste il 68,8% si è rivolto a servizi specialistici di salute mentale (Swanson *et al.*, 2011).

Bulimia Nervosa

– Dati di prevalenza in ambito internazionale

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza nella vita di BN è dello 0,88% in donne di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009).

La prevalenza nella vita di BN in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere dell'1,3%.

La prevalenza nella vita di BN in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere dell'1,5% e nella classe di età 18-29 anni del 2,2%.

La prevalenza di BN nella vita in donne di 18 anni è risultata essere del 0,4% in uno studio finlandese (Isomaa *et al.*, 2009) che ha preso in considerazione un campione di 595 adolescenti (283 femmine e 312 maschi).

Nel campione statunitense di Swanson *et al.* la prevalenza negli ultimi 12 mesi è risultata essere dello 0,9%.

La prevalenza puntuale di BN in Giappone (Chisuwa & O'Dea, 2010) è riportata essere dello 0,001%-2,9% sulla base degli studi disponibili condotti a partire dagli anni '80 a oggi quasi esclusivamente su donne di età 15-18 anni.

La prevalenza puntuale di BN in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata nelle donne (n. 1464) pari a 1,57% (Vardar & Erzenin, 2011).

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza nella vita di BN è dello 0,12% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.* 2009).

La prevalenza nella vita di BN in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere dello 0,5%.

La prevalenza nella vita di BN in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere dello 0,5% e nella classe di età 18-29 anni dello 0,1%.

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza negli ultimi 12 mesi è dello 0,29% in donne di età ≥ 18 anni e dello 0,01% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.* 2009).

Nel campione statunitense di Swanson *et al.* la prevalenza negli ultimi 12 mesi è risultata essere dello 0,3%.

La prevalenza puntuale di BN in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata negli uomini (n. 1443) pari a 0,0% (Vardar & Erzenin, 2011).

– Dati di mortalità in ambito internazionale

Il tasso grezzo di mortalità calcolato su un campione complessivo di 4309 pazienti provenienti da 76 studi (46 dei quali si riferiscono a 2508 pazienti di cui è riportata l'età media all'esordio: 17,2) (Steinhausen & Weber, 2009) è stato pari a 0,32% (14 morti).

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) nello studio di Crow *et al.* (2009) (1885 pazienti) è stato pari a 1,57 per tutte le cause di morte (da 8 a 25 anni dopo la diagnosi). Il tasso di mortalità grezzo per BN è stato in questo studio pari al 3,9%. In una recente rassegna (Arcelus *et al.*, 2011) è stato riportato un RSM di 1,93. Il RSM per suicidio in pazienti affetti da BN è stato riportato essere 7,5 (Preti *et al.*, 2011).

– Decorso e prognosi

I dati si riferiscono perlopiù a una rassegna (Steinhausen & Weber, 2009) condotta su 79 studi pubblicati dal 1981 al 2007 che complessivamente hanno riguardato 5653 pazienti (non soggetti della popolazione generale) con diagnosi di BN. Di questi 79 studi, 49

forniscono dati di prognosi per un totale di 4639 pazienti. Va ribadito quanto anticipato nella premessa e cioè che i risultati di questa rassegna vanno considerati con cautela per le numerose differenze nel disegno, nelle dimensioni dei campioni, nei metodi (ad es. diverse classificazione diagnostiche adottate) e nella durata dei follow-up degli studi inclusi. Va inoltre segnalato che i risultati fra gli studi sono spesso contraddittori e mancano analisi multivariate per cui verosimilmente se fossero state condotte, molti fattori non sarebbero risultati associati all'esito.

Basandosi su 27 studi (n. 1235) che hanno utilizzato lo stesso criterio di valutazione di esito della BN su 3 livelli (guarigione, miglioramento, cronicità), in media la percentuale di guarigione registrata è stata del 45%, quella di miglioramento del 27%, mentre la cronicizzazione ha riguardato il 23% dei pazienti considerati. La durata media dei follow-up variava da 6 mesi a 12,3 anni. Le più elevate proporzioni di guarigione si osservano nelle valutazioni di follow-up condotte 4-9 anni dopo la valutazione baseline. Sono più basse prima e dopo questo intervallo. Questi dati si basano perlopiù su valutazioni trasversali e non su studi longitudinali, che sono pochissimi e che verosimilmente fornirebbero, a lungo termine dati più favorevoli sul decorso.

Il passaggio da un tipo di DCA a un altro DCA ha riguardato il 22,5% dei pazienti (16% da BN a DANAS e 6% da BN a AN).

Nella maggior parte degli studi analizzati in questa rassegna, durata della malattia, gravità della malattia, età all'esordio, uso di lassativi, vomito, BMI prima del trattamento e fluttuazioni di peso non sono associati al decorso e all'esito della malattia. Parimenti non risultano associati al decorso il livello di scolarità e l'aver figli in età infantile. Non risultano associati alla prognosi introversione, perfezionismo, neuroticismo e labilità emotiva, tratti ossessivi o compulsivi.

Pazienti con comportamenti autolesionistici e abuso di sostanze hanno un decorso peggiore. Avere una storia familiare di obesità (1 studio) e relazioni familiari disturbate (2 studi) hanno un effetto negativo sulla prognosi. Stress psicosociale e lavorativo sono fattori prognostici negativi. Cercare supporto sociale durante il primo mese di trattamento contribuisce a una buona prognosi. L'adattamento sociale, relazioni sociali significative e elevato *status* socioeconomico sono fattori prognostici positivi.

Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007), la media di anni in malattia per BN era riportata essere 8,3 anni.

– *Correlati socio-demografici*

La prevalenza nella vita di BN è risultata associata con genere, non con lo *status* socioeconomico dei soggetti affetti, e scolarità e stato civile del genitore (Swanson *et al.*, 2011). Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007), la BN è risultata 3 volte più frequente nelle donne che negli uomini.

– *Comorbilità*

La comorbilità della BN con altri disturbi psichiatrici è riferita in molti studi su campioni clinici (Steinhausen & Weber, 2009) ma la maggior parte degli studi non indicano chiaramente i criteri utilizzati per le diagnosi. Alle valutazioni di follow-up i pazienti soffrivano più frequentemente di disturbi affettivi seguiti dai disturbi d'ansia (Steinhausen & Weber, 2009). Frequenti anche i disturbi di personalità, meno frequenti i disturbi di abuso di sostanze, rari i disturbi dello spettro schizofrenico e i DOC.

La prevalenza nella vita di BN è risultata fortemente associata con disturbi d'ansia, dell'umore e di abuso di sostanze nello studio di Swanson *et al.* (2011) sulla popolazione generale statunitense. Risultati analoghi sono riportati in uno studio sempre condotto su un campione della popolazione generale statunitense (Hudson *et al.*, 2007) che riporta

presenza di comorbidità con almeno 1 disturbo (fra disturbo d'ansia, disturbo dell'umore e disturbo del controllo degli impulsi) nel 94,5% dei rispondenti con BN; la comorbidità è più frequente nella BN (mediana OR=4,7) rispetto a DAI (mediana OR=3,2) e AN (mediana OR=2,2). Entrambi gli studi di Swanson e Hudson concordano con una comorbidità inferiore con altri disturbi psichiatrici di AN rispetto a BN e DAI.

– *Trattamenti effettuati*

Le persone con BN che hanno richiesto qualunque tipo di trattamento nella vita (non specificamente per problemi collegati al comportamento alimentare o al peso) sono state il 88,2%. Di queste il 60,9% si è rivolto a servizi specialistici di salute mentale (Swanson *et al.*, 2011).

Disturbo da Alimentazione Incontrollata

– *Dati di prevalenza in ambito internazionale*

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza nella vita di DAI è l'1,92% in donne di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009). La prevalenza nella vita di DAI in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere del 2,3%.

La prevalenza nella vita di DAI in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere del 3,5% e nella classe di età 18-29 anni del 4,2%.

Nel campione statunitense di Swanson *et al.* la prevalenza negli ultimi 12 mesi è risultata essere dello 1,4%.

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza nella vita di DAI è l'0,26% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009). La prevalenza nella vita di DAI in un campione (uomini e donne n. 10123) della popolazione generale statunitense di età 13-18 anni (Swanson *et al.*, 2011) è riportata essere dello 0,8%.

La prevalenza nella vita di DAI in un campione (uomini e donne n. 9282) della popolazione generale statunitense di età ≥ 18 anni (Hudson *et al.*, 2007) è riportata essere dello 2,0% e nella classe di età 18-29 anni dell'1,4%.

In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), la prevalenza negli ultimi 12 mesi è l'0,55% in donne di età ≥ 18 anni (Preti *et al.* 2009). In 6 Paesi Europei (Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda, Spagna), è l'0,07% in uomini di età ≥ 18 anni (Preti *et al.*, 2009). Nel campione statunitense di Swanson *et al.*, la prevalenza negli ultimi 12 mesi è risultata essere dello 0,4%.

– *Decorso e prognosi*

Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007), la media di anni in malattia per DAI era riportata essere di 8,1 anni.

– *Correlati socio-demografici*

La prevalenza nella vita di DAI è risultata associata, non con genere e *status* socioeconomico dei soggetti affetti, e scolarità e stato civile del genitore (Swanson *et al.*, 2011). Nello studio statunitense di Hudson *et al.* (2007) i DAI si presentavano con maggiore frequenza nelle donne (3,5% vs 2,0%).

– *Comorbidità*

La prevalenza nella vita di DAI è risultata fortemente associata con disturbi d'ansia, dell'umore, e di abuso di sostanze nello studio di Swanson *et al.* (2011) sulla popolazione generale statunitense. Risultati analoghi sono riportati in uno studio sempre condotto su un campione della popolazione generale statunitense (Hudson *et al.*, 2007) che riporta presenza

di comorbidità con almeno 1 disturbo (fra disturbo d'ansia, disturbo dell'umore e disturbo del controllo degli impulsi) nel 78,9% dei rispondenti con DAI; la comorbidità è più frequente nella BN (mediana OR=4,7) rispetto a DAI (mediana OR=3,2) e AN (mediana OR=2,2). Entrambi gli autori Swanson e Hudson concordano con una comorbidità inferiore con altri disturbi psichiatrici di AN rispetto a BN e DAI. I DAI sono fortemente associati con l'obesità.

– *Trattamenti effettuati*

Le persone con DAI che hanno richiesto qualunque tipo di trattamento nella vita (non specificamente per problemi collegati al comportamento alimentare o al peso) sono state il 72,6%. Di queste il 60,4 si è rivolto a servizi specialistici di salute mentale (Swanson *et al.*, 2011).

Disturbo da Alimentazione Non Altrimenti Specificato

– *Dati di prevalenza in ambito internazionale*

La prevalenza di DANAS nella vita in donne di 18 anni è risultata essere del 9,0% in uno studio finlandese (Isomaa *et al.*, 2009) che ha preso in considerazione un campione di 595 adolescenti (283 femmine e 312 maschi) e di cui sono stati segnalati i limiti nella premessa.

La prevalenza puntuale di DANAS in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata nelle donne (n. 1464) pari a 2,39% (Vardar & Erzenin, 2011).

La prevalenza puntuale di DANAS in Turchia su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M) è stata negli uomini (n. 1443) pari a 0,62% (Vardar & Erzenin, 2011).

– *Dati di mortalità in ambito internazionale*

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) nello studio di Crow *et al.* (2009) è stato pari a 1,81 per tutte le cause di morte (da 8 a 25 anni dopo la diagnosi). Il tasso di mortalità grezzo per DANAS è stato in questo studio pari al 3,91%. In una recente rassegna (Arcelus *et al.*, 2011) è stato riportato un RSM di 1,92.

Quesito 1.2.

Quali sono i dati di attività dei servizi che gestiscono i DCA per livello assistenziale (ambulatorio, DH, riabilitazione residenziale, ricovero ospedaliero)?

Premessa

In Italia, non sono disponibili dati di attività assistenziale sulle prestazioni offerte dai servizi che gestiscono i DCA.

In questo contesto, il monitoraggio dell'assistenza si presenta molto difficile e affidato esclusivamente a fonti informative amministrative (SDO), e valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (es. accreditamento istituzionale).

Manca un quadro completo e unitario della qualità dell'assistenza per una insufficiente diffusione tra gli operatori di strumenti di valutazione e monitoraggio dei problemi di salute collegati ai DCA.

Raccomandazioni

Si raccomanda che venga condotta una ricognizione:

- dei sistemi informativi in uso per l'assistenza
- dei modelli organizzativi e dei percorsi assistenziali
- dei processi di gestione e qualificazione del personale
- del livello di integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

Si raccomanda inoltre il monitoraggio:

- dei processi e degli esiti in tutti i livelli di assistenza
- dell'applicazione di pratiche *evidence-based*.

Bibliografia

- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, & Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):724-31.
- Chisuwa N, O'Dea JA. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite* 2010;54(1):5-15.
- Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1342-6.
- Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, Lega I, Conti S, Vichi M. Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv Psichiatr* 2010;45(3):154-62.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, and Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
- Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, & Björkqvist K. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two step 3 year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(3):199-207.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J, Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J of Psychiatry* 2007;164(8):1259-65.
- Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The Br J Psychiatry* 2009;194(1):10-7.
- Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43(14):1125-32.
- Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124(1):6-17.
- Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009;4(2):e4402.
- Rosling AM, Sparén P, Norring C, von Knorring AL. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44(4):304-10.

- Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009;166(2):1331-41.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- Swinbourn JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(4):253-74.
- Vardar E, Erzen M. The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. *Turk Psikiyatri Derg* 2011;22(4):205-12.

AREA 2

Prevenzione dei DCA

Panel giuria Area 2³, Gruppo di lavoro esperti Area 2⁴

Risultati ricerca di letteratura

Dalla ricerca effettuata, per i quesiti dell'area 2 sono stati analizzati 57 studi di disegno eterogeneo. Di questi, ne sono stati inclusi 20, più un manuale (Stice & Presnell, 2011).

Nella Tabella 3 sono riportati il numero e la tipologia degli studi inclusi per ogni quesito, a seguito della revisione della letteratura condotta.

Tabella 3. Area 2: studi inclusi per tipologia e quesito

Quesito	Studi inclusi	Tipologia
2.1	8	2 Revisione sistematica
		2 Studi caso-controllo
		3 Studi longitudinali
		1 Studio trasversale
2.2	6	1 Revisione Cochrane
		1 Revisione sistematica
		2 RCT
		2 Studi trasversali

La lista degli studi esclusi è riportata nell'Appendice A4.

Premessa

In questa premessa viene delineato il campo dei DCA, sul quale vertono i lavori scientifici selezionati e analizzati; inoltre, per condividere i risultati della ricerca, è proposta la terminologia riguardante i fattori di rischio e i modelli di prevenzione. Infine, viene considerata la relazione fra DCA e obesità per una definizione ulteriore del campo di indagine.

I DCA analizzati nella rassegna sono quelli definiti dal DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association-APA*, <http://dsm.psychiatryonline.org>), con le categorie diagnostiche di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati, di cui fa parte il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, che sarà riconosciuto come categoria diagnostica a sé stante con il prossimo DSM-5 (APA, www.dsm5.org). Non sono stati inclusi nella rassegna i

³ Barbara De Mei, Maria Grazia Martinetti, Giovanna Cecchetto, Massimo Cuzzolaro, Emanuela Rampelli.

⁴ Marinella Di Stani, Giuseppe La Torre, Alessandro Albizzati, Lucia Bartolini, Silvana Cremaschi, Riccardo Dalle Grave, Giovanni Gravina, Patrizia Iacopini, Anna Maria Luzi, Enrica Perilio, Valentina Possenti, Rossana Saragò, Giulietta Tarrini.

Disturbi della nutrizione e i Disturbi alimentari dell'infanzia (Egger HL *et al.*, 2008; Lask *et al.*, 2007).

Nell'ultimo ventennio la ricerca sui fattori di rischio dei DCA ha avuto un notevole sviluppo. Questo campo della ricerca, tuttavia, ha sofferto dell'uso impreciso dei termini nelle varie pubblicazioni scientifiche e, come sottolineato da Kraemer *et al.* (1997), il termine generico "fattore di rischio" è stato spesso usato per descrivere diverse tipologie di fattori di rischio. Si rendono pertanto necessari alcuni chiarimenti terminologici (Kraemer *et al.*, 1997; Stice *et al.*, 2010).

Fattore di rischio: una caratteristica misurabile, propria di ogni soggetto in una specifica popolazione, che precede l'esito di interesse (nel nostro caso lo sviluppo di un DCA); si deve poter dimostrare che questa caratteristica divide in due gruppi la popolazione: un gruppo ad alto rischio e l'altro a basso rischio. Deve essere dimostrabile che la probabilità dell'esito nel gruppo ad alto rischio è più elevata di quella nel gruppo a basso rischio. Oltre alla significatività statistica, è importante considerare anche la grandezza dell'associazione fra fattore di rischio ed esito, chiamata potenza del fattore. Se in una determinata popolazione è possibile dimostrare l'associazione fra un fattore di rischio potenziale e l'esito, quel fattore è detto "correlato". Solo se si può dimostrare che un fattore correlato precede l'esito, allora diviene appropriato il termine fattore di rischio. La precedenza temporale è quindi un criterio fondamentale.

Fattore di rischio variabile: un fattore di rischio che può andare incontro a modificazione spontanea (es. età o peso) o in conseguenza del trattamento (psicoterapia o farmacoterapia).

Fattore di rischio causale: quando è dimostrabile che la manipolazione di un fattore di rischio variabile può evitare l'insorgenza di un disturbo, questo è detto fattore di rischio causale. Se ciò non può essere dimostrato, il fattore di rischio variabile può essere chiamato marcatore (**marker**) variabile.

Marcatore (marker) fisso: è un fattore di rischio che non può essere modificato o che non può cambiare (es. gruppo etnico, sesso).

Si pone inoltre il problema di distinguere i fattori di rischio dai sintomi iniziali di una malattia: ad esempio, nel caso dei DCA, le diete cui molte adolescenti si sottopongono, sono considerate un fattore di rischio ma, in alcuni casi, dovrebbero invece essere considerate uno dei primi effetti di un'ansia ingiustificata rispetto al proprio peso corporeo, quindi come un sintomo prodromico (Cuzzolaro, 2012).

Una discussione sui fattori di rischio per i DCA richiede dei chiarimenti rispetto al modello di sviluppo del disturbo. Nel passato, i fattori di rischio ed eziologici per i disturbi psichiatrici sono stati proposti o da una prospettiva teoretica specifica (per esempio biologica, cognitivo-comportamentale, psicodinamica), o da una prospettiva integrata (modello biopsicosociale). In entrambi i casi, si struttura un modello all'interno del quale vengono definiti una serie di fattori di rischio che possono essere rilevanti per lo sviluppo di un disturbo. Come si evince da un'importante revisione sistematica (Jacobi *et al.*, 2004), la prospettiva con cui si è affrontato il campo dei fattori di rischio per i DCA è stata quella secondo la quale, partendo da un approccio descrittivo e ateoretico ben radicato nelle evidenze dei dati, si giunge alla formulazione di un modello più complesso, in cui appaiono di primaria importanza le interazioni dinamiche fra i fattori di rischio. Questo tipo di approccio porta per definizione a mettere in secondo piano un problema di classificazione, quello della prossimità di un fattore allo sviluppo del disturbo (per esempio fattori predisponenti vs fattori precipitanti; oppure fattori prossimali vs fattori distali). Questi aspetti sono inseriti all'interno del modello solo dopo che si è stabilito lo *status* di un fattore come fattore di rischio. La sfida attuale, alla quale per ora non si è potuto dare una risposta definitiva, è quella di poter integrare i fattori di rischio all'interno di un modello di sviluppo dei DCA. Accanto a questo nasce l'esigenza di comprendere quanto i singoli disturbi (AN, BN, DAI, DANAS) abbiano in comune rispetto ai fattori di rischio e se e come i loro modelli di sviluppo si differenzino.

Nella genesi e nello sviluppo di un modello eziopatogenetico dei DCA andranno tenute ben presenti due importanti distinzioni classificatorie: quella fra *fattori specifici* (ovvero fattori di rischio legati all'insorgenza dei DCA) e *fattori generali* (fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi psichiatrici); quella fra fattori di rischio e fattori protettivi. In questo senso, possiamo definire *fattori di rischio* quelle condizioni la cui presenza nella vita di un individuo aumenta la probabilità d'insorgenza di un determinato disturbo e *fattori di protezione* quelle condizioni la cui presenza diminuisce la probabilità che quello stesso disturbo insorga. La vulnerabilità di un individuo nei confronti di una malattia è il risultato del bilancio tra fattori di rischio e fattori di protezione, e resilienza individuale: la malattia insorge quando si crea un profondo squilibrio a favore dei primi.

Queste considerazioni sui fattori di rischio per i DCA sono estremamente importanti soprattutto rispetto alla pianificazione degli interventi di prevenzione. Anche riguardo all'ambito della prevenzione, riportiamo in questa premessa alcune considerazioni di carattere tassonomico, partendo dalla classica tripartizione della prevenzione in medicina.

Prevenzione primaria: attività dirette a evitare che una malattia insorga. La loro efficacia è misurata da una diminuzione significativa dell'incidenza (numero di nuovi casi in un anno) di quella malattia.

Prevenzione secondaria: diagnosi e cure precoci dirette a evitare che una malattia si cronicizzi e provochi danni irreversibili. La loro efficacia è misurata da una diminuzione significativa della prevalenza (casi attivi in un determinato momento) di quella malattia.

Prevenzione terziaria: programmi di riabilitazione diretti a ridurre i deficit permanenti provocati da una malattia o, almeno, a contrastarne la progressione e a sviluppare le capacità funzionali residue.

Da qualche anno si parla anche di *prevenzione quaternaria*, diretta a evitare danni iatrogeni e interventi medici non giustificati sulla base di un accurato bilancio dei costi e dei benefici per il paziente.

I programmi di prevenzione dei DCA sono classificati in tre categorie generali.

Programmi di prevenzione universale: sono diretti a "tutti" gli individui che danno il consenso in una determinata popolazione esente da sintomi, come ad esempio tutti gli alunni di una classe di una scuola, e hanno l'obiettivo di diminuire l'incidenza di un disturbo riducendo i fattori di rischio e promuovendo i fattori protettivi.

Programmi di prevenzione selettiva: sono diretti agli individui che sono a elevato rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione, quali ad esempio, nel caso dei DCA, soggetti di sesso femminile in adolescenza con un'immagine corporea negativa.

A ponte fra le due categorie esistono poi programmi di intervento universali selettivi, che coinvolgono soggetti a rischio per età o stadio di sviluppo (ad esempio adolescenti).

Programmi di prevenzione indicata: sono diretti a individui che presentano dei sintomi tipici dei disturbi alimentari (es. seguire una dieta per modificare il peso e la forma del corpo; avere un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo), prodromici del disturbo.

In pratica questa distinzione è difficile da mantenere (Todisco, 2012). Molti programmi di prevenzione universale, ad esempio, sono diretti alle adolescenti o alle giovani donne, ed è noto che il sesso femminile sia un potente marcatore fisso dei DCA. Inoltre alcuni interventi di prevenzione selettiva includono inevitabilmente individui che adottano comportamenti non salutari di controllo del peso, che possono essere sia un fattore di rischio variabile, sia un sintomo precoce dei DCA.

Da un punto di vista metodologico i modelli generali di intervento nell'ambito della prevenzione sono quello malattia-specifico (*Disease-Specific-Pathway model*, DSP) e quello dei fattori non specifici di vulnerabilità (*Non-Specific Vulnerability-Stressor-Model*, NSVS).

Il modello DSP è applicabile quando si conosca l'eziopatogenesi di una malattia e quando sia pertanto possibile contrastare efficacemente i fattori eziopatogenetici o i fattori predisponenti specifici, riducendoli o eliminandoli, oppure aumentando le difese specifiche del soggetto. Uno dei

metodi utilizzati nell'ambito di questo modello è stato un approccio razionale didattico indicato con l'acronimo KAP (*Knowledge* – conoscenza, *Attitude* – atteggiamento, *Practice* – comportamenti) fondato sull'ipotesi che informazioni corrette siano in grado di modificare gli atteggiamenti e produrre così comportamenti più sani. Questi interventi possono essere applicati sia a gruppi di soggetti ad alto rischio (selettivi o indicati), sia a vasti campioni di popolazione (universali). Vi sono tuttavia evidenze che questo approccio non sia efficace nell'ambito dei DCA, ma che al contrario possa suggerire a soggetti predisposti proprio quelle pratiche che mirerebbero a contrastare (ad esempio il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi e diuretici). Inoltre risulta che i messaggi fondati sull'induzione di sentimenti di paura e pericolosità (*fear inducing approach*) anziché rendere incisiva l'informazione finiscono per attivare una sorta di rigetto dei contenuti proposti.

Il modello NSVS è invece diretto a contrastare fattori di rischio aspecifici e a potenziare fattori generali di protezione, ovvero abilità o *lifeskills* individuali e sociali (*World Health Organisation-WHO*, 2005). Su questo modello si basano gli interventi di promozione della salute, che sono prevalentemente diretti a vaste popolazioni (interventi di prevenzione universale) e nel campo dei DCA mirano a potenziare la capacità di affrontare situazioni difficili (*empowerment*). Questo obiettivo può essere raggiunto ad esempio migliorando l'autostima, favorendo l'autoregolazione delle emozioni e degli impulsi, e lo sviluppo di una capacità critica nei confronti della pressione mediatica (*media literacy* o alfabetizzazione mediatica).

Gli interventi di prevenzione primaria dei DCA si sono sempre più orientati negli ultimi anni verso il modello di promozione della salute (Yager & O'Dea, 2008). Molti di questi interventi includono anche la popolazione maschile essendo diretti a potenziare le risorse individuali e a ridurre la vulnerabilità alla psicopatologia senza distinzioni di genere.

Secondo il WHO (2005), nella valutazione degli studi riportati nella letteratura nazionale e internazionale, è importante distinguere tra *efficacy* e *effectiveness*, cioè tra la capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati in condizioni strettamente controllate (efficacia sperimentale), e la capacità di un intervento di ottenere gli effetti auspicati nell'ambito di un contesto più ampio, non controllato (efficacia nella pratica). I risultati di uno studio su un gruppo ben definito di persone in condizioni strettamente controllate non necessariamente sono ripetibili in condizioni reali. Vi sono tuttavia alcuni studi sull'efficacia, condotti con una metodologia adeguata, con risultati abbastanza solidi da essere adottati su più ampia scala.

Tra gli indicatori di efficacia degli interventi di prevenzione primaria dei DCA sono da considerare la riduzione dell'incidenza del disturbo, la riduzione dei fattori di rischio per cui è stato condotto l'intervento, il potenziamento dei fattori protettivi, la verifica sperimentale dell'esistenza di un legame diretto tra intervento preventivo e risultati, il grado di rispondenza rispetto a quanto programmato.

Gli interventi di prevenzione maggiormente studiati hanno avuto come obiettivo la riduzione dei fattori di rischio variabili per i quali vi sono maggiori evidenze e che sono supportati da più studi prospettici indipendenti, tra cui la pressione verso la magrezza, l'interiorizzazione di un ideale di magrezza, massa corporea, insoddisfazione per le forme corporee ed emotività negativa. Nella risposta al quesito 1, si dà spazio alla riflessione su questi fattori di rischio. In questa sede si ricorda l'importanza dell'integrazione di questi fattori all'interno di validi modelli di sviluppo dei DCA, per cui assumono maggior valore gli interventi che si calano in una prospettiva di interazione dinamica dei fattori di rischio (Stice *et al.*, 2011b).

Al termine di questa premessa un'ultima considerazione, non certo ultima in ordine di importanza, relativa a obesità e DCA. Oltre alla sovrapposizione diagnostica per i disturbi caratterizzati da iperfagia in assenza di condotte di eliminazione, l'obesità e il sovrappeso sono considerati potenziali fattori di rischio sia per le forme restrittive sia per quelle con abbuffate/condotte di eliminazione dei DCA.

Diviene quindi auspicabile che si possa giungere a un modello eziologico integrato che permetta di progettare interventi di prevenzione – integrati e non frammentari – che affrontino insieme, in modo coerente, i disturbi dell'alimentazione (anoressie, bulimie e anomalie sottosoglia) e quelli del peso corporeo (sovrappeso e obesità) (Cuzzolaro, 2012).

Quesito 2.1.

Quali sono i principali fattori/marker di rischio (individuali, familiari e sociali) e i fattori scatenanti associati ai DCA? Quali sono i fattori protettivi?

Raccomandazioni

– *Per la ricerca*

Definire modelli di sviluppo dei DCA in cui si comprendano le interazioni dinamiche dei fattori di rischio e dei fattori protettivi e si giunga a definire la specificità dei fattori di rischio per le diverse categorie dei DCA.

Un chiarimento eziologico ulteriore sui DCA dovrà essere volto a stabilire se, a quali livelli e in che modo interagiscano patologie a differente eziopatogenesi, quali l'obesità e i DCA, in modo da poter programmare interventi integrati.

– *Per la clinica*

Si raccomanda di coinvolgere pediatri e medici di base in attività di aggiornamento, e nella conoscenza della rete dei servizi.

Si raccomanda che venga condotta un'anamnesi accurata al fine di accertare l'esposizione ai seguenti fattori di rischio per i quali è stata evidenziata una potenziale associazione con lo sviluppo di DCA:

- familiarità per disturbi psichiatrici
- eventi avversi, possibili eventi traumatici, malattie croniche dell'infanzia e difficoltà alimentari precoci
- possibili comorbidità psichiatriche (disturbi depressivi, disturbi d'ansia)
- appartenenza a gruppi in cui è maggiore la pressione socio-culturale verso la magrezza, come ad esempio modelle, danzatrici, atleti, ecc.
- pressione percepita individualmente per la magrezza, interiorizzazione dell'ideale di magrezza, insoddisfazione corporea e *dieting*
- scarsa autostima e perfezionismo
- stati emotivi negativi.

Motivazioni

L'importanza dello studio dei fattori di rischio

Lo studio dei fattori di rischio nei DCA è importante per quattro motivi fondamentali (Stice *et al.*, 2011a): (i) un chiarimento dei meccanismi causali dei DCA può portare a diminuire lo stigma a loro associato; (ii) la nosologia è basata sull'eziologia: l'attuale sistema di classificazione è basato soltanto sulla presentazione sindromica dei sintomi (APA, <http://dsm.psychiatryonline.org>). Gli studi sui fattori di rischio possono rappresentare un'importante fonte di informazione per la revisione dei criteri diagnostici; (iii) il trattamento è

più coerente quando si conoscono meglio le cause di un disturbo; (iv) l'identificazione dei fattori di rischio è cruciale per lo sviluppo di programmi di prevenzione.

Innanzitutto, il presente documento ha fatto proprio il criterio raccomandato da Kraemer (vedi premessa); sono stati presi in esame solo gli studi che hanno indagato un'associazione statistica e clinica tra i fattori di rischio potenziali e lo sviluppo futuro dei DCA, basandosi quindi su studi longitudinali. La revisione di Jacobi (Stice *et al.*, 2010), propone una classificazione dei fattori di rischio per i DCA. I fattori di rischio individuati sono successivamente classificati in base al tipo di esito: si cerca di stabilire se siano correlati a specifici DCA, ovvero ad AN, BN, DAI, nella forma completa o nella forma di quadri sindromici parziali (DANAS). Un ulteriore livello di analisi riguarda la specificità (rispetto ai disturbi psichiatrici), la potenza dei singoli fattori (ovvero quanto quel fattore contribuisce al rischio di sviluppare un DCA) e il bisogno di replicazione. I fattori di rischio potenziali esaminati possono essere inseriti all'interno delle seguenti categorie:

- fattori generali e sociali
- fattori familiari
- fattori legati allo sviluppo
- fattori traumatici
- fattori psicologici e comportamentali
- fattori biologici (di quest'ultima categoria fanno parte i fattori genetici).

Fattori di rischio generali e sociali

Genere

Dalle revisioni sistematiche presenti in letteratura (Stice *et al.*, 2011a) e da studi recenti (Hautala *et al.*, 2011) emerge che le donne hanno molte più probabilità di soffrire di AN e BN rispetto agli uomini (dagli studi presenti in letteratura emerge una proporzione di 10:1). Le differenze fra sessi paiono essere meno pronunciate soltanto per quanto riguarda i DAI (2,5:1 in studi preliminari) o le sindromi parziali. Maschi e femmine hanno la stessa probabilità di andare incontro a sindromi parziali caratterizzate da abbuffate ricorrenti.

Gruppo etnico

Sulla base di evidenze preliminari, l'etnia bianca potrebbe essere un marcatore fisso per i DCA rappresentando un rischio per le forme restrittive (AN) e comportamenti compensatori, non per comportamenti quali il *binge-eating*. Gli studi effettuati faticano a distinguere l'effetto conseguente ai fattori socioculturali rispetto all'etnia di origine, per cui questo fattore necessita di ulteriori studi per essere confermato.

Partecipazione a sottogruppi “peso-correlati” (ballerine, modelle, atlete, ginnaste ecc.)

Negli anni '90 del secolo scorso, sono emerse delle evidenze che hanno portato a parlare di “triade della donna atleta” caratterizzata da amenorrea, disturbi dell'alimentazione e osteoporosi. I dati provenivano quasi esclusivamente da studi trasversali e non hanno trovato conferma in studi longitudinali, che hanno indagato il rischio per le atlete di sviluppare un DCA. Più specificamente, Jacobi e colleghi ritengono che vi siano sufficienti evidenze per identificare le atlete come gruppo a rischio per disturbi sottosoglia, mentre non è sufficiente quanto emerso relativamente al rischio per le sindromi complete.

È stata anche osservata una maggiore prevalenza di sottopeso e di disturbi dell'alimentazione parziali nelle modelle professioniste, rispetto ai controlli di pari età (Preti *et al.*, 2008). Non è però ancora chiaro se sia la professione di modella ad aumentare il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione o se le persone più a rischio siano selezionate con maggiore frequenza da questa professione, ovvero in assenza della possibilità di definire un criterio di precedenza possiamo parlare di fattore correlato e non di fattore di rischio.

Livello culturale e status economico

Non vi sono evidenze emergenti da studi longitudinali che un livello culturale e/o uno status economico elevato rappresentino dei fattori di rischio per i DCA, anche se questo è stato ipotizzato sulla base di studi in cui è emersa la correlazione fra questi fattori e un più basso peso medio della popolazione. Alcuni studi trasversali hanno trovato una correlazione fra AN e un alto status socioeconomico, mentre studi in cui sono stati esaminati i DCA in maniera transdiagnostica non hanno trovato correlazione con lo status socioeconomico. Un studio oggetto della revisione (Ahren *et al.*, 2012) riporta dei dati raccolti dallo *Stockholm Birth Cohort Study* (SBCS). Analizzando le informazioni sui fattori demografici, status socioeconomico, condizioni di vita e situazione familiare, relative alle famiglie di 22 pazienti con diagnosi di AN, si è evidenziato un aumento del rischio di AN nelle figlie di madri con un reddito proprio, appartenenti alla classe media e operaia; l'aumento dell'istruzione materna si associa a rischio di ospedalizzazione per AN nelle figlie, con l'ipotesi che maggior istruzione e conoscenza dei servizi renda i genitori più inclini a cercare aiuto medico per le figlie. Nello stesso studio sono stati identificati come fattori di rischio variabili anche il vivere con madri che hanno una più elevata scolarità e che non lavorano fuori di casa.

Orientamento psicosessuale. Omosessualità maschile e DCA

Non vi sono al momento studi che confermino l'ipotesi che gli omosessuali possano essere ad alto rischio di sviluppare un DCA perché sottoposti a una maggiore enfasi culturale sulle forme corporee rispetto ai maschi eterosessuali.

Età adolescenziale

Vi sono evidenze importanti relativamente al fatto che AN e BN si sviluppano tipicamente in adolescenza e che il loro esordio in età più avanzata non è comune. È importante notare che i DAI non sembrano seguire questo andamento: il suo esordio è più comune in età adulta.

Interiorizzazione dell'ideale di bellezza legato alla magrezza, preoccupazione per il peso, diete e immagine corporea negativa

Le teorie di sviluppo dei DCA che mettono al centro la cultura di origine e il valore culturale che da alcuni decenni viene attribuito alla magrezza nel mondo occidentale, trovano una conferma empirica nei dati epidemiologici, anche se tuttora manca una risposta a una domanda centrale: qual è il meccanismo con cui l'ideale di bellezza legato alla magrezza contribuisce allo sviluppo dei DCA? Gli studi longitudinali hanno indagato questo aspetto senza, peraltro, trovare conferma di ciò soprattutto per le sindromi complete. Questi studi hanno indagato un fattore, "preoccupazione per il peso", che in 9 studi su 10 della già citata revisione di Jacobi (Stice *et al.*, 2010) si è dimostrato predittivo dello sviluppo di DCA. Il fattore comprende paura di prendere peso, il mettersi a dieta, un'immagine corporea negativa, e comportamenti quali le condotte di eliminazione. Presi insieme, così come avviene negli studi longitudinali, sono dei fattori di rischio variabili specifici per i DCA in genere. Negli studi longitudinali di Stice *et al.*

(2011a) si è avuta ulteriore conferma di fattori di rischio variabili (non causali), quali la pressione culturale percepita per la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, l'insoddisfazione corporea, la restrizione dietetica e gli stati emotivi negativi. In questi studi si fa anche un tentativo di valutare la specificità per le categorie diagnostiche dei singoli DCA: preoccupazione per il peso e forme corporee sono maggiormente associate a BN e a BN sottosoglia; l'insoddisfazione per le forme corporee si lega sia specificatamente a una sintomatologia bulimica, sia a più generali difficoltà di alimentazione; così come si vedrà subito dopo per gli aspetti legati alle diete un altro elemento importante che Stice fa notare è l'altissima percentuale di falsi positivi, ovvero di tutti coloro che hanno insoddisfazione per le forme corporee ma che non manifestano un DCA, segno che la ricerca rispetto a questi aspetti deve svilupparsi per individuare sottogruppi maggiormente a rischio e nessi causali fra singoli fattori e DCA. Nel citato lavoro di Stice *et al.* (2011a) sull'evidenza che il rischio d'insorgenza di DCA sia correlato con più fattori di rischio associati, si rileva che l'insoddisfazione per il corpo risulta il fattore di rischio variabile con la maggior potenza predittiva.

In questo gruppo di fattori un'attenzione particolare è stata posta dagli studi sul ruolo delle diete e del *dieting* (mettersi a dieta). Il *dieting* è stato considerato in studi passati un potente correlato dei DCA, soprattutto della BN. Mentre per la BN si può dimostrare che il *dieting* precede l'esordio del disturbo, per l'AN il *dieting* può essere con meno facilità separato dall'inizio della sintomatologia del disturbo.

Sin dagli anni '80 del secolo scorso due linee di evidenza hanno permesso di legare studi trasversali al *dieting*: (a) le descrizioni cliniche dei fattori associati con l'esordio delle sindromi in campioni di pazienti che stavano ricevendo trattamento e (b) studi di laboratorio (anche su animali) che valutavano l'effetto di una restrizione nell'assunzione di cibo. Per questo secondo punto, lo studio di Keys del 1950⁵ rappresenta una pietra miliare nello studio dei cambiamenti psicologici e comportamentali legati alla restrizione alimentare.

L'adozione di una dieta vegetariana sembra associarsi a un aumentato rischio di comportamenti bulimici e la presenza di comportamenti vegetariani pregressi sembra essere associato a un aumentato rischio di comportamenti non salutari di controlli del peso (Robinson-O'Brien *et al.*, 2009)

La già citata revisione di Stice (Stice *et al.*, 2010) che si è focalizzata in particolare sul ruolo del *dieting* in adolescenza, sottolinea come il nesso causale fra *dieting* e DCA sia difficile da individuare, soprattutto in relazione al fatto che quasi la metà delle adolescenti si sottopone a delle diete e solo una minima parte di esse sviluppa un DCA. Inoltre il lavoro di revisione in oggetto mette in evidenza come le scale autoriferite con cui si misurano il *dieting* e la sua intensità non paiono dare risultati sovrapponibili rispetto a valutazioni oggettive dei regimi dietetici. Tuttavia anche da questa revisione si ha conferma del fatto che le adolescenti che si mettono a dieta hanno maggiore probabilità di sviluppare i sintomi bulimici, la BN e l'AN e che le adolescenti che si sottopongono a diete particolarmente restrittive risultano a rischio per qualsiasi DCA. Interessante il tentativo di Isomaa e colleghi (Isomaa *et al.*, 2010) che ha cercato di indagare le motivazioni che stanno alla base del *dieting* per individuare un possibile *cluster* di soggetti maggiormente a rischio all'interno di quelli che si sottopongono a delle diete. I soggetti che si mettono a dieta per la presenza di disturbi emotivi o perché si sentono grassi e attribuiscono a questo un valore negativo, presentano maggior rischio di sviluppare un DCA, rispetto a quelli che si mettono a dieta per l'eccesso di peso o per migliorare l'immagine corporea.

⁵ Keys A. *et al.* *The Biology of Human Starvation*. Minnesota USA: University of Minnesota Press; 1950.

Fattori di rischio familiari

Interazione familiare, funzionamento familiare e stili di attaccamento

Gli studi longitudinali non dimostrano che uno stile di interazione familiare problematico rappresenti un elemento di rischio per i DCA. Questo appare essere un importante correlato, ovvero gli studi mettono in evidenza che difficoltà di comunicazione e di gestione dell'emozione all'interno delle famiglie si verificano nel corso dei disturbi e non precedentemente.

Familiarità psichiatrica

Esiste un elevato tasso di disturbi alimentari, disturbi dell'umore e di alcuni disturbi d'ansia (disturbo da attacchi di panico, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo ossessivo compulsivo) nei familiari di pazienti affetti da DCA. Un elevato tasso di familiari con problematiche di abuso di sostanze è presente per la BN. Gli studi inoltre suggeriscono un elevato tasso di fobia sociale, disturbo di ansia generalizzata, disturbo posttraumatico da stress, e disturbi di personalità del *cluster* B nei genitori di pazienti che presentano AN. Negli studi oggetto della revisione sono stati identificati come fattori di rischio variabili anche la depressione, l'ansia e l'iperprotezione paterna (Hautala *et al.*, 2011).

La presenza di queste correlazioni, a causa delle limitazioni degli studi che le hanno indagate, non conduce a evidenze che permettano di stabilire se la familiarità psichiatrica sia realmente un fattore di rischio per i DCA. Al momento può essere classificata come fattore correlato.

Fattori di rischio legati allo sviluppo

BMI e altre variabili correlate al peso

Una anamnesi positiva per obesità infantile è un fattore fortemente associato a BN e DAI in studi trasversali (Pratt *et al.*, 2009). Le variabili legate al peso sono state studiate anche in studi longitudinali che hanno portato a risultati contrastanti. Non vi è attualmente chiarezza rispetto a questo potenziale fattore di rischio.

Problemi di alimentazione dell'infanzia

Uno studio longitudinale (Stice *et al.*, 2011a) ha stabilito una correlazione fra pica, problemi della digestione dell'infanzia e sintomi bulimici e BN. Problemi della digestione e tendenza ad alimentarsi "spelluzzicando" sono stati collegati anche a disturbi alimentari restrittivi e ad AN. Un secondo studio longitudinale ha messo in relazione la presenza di comportamenti disturbati e tensioni relazionali attorno al cibo come predittore di AN (Stice *et al.*, 2011a). Picacismo, problemi nella digestione, tendenza a digiuno e a disinteresse nei confronti dell'alimentazione non risultavano correlati a nessun DCA. Per questo i fattori esaminati sono classificabili come fattori di rischio variabili di cui non conosciamo però la potenza e la specificità.

Fattori di rischio traumatici

Abuso sessuale

Gli studi che hanno indagato questo fattore sono essenzialmente studi trasversali che hanno indagato retrospettivamente la presenza di abuso sessuale in infanzia. Questi studi indicano

comunque una associazione significativa fra abuso sessuale e AN e BN, non fra abuso e DAI. È presente un solo studio longitudinale che sostanzialmente conferma questi dati (Hautala *et al.*, 2011).

È stata anche trovata un'associazione tra abusi sessuali, fisici, psicologici e mancanza di cura riferiti, e comparsa di comportamenti bulimici ed eliminativi (Jaite *et al.*, 2012).

Altri eventi traumatici

I soggetti con esperienze traumatiche e che hanno sperimentato eventi della vita avversi hanno maggiore probabilità rispetto agli altri di sviluppare un DCA, anche se questi rappresentano un fattore aspecifico, in quanto questa è un'affermazione valida per la patologia psichiatrica in generale.

Fattori di rischio psicologici e comportamentali

Disturbi psichiatrici

Per diversi anni si è cercato di collocare i DCA all'interno di macrocategorie diagnostiche per l'alta comorbidità con altri disturbi psichiatrici: disturbi dell'umore (con tutte le forme), disturbo ossessivo compulsivo (forme restrittive), disturbi da discontrollo degli impulsi (forme con abbuffate/condotte di eliminazione), disturbi da abuso di sostanze (forme con abbuffate/condotte di eliminazione), disturbi di personalità del *cluster* B (soprattutto le forme con abbuffate/condotte di eliminazione) e del *cluster* C (forme restrittive). Questi dati suggeriscono di indagare la patologia psichiatrica individuale come possibile fattore di rischio per l'instaurarsi dei DCA. Gli studi longitudinali confermano che il soffrire di un disturbo psichiatrico è un fattore di rischio variabile aspecifico per i DCA.

Nello studio di Hautala (Hautala *et al.*, 2011), in linea con precedenti studi prospettici, si evidenzia come la depressione nella media adolescenza e i disturbi d'ansia siano fattori di rischio variabili che assumono un ruolo significativo nel condizionare l'esordio o il persistere di sintomi di disturbo alimentare; soprattutto la depressione è predittore della persistenza sintomatologica. I dati suggeriscono che le azioni preventive dovrebbero concentrarsi sui disturbi depressivi ed essere attuate prima dell'adolescenza.

Scarsa autostima

Sulla base degli studi longitudinali a disposizione sembra esserci una leggera superiorità degli studi che confermano che una valutazione negativa di sé, la scarsa autostima, o un senso di scarsa autoefficacia precedono l'esordio di un DCA. La scarsa autostima può essere descritta come fattore di rischio variabile la cui specificità resta da definire, anche se non pare essere un fattore specifico per lo sviluppo dei DCA rispetto ad altre patologie psichiatriche.

Perfezionismo

In mancanza di studi longitudinali che abbiano dimostrato che il perfezionismo è un fattore di rischio potenziale per i DCA, gli studi a disposizione ci permettono soltanto di definirlo come correlato di AN e BN.

Fattori di rischio biologici

Fattori genetici

Per quanto riguarda il ruolo dei fattori di rischio genetici nello sviluppo dei DCA, definibili per il momento come marcatori fissi, solo una meta-analisi è stata inclusa nella revisione sistematica (Calati *et al.*, 2011). Lo studio, che ha valutato il ruolo del polimorfismo del gene che codifica il trasporto della serotonina (5-HTTLPR), ha evidenziato pur con risultati eterogenei, che l'allele S, rispetto all'allele L, sembra essere un marcatore per l'AN, ma non per la BN e il DAI. Gli autori dello studio, commentando i loro risultati, speculano che il polimorfismo rilevato e l'alta variabilità dei risultati ottenuti dipendano dall'eterogeneità dei fenotipi dei DCA e auspicano che i futuri studi di genetica molecolare, per ottenere una maggiore omogeneità dei fenotipi, si focalizzino su diagnosi dimensionali e non solo categoriali. Purtroppo, allo stato attuale, anche se gli studi familiari e sui gemelli non inclusi nella presente revisione sembrano indicare la presenza di una predisposizione genetica (Stice *et al.*, 2011a), non ci sono dati conclusivi sui fattori di rischio genetici e non sono stati ancora evidenziati genotipi che aumentino in modo chiaro il rischio di sviluppare i disturbi dell'alimentazione.

Dati preliminari di una revisione non inclusa per la presenza di difetti metodologici, suggeriscono che lo sviluppo e il mantenimento dei DCA possa essere causato dall'interazione gene-ambiente che altera l'espressione genetica attraverso processi epigenetici (Hautala *et al.*, 2011). L'esposizione a un'alimentazione scadente, a un ambiente obesogeno o a stress può causare modificazioni epigenetiche che hanno effetti trascrizionali e fenotipici che potrebbero aumentare il rischio a lungo termine di sviluppare i disturbi dell'alimentazione.

Fattori protettivi

La revisione non ha incluso studi sui fattori protettivi di sviluppo dei DCA. Dal già citato studio di Hautala *et al.* (2011) emergono elementi importanti rispetto al ruolo protettivo delle famiglie. In generale, relazioni genitoriali positive prevengono la ricorrenza o l'insorgenza dei DCA nella tarda adolescenza e favoriscono la remissione nelle forme ad esordio precoce.

Lo stesso studio mette in evidenza come anche il rapporto padre-figlia svolga un ruolo importante rispetto ai DCA in questa fascia d'età; maggiore sostegno emotivo paterno nel favorire autonomia e indipendenza appaiono essere fattori protettivi.

È necessario ricordare che lo studio dei fattori protettivi necessiterebbe l'acquisizione di un punto di vista maggiormente inclusivo, allargando l'ottica dai DCA ai disturbi psichiatrici in generale, integrando l'indagine con una riflessione sui determinanti di salute.

Dati provenienti dai programmi di prevenzione

Una conferma del ruolo potenzialmente causale di alcuni fattori di rischio evidenziati dagli studi longitudinali deriva dall'efficacia degli interventi di prevenzione selettiva che hanno incluso adolescenti con elevati livelli di interiorizzazione dell'ideale di magrezza, insoddisfazione corporea e stati emotivi negativi. Tali interventi hanno ottenuto effetti maggiori rispetto ai programmi di prevenzione universale eseguiti su popolazioni non selezionate. Queste ricerche non hanno però confermato il ruolo della restrizione alimentare nell'insorgenza di DCA in quanto l'indicazione di utilizzare in modo moderato la restrizione dietetica si associa a un decremento della patologia alimentare e non a un suo aumento (Stice *et al.*, 2008).

Modelli di sviluppo dei DCA

Non vi sono studi prospettici che integrino i fattori di rischio presentati in questa rassegna in modelli eziologici che spieghino lo svilupparsi dei DCA e in che tipo di relazione reciproca e quali interazioni intervengano fra i fattori di rischio. Lo studio di Stice *et al.* (2011a) opera un primo tentativo di individuare dei “percorsi” di rischio. I risultati sono del tutto preliminari per i limiti metodologici dello studio per cui necessitano di replicazione in più ampi campioni. Nei risultati si evidenzia come l’insoddisfazione per le forme corporee, anche se è il fattore maggiormente presente fra chi sviluppa un DCA, non è costantemente presente fra coloro che sviluppano un DCA. In alcuni casi, infatti, pare che l’interazione fra insoddisfazione per il corpo e sintomatologia depressiva sia alla base di un DCA, mentre altre volte questo si sviluppa in assenza di un’iniziale insoddisfazione per le forme corporee, ma a partire da diete restrittive. La ricerca futura dovrà operare in questo senso per individuare “percorsi” di rischio per una piena comprensione eziologica, per ridisegnare i criteri diagnostici e per definire sia i contenuti sia la popolazione beneficiaria dei programmi di prevenzione.

Quesito 2.2.

Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione universale dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

Raccomandazioni

– *Per la ricerca*

Gli approcci basati sulla dissonanza cognitiva e sull’alfabetizzazione mediatica hanno fornito risultati promettenti nel ridurre i fattori di rischio variabili quali l’interiorizzazione dell’ideale di magrezza e l’insoddisfazione per le forme corporee. È necessario che la ricerca approfondisca questo campo di indagine comprendendo a fondo il ruolo dei moderatori (età, sesso, tipo di intervento, professionalità e formazione degli operatori coinvolti).

La grande sfida della ricerca futura sarà quella di costruire modelli di prevenzione integrati per DCA e obesità attraverso l’individuazione di fattori di rischio comuni.

Sono necessarie ricerche che valutino l’efficacia di interventi volti a potenziare le life skills e i fattori protettivi.

– *Per i programmi di prevenzione universale*

Gli interventi di prevenzione universale si devono orientare su modelli che comprendano l’approccio basato sulla dissonanza cognitiva e alfabetizzazione mediatica.

Gli interventi di prevenzione universale devono prevedere un programma integrato per DCA e obesità e devono coinvolgere i familiari e le figure educative presenti in ambito scolastico, sportivo e associazionistico, anche attraverso l’utilizzo di internet o materiale multimediale.

Si sottolinea l’importanza di azioni integrate e non sporadiche con il coinvolgimento del contesto scolastico e in sinergia con le istituzioni.

Motivazioni

La revisione della letteratura operata dagli autori della Cochrane (Pratt & Woolfenden, 2009) non ha incluso studi in cui non vi fosse un gruppo di controllo e che non avevano fatto uso di randomizzazione per l'assegnazione dei partecipanti alla condizione di trattamento. Fra gli studi inclusi vengono sottolineati alcuni limiti come la breve durata dei follow-up, le dimensioni dei campioni inadeguate per raggiungere un affidabile potenza statistica, l'assenza del calcolo degli *effect size*, la raccolta di dati affidata a questionari di auto somministrazione, che possono tendere a non inquadrare bene gli elementi psicopatologici a causa di possibili tendenze a sovrastimare o a negare i propri sintomi da parte dei compilatori. Infine, tra le misure di *outcome* non sempre compare l'incidenza dei DCA. Gli autori della revisione concludono che non vi sono evidenze relative all'efficacia di interventi preventivi universali per i DCA.

Tuttavia, negli ultimi anni, alcuni studi hanno prodotto risultati significativi. In particolare, due tra gli studi selezionati (Yager & O'Dea, 2008; Stice *et al.*, 2011b) suggeriscono di considerare come elementi di maggiore efficacia per la costruzione di strategie preventive future, l'assunzione di un approccio basato sulla dissonanza cognitiva e sul miglioramento dell'alfabetizzazione mediatica.

Gli approcci basati sulla dissonanza cognitiva si fondano sulla teoria di Festinger⁶, secondo la quale quando è presente una incoerenza o una dissonanza tra le credenze e i comportamenti individuali, il risultante disagio psicologico può motivare l'individuo a modificare le sue attitudini e i suoi comportamenti in senso adattivo (questo approccio ha avuto successo per gli interventi di prevenzione per il fumo di sigaretta e per l'utilizzo di preservativi). Il farsi promotore e attivamente sostenere il cambiamento (*advocacy*), agisce come fattore anche quando isolato.

Nel campo dei DCA, gli interventi di promozione della salute mirati a ridurre fattori di rischio variabili, come l'interiorizzazione dell'ideale della magrezza, l'insoddisfazione per la propria immagine corporea, gli affetti negativi e i comportamenti alimentari disordinati o di *dieting*, realizzati con l'approccio della dissonanza cognitiva, hanno riscontrato successi significativi. In particolare lo studio di Stice *et al.* (2011b) è volto a valutare l'efficacia nella pratica degli studi sperimentali che si sono mostrati efficaci su popolazioni di studentesse della scuola superiore e del college, con preoccupazioni per le proprie forme corporee, come il ricorso a interventi basati sulla dissonanza cognitiva risulti efficace nel contrastare i fattori di rischio, l'instaurarsi di sintomi di disturbo alimentare e l'esordio di malattia. Lo studio, che ha previsto un gruppo di controllo, la randomizzazione per l'assegnazione dei partecipanti alla condizione di trattamento e un follow-up a tre anni, mette in evidenza una riduzione dell'insoddisfazione per le forme corporee a due anni di follow-up, e dei sintomi di disturbo alimentare a tre anni, significativa rispetto al gruppo di controllo. Più marginali invece i risultati in merito ad altri fattori di rischio, rischio di esordio di malattia, o valutazione di *outcome* come il BMI. Questi risultati sottolineano come anche follow-up a lungo termine mostrino risultati incoraggianti relativamente agli interventi fondati sulla dissonanza cognitiva, anche se meno significativi rispetto ai precedenti studi di efficacia.

La letteratura evidenzia come accanto a questi, anche gli interventi mirati a sviluppare l'alfabetizzazione mediatica, fondati sul principio che la promozione di una capacità critica rispetto ai media ne riducano la credibilità e l'influenza persuasiva, hanno mostrato

⁶ Festinger L. *Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.

nell'ambito del DCA in infanzia (Stice *et al.*, 2011a, Pratt & Woolfenden, 2009) e adolescenza (Pratt & Woolfenden, 2009) risultati promettenti sull'immagine corporea e sull'internalizzazione dell'ideale di magrezza, ma non sui comportamenti disfunzionali (Yager & O'Dea, 2008). Questi risultati appaiono ulteriormente potenziati dall'assunzione dell'approccio della dissonanza cognitiva (Stice *et al.*, 2011b).

I programmi di prevenzione universale basati sull'educare i partecipanti a difendersi dai messaggi dei media producono una riduzione dell'adesione agli ideali sociali dell'aspetto fisico e della loro interiorizzazione a 3 e 6 mesi di follow-up (Pratt & Woolfenden, 2009). C'è però un'insufficiente evidenza per concludere che determinino un significativo e duraturo impatto sulla consapevolezza degli standard sociali sull'aspetto fisico. C'è evidenza che gli interventi di prevenzione universali eseguiti nella scuola producano un miglioramento delle conoscenze e delle attitudini nel gruppo dei soggetti ad alto rischio (es. con menarca precoce, sovrappeso e che hanno interiorizzato l'ideale sociale di magrezza) (Raich *et al.*, 2010).

Gli studi esaminati evidenziano comunque che gli interventi di promozione della salute per i DCA dell'infanzia e dell'adolescenza dovrebbero avere come obiettivo il potenziamento delle competenze di vita personali e sociali (*life skills*), in particolare dell'autostima e dell'autoefficacia, da cui derivano una riduzione dell'insoddisfazione per il proprio corpo, dei comportamenti alimentari disordinati e di *dieting* (Pratt & Woolfenden, 2009).

Un'ulteriore criticità è rappresentata dal rapporto tra DCA e obesità. I programmi preventivi per i DCA e l'obesità tendono spesso a dare indicazioni incongrue tra loro, così che messaggi e interventi diretti a contrastare una patologia rischiano di favorire l'altra, come quelli riguardanti il controllo del peso e delle calorie ingerite o l'insoddisfazione corporea (Austin *et al.*, 2007). La ricerca è dunque volta a strutturare un approccio integrato alla prevenzione dello spettro dei disturbi peso-correlati (Austin *et al.*, 2007), che dovrebbe favorire comportamenti sani di regolazione del peso, una alimentazione adeguata e una attività fisica regolare. Per sviluppare interventi preventivi di questo tipo è essenziale individuare fattori di rischio comuni come i comportamenti alimentari di *dieting*, l'esposizione ai media, l'insoddisfazione corporea. Interventi diffusi tramite materiale multimediale, basati sulla gestione salutare del peso (si veda quesito 3), sono risultati promettenti nel prevenire DCA e obesità.

Un programma integrato per DCA e obesità sembrerebbe inoltre essere più efficace quando è rivolto a soggetti appartenenti a categorie a rischio e coinvolge i genitori, anche attraverso l'utilizzo di internet o materiale multimediale. Uno dei principali motivi per pensare a una prevenzione comune a DCA e obesità è rappresentato dall'abbandono di un modello medico orientato verso il problema a favore di un modello integrato orientato verso il benessere, che abbia come obiettivo quello di sviluppare comportamenti salutari invece che ridurre comportamenti patologici (Austin *et al.*, 2007).

I dati preliminari provenienti da uno studio di prevenzione universale dell'obesità nella scuola effettuato su giovani adolescenti hanno dimostrato un effetto significativamente positivo nel determinare una riduzione dell'insorgenza di nuovi comportamenti non salutari di controllo del peso come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o di farmaci dimagranti (Austin *et al.*, 2007). Questi risultati, se confermati, indicano la potenziale efficacia di ideare programmi di prevenzione universali sia per i disturbi dell'alimentazione sia per l'obesità, come suggerito nella premessa.

Oltre a ciò, alcuni autori sottolineano la necessità di sviluppare programmi preventivi integrati rivolti ai fattori di rischio comuni allo sviluppo non solo di obesità e DCA, ma anche di una serie di patologie psichiatriche indicative di profondo disagio e che hanno in

comune la difficile gestione degli impulsi (abuso di alcol e sostanze, depressione e rischio suicidario, gioco d'azzardo patologico).

Da un punto di vista clinico, lo sviluppo di efficaci programmi di prevenzione universale è complicato dalla scarsa conoscenza dei fattori di rischio causali (vedi sopra) e dal fatto che gli interventi possano causare un potenziale danno ai soggetti non a rischio. Fortunatamente, non emergono evidenze di possibili effetti negativi o danno per i partecipanti agli studi universali esaminati (Pratt & Woolfenden, 2009).

Possiamo comunque concludere affermando che nei DCA, dopo tanto tempo in cui non si sono riscontrati programmi efficaci nella prevenzione universale, si comincia a intravedere la strada giusta da percorrere consistente nel favorire uno stato di dissonanza nei confronti dell'ideale estetico proposto dalla società. Inoltre i risultati positivi derivanti dai programmi di intervento mirati a potenziare le *life skills* individuali e sociali, suggeriscono di estendere la ricerca in questo ambito.

Quesito 2.3.

Esistono evidenze di efficacia per la prevenzione selettiva dei DCA (in termini di strategie, strumenti, figure professionali coinvolte)?

Raccomandazioni

– *Per la ricerca*

Migliorare la qualità metodologica degli interventi di provata efficacia sperimentale e testarli in studi che ne valutino l'efficacia nella pratica e che identifichino possibili barriere alla loro disseminazione.

Realizzare replicazioni indipendenti degli studi più promettenti.

Indirizzare la ricerca verso lo sviluppo di interventi che integrino fra loro gli approcci che, a oggi, hanno dimostrato efficacia (dissonanza cognitiva, peso salutare, *student bodies*).

Approfondire la conoscenza dei mediatori di efficacia degli interventi di prevenzione selettiva.

Condurre studi volti a individuare modelli di prevenzione efficaci nella fascia di età pre-adolescenziale.

– *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.

Motivazioni

La revisione sistematica inclusa nel presente lavoro (Pratt & Woolfenden, 2009), ha limitato la propria indagine ai soli studi randomizzati controllati (12 in tutto) e alla popolazione adolescente. Vi è molta eterogeneità nella durata dei follow-up, che non si spingono comunque mai oltre i due anni.

Gli studi hanno valutato interventi diversi fra loro: interventi sulla conoscenza dei disturbi alimentari, sulle attitudini e i comportamenti nei confronti del cibo, sulla capacità critica rispetto ai messaggi mediatici, sull'autostima. Gli autori rimarcano l'assenza di evidenze di efficacia nella pratica (*effectiveness*, per la distinzione fra *efficacy* ed *effectiveness*, si rimanda alla premessa ai quesiti 2 e 3) rispetto agli studi inclusi. Una sola evidenza emerge dal lavoro di meta-analisi: vi è una riduzione dell'influenza del messaggio dei media in interventi tesi a sviluppare capacità critiche in questo senso negli adolescenti (alfabetizzazione mediatica), con una capacità di mettere in discussione l'ideale di magrezza proposto dai media e dalla cultura occidentali. Gli autori rimarcano alcuni aspetti degni di nota: l'importanza di effettuare follow-up più protratti nel tempo, l'impossibilità di determinare una fascia di età maggiormente sensibile ai programmi di prevenzione fra infanzia e adolescenza, l'assenza totale di danni provenienti dagli interventi utilizzati nei diversi studi analizzati.

Abbiamo osservato come il "corpus" degli studi sulla prevenzione relativi all'ultimo quarto di secolo, se considerato globalmente, non porta a conclusioni definitive. Maggiori informazioni possiamo ricavarle quindi dai singoli studi randomizzati e controllati che sono stati condotti negli ultimi anni.

Stice *et al.* (2007, 2008), con un consistente follow-up di tre anni, hanno stabilito l'efficacia nella pratica di due tipi di intervento: quello di dissonanza cognitiva e quello di gestione salutare del peso. Il primo è stato ampiamente descritto nella risposta al quesito 2. L'intervento di gestione salutare del peso venne per la prima volta introdotto come intervento di controllo in uno studio di Stice che si proponeva di indagare l'efficacia della dissonanza cognitiva, ed emerse che anche questo era efficace nel ridurre l'incidenza sia dei sintomi dei DCA, sia dell'obesità (Stice *et al.*, 2011b). Ciò che differenzia questo tipo di intervento da approcci più puramente psicoeducazionali è che si mira a raggiungere e mantenere un peso di salute con piccoli e gradualmente cambiamenti nella dieta e nell'esercizio fisico. Il programma poi include la presentazione di alcuni elementi di metodologia di intervento psicologico, così come il colloquio motivazionale e l'impegno condiviso per il cambiamento. È un breve intervento di quattro incontri, che può essere portato avanti sia da specialisti sia da operatori più prossimi ai beneficiari (insegnanti, coetanei esperti, ecc.). Mediatori nella riduzione del rischio per lo sviluppo dei DCA sono la stessa attività fisica e il mantenimento di un peso salutare, che portano allo sviluppo di un'immagine positiva di sé e a un rafforzamento dell'autostima.

Nello studio di Stice *et al.* (2008), i partecipanti assegnati all'intervento di dissonanza cognitiva e all'intervento di gestione salutare del peso hanno ottenuto una diminuzione dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, dell'insoddisfazione corporea, degli stati d'animo negativi, dei sintomi dei disturbi dell'alimentazione e degli aspetti disadattivi nel funzionamento psicosociale, significativamente maggiore rispetto ai partecipanti assegnati all'intervento di controllo. Lo studio ha anche osservato un reale effetto di prevenzione del rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione. In particolare, i partecipanti assegnati all'intervento basato sulla dissonanza cognitiva hanno ottenuto una riduzione del 60% nel rischio d'insorgenza di disturbi dell'alimentazione, mentre i partecipanti assegnati all'intervento di gestione salutare del peso hanno ottenuto una riduzione del 61% dell'insorgenza di disturbi dell'alimentazione e una riduzione del 55% del rischio d'insorgenza di obesità rispetto ai controlli durante il periodo di 3 anni di follow-up.

Un intervento sulla gestione salutare del peso, mirato ad affrontare sia i sintomi del disturbo dell'alimentazione sia l'aumento di peso nelle giovani donne con forte preoccupazione per il peso e le forme corporee, è stato valutato da Stice con risultati promettenti (Stice *et al.*, 2012). L'intervento ha mostrato una significativa riduzione dell'insoddisfazione per l'immagine corporea, dei sintomi del disturbo dell'alimentazione, un maggiore incremento dei livelli di attività fisica e una riduzione significativa dell'indice di massa corporea e della restrizione dietetica auto riferita a sei mesi di follow-up. Questo studio conferma, anche per i programmi di prevenzione selettiva, la possibilità di ottenere effetti contemporaneamente positivi sia sullo sviluppo dei sintomi del disturbo dell'alimentazione sia sull'incremento ponderale, tracciando una linea di convergenza fra gli interventi per la prevenzione di DCA e obesità.

La disponibilità del manuale italiano di programmi basati sulla dissonanza cognitiva e sulla gestione salutare del peso (Stice & Presnell, 2011) offre l'opportunità di implementare e di valutare gli effetti di questi interventi di prevenzione selettiva anche nella popolazione italiana.

Una modalità potenzialmente utile, con qualche evidenza di efficacia, anche se esclusivamente a breve termine, nel ridurre l'insoddisfazione corporea e alcuni sintomi dei disturbi dell'alimentazione, è la somministrazione di programmi di prevenzione selettiva tramite internet (Jacobi *et al.*, 2007; Paxton *et al.*, 2007). Questo tipo di intervento, sebbene sia associato a un elevato tasso di abbandono, sembra essere promettente per l'acquisizione di capacità nel fronteggiare l'impulsività legata alle abbuffate e per il mantenimento di un peso salutare negli adolescenti (Jones *et al.*, 2008). Il prototipo di questo tipo di intervento, chiamato *Student Bodies*, è stato ideato da Winzelberg alla Stanford University negli anni '90 e consiste di un programma di prevenzione della durata di 8 settimane basato su interventi di tipo cognitivo-comportamentale tesi a diminuire l'insoddisfazione per le forme corporee. L'intervento prevede che si diano informazioni sui DCA, indicazioni sulla gestione salutare del peso, sulla nutrizione, e include un supporto non strutturato via e-mail che permette ai partecipanti di condividere le reazioni emotive all'intervento. Il programma prevede anche lo sviluppo di alcune competenze tese a potenziare i fattori protettivi per la salute mentale.

Il già citato studio di Stice *et al.* (2011b) sulla validità della prevenzione selettiva basata su interventi di dissonanza cognitiva riporta risultati incoraggianti, tuttavia gli autori sottolineano il fatto che gli studi di efficacia sperimentale (*efficacy*) avevano ottenuto risultati migliori in termini di *effect size* rispetto agli studi di efficacia nella pratica (*effectiveness*) ($r:0,25$ vs $r:0,17$). Gli autori ribadiscono quindi l'importanza della selezione, della formazione e della supervisione degli operatori della prevenzione, da cui dipende la validità dei programmi. Gli autori ricordano come la popolazione beneficiaria degli interventi selettivi sia difficile da selezionare in quanto l'adesione ai programmi su base volontaria (metodo maggiormente utilizzato negli studi presenti in letteratura) può non riuscire a raggiungere tutti i giovani a rischio per un DCA sia per aspetti di difficoltà internalizzate sia perché alcuni di loro potrebbero non avere fiducia nell'intervento. Infine gli autori sottolineano la grande importanza di elaborare strategie per la diffusione su larga scala dei programmi di prevenzione.

Nelle conclusioni relative al follow-up a lungo termine dello stesso studio, Stice *et al.* (2011b) sottolineano alcuni ulteriori aspetti: il rapporto costo/efficacia dei programmi preventivi suggerisce di puntare preferibilmente sull'implementazione degli interventi di prevenzione selettiva mirata all'identificazione precoce dei soggetti a rischio e alla facilitazione della richiesta d'aiuto migliorando le procedure di invio; il fatto che gli interventi di prevenzione selettiva basati sulla dissonanza siano stati raffinati nel corso degli ultimi anni e abbiano mostrato una maggiore efficacia nella popolazione in cui sono stati condotti (studenti universitari), è di stimolo per affrontare nuovi studi in popolazioni di minore età in cui precedentemente questo approccio non si era mostrato altrettanto efficace (adolescenti della scuola secondaria). Infatti, un limite degli studi basati sulla dissonanza cognitiva pare essere quello di una minore efficacia degli interventi descritti in soggetti di età inferiore ai 15 anni.

Tuttavia, è importante comprendere che ciò deve essere di stimolo per una ricerca tesa a sviluppare strategie efficaci anche per una fascia di età, quella della prima adolescenza, in cui è crescente l'incidenza dei DCA.

In conclusione, possiamo affermare che nell'ambito della prevenzione selettiva vi sono emergenti evidenze di efficacia. È opportuno specificare in questa sede alcuni punti: non abbiamo dati di ricerca che spieghino i motivi di una maggiore efficacia degli interventi di prevenzione selettiva rispetto a quelli di prevenzione universale pur utilizzando analoghe modalità di intervento (ad esempio interventi sulla dissonanza cognitiva). Anche se si tratta di ipotesi speculative e non sorrette da evidenze, molti studi evidenziano la maggiore sensibilità in popolazioni che presentano già segnali di disagio; inoltre il reclutamento su base volontaria può fare sì che i beneficiari della prevenzione selettiva siano maggiormente motivati dei beneficiari di altri interventi di prevenzione. È importante sottolineare in questa sede che il fatto che vi siano delle differenze nell'efficacia della prevenzione selettiva rispetto alla prevenzione universale non significa che la prevenzione universale non sia efficace né che le si debba a priori preferire la prima.

Alcune limitazioni degli studi effettuati fino a oggi (si veda la premessa ai quesiti), richiedono che si sviluppino ulteriori studi perché si possano comprendere meglio l'efficacia delle prevenzione selettiva e il ruolo dei moderatori (età, strumenti utilizzati, ambiente, professionalità e formazione degli operatori che erogano gli interventi, ecc.).

Bibliografia

- Ahren JC, Chiesa F, Af Klinteberg B, Koupil I. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa - results from the Stockholm Birth Cohort Study. *Int J Eat Disord* 2012;45(3):362-9.
- Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(9):865-9.
- Calati R, De Ronchi D, Bellini M, Serretti A. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: a meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2011;44(3):191-9.
- Hautala L, Helenius H, Karukivi M, Maunula AM, Nieminen J, Aromaa M. The role of gender, affectivity and parenting in the course of disordered eating: a 4-year prospective case-control study among adolescents. *Int J Nurs Stud* 2011;48(8):959-72.
- Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkqvist K. Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(4):296-303.
- Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, Taylor CB. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. *Int J of Eat Disord* 2007;40(2):114-9.
- Jaite C, Schneider N, Hilbert A, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H. Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology* 2012;45(1):61-6.
- Jones M, Luce KH, Osborne MI, Taylor K, Cunnig D, Doyle AC, Wilfley DE, Taylor CB. Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics* 2008;121(3):453-62.
- Paxton SJ, McLean SA, Gollings EK, Faulkner C, Wertheim EH. Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: an RCT. *Int J Eat Disord* 2007;40(8):692-704.
- Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescent.

- Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002891 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
- Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res* 2008;159(1-2):86-94.
- Raich RM, Portell M, Peláez-Fernández MA. Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: is it more effective in girls at risk? *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(1):49-57.
- Robinson-O'Brien R, Perry CL, Wall MM, Story M, Neumark-Sztainer D. Adolescent and young adult vegetarianism: better dietary intake and weight outcomes but increased risk of disordered eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 2009;109(4):648-55.
- Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther* 2011a;49(10):622-7
- Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(2):329-40.
- Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(4):518-25.
- Stice E, Presnell K, Gau J, Shaw H. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(1):20-32.
- Stice E, Presnell K. *Progetto corpo. Promuovere l'accettazione del corpo e prevenire i disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press; 2011.
- Stice E, Rhode P, Shaw H, Gau J. An effectiveness trial of a select dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: long-term effects. *J Consult Clin Psychol* 2011b;79(4):500-8
- Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(1):164-70.
- Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promot Int* 2008;23(2):173-89.

Riferimenti bibliografici utilizzati per la premessa

- American Psychiatric Association, *DSM-5 Development*. Disponibile all'indirizzo www.dsm5.org; ultima consultazione 04/02/2013.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Disponibile all'indirizzo: <http://dsm.psychiatryonline.org>; ultima consultazione 15/02/2013. Traduzione Italiana *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela*. Milano: Elsevier Srl; 2007.
- Cuzzolaro M. Intervento integrato di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi dell'alimentazione e del peso corporeo in una popolazione scolastica adolescenziale. In: *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009*. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf; ultima consultazione 04/02/2013. p. 137-164.

- Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer CH, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004;130(1):19-65.
- Kraemer HC, Kazdin AE., Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(4):337-43.
- Lask B, Bryant-Waugh R. *Eating Disorders in Childhood and Adolescence* (3th edition). London: Routledge; 2007.
- Todisco P. Il gioco delle scatole cinesi nella prevenzione dei Disturbi Alimentari. In: *Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare"*, Todi, 16-17 ottobre 2009. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf; ultima consultazione 04/02/2013. p. 119-30.
- World Health Organization *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. 2005. Tr It di Fréjaville E, Ciceri F. *Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza*. Collana Dossier dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sinpia.eu/atom/allegato/358.pdf>; ultima consultazione 20/03/2013.
- Egger HL, Fenichel E, Guedeney A, Wise BK. *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo dell'infanzia – DC: 0-3R I Revisione*. Roma: Giovanni Fioriti; 2008.

AREA 3

Modelli organizzativi

Panel giuria Area 3⁷, Gruppo di lavoro esperti Area 3⁸

Risultati ricerca di letteratura

Dalla ricerca effettuata, per i quesiti dell'area 3 sono stati analizzati 95 studi di disegno eterogeneo. Di questi, ne sono stati inclusi 18.

Nella Tabella 4 sono riportati il numero e la tipologia degli studi inclusi per ogni quesito, a seguito della revisione della letteratura condotta.

Tabella 4. Area 3: studi inclusi per tipologia e quesito

Quesito	Studi inclusi	Tipologia
3.1	13	2 Linee Guida 3 Revisioni sistematiche 2 Revisioni Cochrane 5 RCT 1 Studio longitudinale
3.2	5 (+2)	2 Linee Guida (già utilizzate per il quesito 3.1) 1 Revisioni sistematiche 3 RCT 1 Consensus Conference

La lista degli studi esclusi è riportata nell'Appendice A4.

Premessa

Nonostante la discreta qualità degli studi, i campioni considerati risultano sempre poco numerosi e con follow-up brevi, con bassa aderenza dei pazienti a tutte le tipologie di interventi e disomogenei nelle casistiche e nelle modalità di valutazione degli *outcome*, anche a causa della necessità di valutare al contempo caratteristiche somatiche, psicologiche e comportamentali. Gli studi esistenti sono inoltre sempre focalizzati su uno o pochi aspetti del percorso assistenziale e mai sul percorso nella sua interezza, né vengono specificate le funzioni svolte e l'assorbimento di risorse (in termine di ore lavoro/caso) in rapporto alla figura professionale presente.

La maggior parte degli studi analizzati fa riferimento a realtà anglosassoni, che presentano significative differenze rispetto al sistema di servizi esistente in Italia sia in termini di organizzazione complessiva dei servizi che soprattutto di utilizzo del ricovero per il trattamento dei disturbi psichici.

⁷ Antonella Costantino, Paolo De Cristofaro, Pierluigi Tosi, Carmela De Caprio, Mariella Falsini, Antonio Maria Ferro, Giuseppe Maria Rovera, Vito Salvemini.

⁸ Pierandrea Salvo, Ilaria Lega, Concetta De Salvo, Luca Lavagnino, Elisabetta Manca Di Nissa, Rossana Mangiapane, Barbara Masini, Caterina Renna, Patrizia Todisco, Rosa Trabace, Dante Zini.

Ciononostante, molti di essi riguardano il sistema inglese, che può essere considerato a livello europeo uno dei sistemi con le maggiori similitudini con quello italiano, in particolare nell'ambito della salute mentale, e pertanto molti elementi possono essere agevolmente estrapolati o adattati alla realtà organizzativa italiana.

Oltre agli studi, sono state tenute in considerazione evidenze ampiamente consolidate e trasversali che non richiedevano di essere nuovamente dimostrate per il campo specifico dei DCA e provenienti dalle diverse discipline coinvolte nell'intervento. Ciò ha riguardato in particolare l'area nutrizionale, internistica e l'intervento in preadolescenza e adolescenza.

Preadolescenti e adolescenti presentano infatti caratteristiche specifiche che li differenziano dagli adulti dal punto di vista dei compiti evolutivi, delle componenti biologiche, delle interrelazioni con la famiglia e il contesto di vita, degli aspetti giuridici ed etici, e conseguentemente richiedono interventi e modelli di servizi che siano specifici per età oltre che per tipologia di disturbo (Convenzione ONU 1989, *Royal College of Psychiatrists* 2005, WHO 2005). Negli studi selezionati, pochi erano specificamente indirizzati a questa fascia di età ed evidenziavano come i trattamenti efficaci avessero componenti differenti rispetto a quelli per l'età adulta.

Quesito 3.1.

Qual è il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo ottimale per le persone con DCA in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi? Quali sono le figure professionali coinvolte?

Raccomandazioni

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 socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico DCA dal quale il paziente è affetto, del diverso decorso, della gravità e complessità del quadro clinico e delle diverse fasi del percorso. Deve essere basato sulle migliori evidenze disponibili, che allo stato attuale sono quelle dettagliate nel documento di consenso.

Il percorso deve inoltre garantire:

- il coinvolgimento attivo degli utenti e/o dei familiari
- la gestione specifica per età e per disturbo, sia dal punto di vista psicoterapeutico, psichiatrico o neuropsichiatrico infantile che internistico, pediatrico e nutrizionale
- la presenza di personale con formazione ed esperienza specifica sui DCA
- il trattamento delle eventuali comorbidità e delle conseguenze generali del disturbo, in raccordo con personale formato sui DCA.

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; possono essere variamente rappresentati in fasi specifiche del percorso altri specialisti (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc.), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali, ecc.

Motivazioni

Gli studi analizzati evidenziano che:

- diverse sono le componenti presenti nei DCA: psichiatrica, psicologica, nutrizionale, internistica.
- ognuna delle suddette componenti può variare nei diversi disturbi e nel corso del disturbo.

Pertanto, sia nell'ambito della valutazione che dell'intervento terapeutico, esse devono essere sempre adeguatamente considerate e monitorate.

Sia gli studi che la discussione pubblica e il confronto tra esperti evidenziano inoltre che:

- la bassa aderenza dei pazienti ai trattamenti è un problema molto frequente
- l'informazione agli utenti e/o ai familiari e il loro coinvolgimento attivo sono un elemento importante dell'aderenza e della cura
- diagnosi e trattamento richiedono esperienza e formazione specifica sui diversi DCA
- le evidenze relative al trattamento di preadolescenti e adolescenti differiscono da quelle degli adulti.

Di seguito si riportano i dettagli delle evidenze scientifiche.

Diagnosi e fasi iniziali del trattamento

La valutazione diagnostica delle persone con DCA deve comprendere l'esame delle condizioni di salute fisica e nutrizionale, dei bisogni psicologici, comportamentali, familiari e sociali (NICE 2004 grado C).

Il primo passo per la diagnosi di DCA è l'attenta valutazione della storia clinica del paziente, dei sintomi, dei comportamenti e dello stato mentale. Per quanto riguarda lo stato mentale, è importante valutare attentamente elementi di rischio quali l'ideazione suicidaria e l'eventuale presenza di comportamenti autolesivi (APA 2006 livello I, NICE 2004 grado C). Una valutazione completa richiede tempo e prevede, oltre a un'accurata anamnesi fisiologica, familiare e psicopatologica, la valutazione della storia del peso del paziente; dei comportamenti in relazione alla restrizione alimentare, le abbuffate, l'esercizio fisico, lo stile di vita e i loro cambiamenti; delle condotte di eliminazione o altri comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, uso di lassativi e/o diuretici, iperattività fisica); delle convinzioni di base rispetto a peso, forma fisica, cibo; delle condizioni psichiatriche associate e dei disturbi da abuso di sostanze; di eventuali disturbi del ciclo mestruale; della storia familiare relativamente ai DCA e all'obesità; delle interazioni familiari, anche relativamente al disturbo del paziente (APA 2006 livello I); della motivazione e del supporto sociale (NICE 2004 grado C). Data la frequenza con cui i pazienti affetti da DCA accedono a servizi psichiatrici, internistici o nutrizionali portando sintomi aspecifici, appare fondamentale che in tali pazienti la raccolta della storia clinica includa sempre elementi che possono consentire di individuare un DCA. Benché le evidenze non siano definitive, gli esperti concordano nel ritenere che particolare attenzione vada prestata al rischio di DCA in pazienti soggetti a diete particolari per motivi di salute (diabete, malattie metaboliche, fibrosi cistica, morbo di Chron, ecc.).

Il percorso diagnostico richiede inoltre un accurato esame obiettivo volto a evidenziare o escludere condizioni patologiche associate e/o complicanze, e una approfondita valutazione dello stato nutrizionale.

Le persone con DCA devono essere valutate e ricevere un trattamento appena possibile, prima di raggiungere condizioni fisiche preoccupanti; il monitoraggio ravvicinato e il trattamento di pazienti gravemente sottopeso o nei quali si evidenzia una diminuzione rapida del peso deve essere una priorità (NICE 2004 grado C).

La riabilitazione nutrizionale è indicata per tutti i livelli del trattamento e vanno monitorati parametri specifici (APA 2006 livello I).

Il rischio legato alle condizioni fisiche e allo stato mentale delle persone con DCA può cambiare nel tempo, è quindi necessario che il percorso di cura preveda fin dalle sue fasi iniziali la possibilità di monitorare questi aspetti con continuità (NICE 2004 grado C).

Il personale sanitario che si occupa di persone con DCA deve tenere presente che molti pazienti sono ambivalenti rispetto alle cure e che vi sono barriere culturali, ambientali ecc. all'accesso e deve pertanto mettere in campo attenzioni mirate su questi fronti (NICE 2004 grado C; Hart *et al.*, 2011). È inoltre opportuno che siano effettuati audit periodici dei *drop-out* e dei pazienti che rifiutano le cure (discussione pubblica e consenso degli esperti).

Quando si valutano adolescenti con DCA è essenziale coinvolgere sia i pazienti che i genitori e il contesto di vita (APA 2006 livello I); per gli adulti il coinvolgimento della famiglia deve essere considerato caso per caso (APA 2006 livello I).

I pazienti, e ove necessario o opportuno i familiari, devono essere adeguatamente informati sulla natura e il decorso del disturbo del quale sono affetti (NICE 2004 grado C, APA 2006 livello I); i familiari devono essere informati anche dell'esistenza dei gruppi di auto-aiuto e di supporto se questi gruppi sono disponibili sul territorio (NICE 2004 grado C).

Il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia devono avere un ruolo importante sia nella prima valutazione clinica e nell'invio ai servizi specialistici che nel monitoraggio nel tempo delle condizioni generali (NICE 2004 grado C). È necessario formulare un accordo chiaro fra i clinici coinvolti su chi ha la responsabilità di monitorare i diversi aspetti della cura del paziente nel tempo (NICE 2004 grado C). Tale accordo dovrebbe possibilmente essere in forma scritta, condiviso in modo partecipato con il paziente e, ove appropriato o necessario, con i familiari (NICE 2004 grado C).

Fin dal primo contatto con il paziente è raccomandata una valutazione multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale integrata ed età specifica, che coinvolga, secondo le necessità, medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, nutrizionisti clinici, internisti ecc.), psicologi, psicoterapeuti, dietisti, includendo quando necessario altre figure quali riabilitatori, fisioterapisti, educatori, infermieri e operatori socio-culturali (operatori artistici e della comunicazione, operatori culturali, arteterapeuti, ecc.) (APA 2006 livello I).

Percorso terapeutico e scelta del setting

La terapia di soggetti affetti da DCA richiede un approccio integrato e multidisciplinare, che deve comunque essere ricondotto ad almeno tre ambiti: salute fisica e nutrizionale, condizioni psicologiche, condizioni psichiatriche, sebbene in misura diversa per le specifiche diagnosi e i diversi decorsi a queste correlati (Donini *et al.*, 2010).

Il *setting* terapeutico deve essere flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo di DCA, della gravità, del decorso del disturbo specifico, della fase del disturbo, comprendendo la gamma di interventi che va dal trattamento ambulatoriale al ricovero ospedaliero.

La psicoterapia deve essere erogata da personale specializzato, in funzione dell'età e con competenza ed esperienza nei trattamenti basati sulle evidenze per i DCA (NICE 2004 grado C, Fairburn *et al.*, 2009).

– Anoressia nervosa

Le diverse componenti dell'intervento (psichiatrica e psicoterapeutica, nutrizionale e internistica) devono essere differenziate a seconda delle fasi della malattia: acuta, dopo recupero del peso e cronica (APA 2006 livello I).

Trattamenti che hanno come obiettivo solo il raggiungimento dell'astinenza dal sintomo alimentare (abbuffata, restrizione alimentare, condotte di *purging*, esercizio fisico) senza

prendere in considerazione sia gli aspetti nutrizionali che i deficit cognitivi e comportamentali, non sono raccomandati come unico trattamento dell'anoressia (APA 2006 livello I).

Nel trattamento è sempre necessario tener presente il rischio per la salute fisica (peso, BMI, ma anche segni fisici obiettivi e appropriate indagini di laboratorio) (NICE 2004 grado C). È indispensabile che la riabilitazione nutrizionale sia preceduta da una rigorosa valutazione nutrizionale, che non tenga conto solo del BMI, ma che si avvalga di indici di malnutrizione biochimici (ad es. transferrinemia, albuminemia, ecc.) e strumentali al fine di valutare il grado di idratazione e il metabolismo a riposo (impedenziometria e calorimetria indiretta), utilizzabili anche nel follow-up nutrizionale del paziente. La valutazione nutrizionale, soprattutto nell'ambito dell'AN, è uno degli elementi fondamentali per poi stabilire il *setting* di intervento terapeutico ed è appannaggio di Nutrizionisti clinici esperti. Per gli interventi salvavita che vengono effettuati in Reparti di Medicina Generale o in Reparti di Terapia Intensiva, deve essere prevista la consulenza di specialisti esperti di DCA (NICE 2004 grado C) e Nutrizionisti clinici (sindrome da *refeeding*).

Il trattamento ambulatoriale deve comprendere un intervento psicoterapico. Vi sono evidenze di efficacia per diversi tipi di psicoterapie quali la terapia cognitivo-analitica, la terapia cognitivo comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*-CBT), la psicoterapia interpersonale (*Interpersonal Psychotherapy*-IPT), terapie focali psicodinamiche e interventi familiari esplicitamente focalizzati sul disturbo alimentare. La scelta del tipo di psicoterapia dovrebbe tener conto delle preferenze del paziente e, ove appropriato, dei familiari (NICE 2004 grado C). Vi è qualche evidenza che in pazienti adolescenti, con breve durata di malattia, la terapia basata sulla famiglia (FBT), nella quale i genitori siano considerati una risorsa nel trattamento e nella cura del figlio affetto da AN e che prevede che i genitori giochino un ruolo attivo nel rialimentare il proprio figlio malato, assumendosene le responsabilità, possa essere più efficace di altri tipi di intervento psicologico nell'indurre un miglioramento sintomatologico a breve termine (Fisher *et al.*, 2010; Lock *et al.*, 2010).

L'intervento psicoterapico deve essere accompagnato da una regolare valutazione delle condizioni fisiche che includa la misurazione del peso corporeo e di specifici parametri in grado di segnalare un eventuale aumento del rischio per la salute fisica (NICE 2004 grado C).

La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale delle sensazioni di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psichiche della malnutrizione. È importante che i programmi di rialimentazione siano applicati in contesti non giudicanti e che garantiscano un supporto emotivo adeguato al paziente (APA 2006 livello I). Il *counselling* nutrizionale non deve essere utilizzato come trattamento esclusivo per l'AN (NICE 2004 grado C). Le evidenze per quanto riguarda l'utilità di un trattamento psicofarmacologico sulle componenti nucleari dei DCA sono molto limitate (Bulik *et al.*, 2007); il trattamento psicofarmacologico può invece certamente essere utile nell'appropriato trattamento delle condizioni di comorbilità psichiatrica, benché alcuni farmaci debbano essere utilizzati con cautela, in considerazione della vulnerabilità fisica di molti pazienti con AN (NICE 2004 grado C). Per gli antipsicotici di seconda generazione (olanzapina, risperidone, quetiapina) mancano dati certi provenienti da studi controllati. L'impressione clinica suggerisce che possono essere utili nei pazienti che presentano resistenza al recupero ponderale, pensiero ossessivo, negazione della malattia (APA 2006 livello III).

I farmaci non devono essere utilizzati come trattamento esclusivo per i DCA (NICE 2004 grado C).

Il trattamento ambulatoriale e il monitoraggio delle condizioni fisiche su base ambulatoriale deve durare almeno 6 mesi (NICE 2004 grado C).

Se durante il trattamento ambulatoriale si verifica un peggioramento dello stato di salute fisica, o se il completamento di un trattamento psicoterapico adeguato non produce miglioramenti significativi, è opportuno considerare forme più intensive di trattamento (combinazione di terapia individuale e familiare, trattamento in day hospital, ricovero) (NICE 2004 grado C). Il trattamento in regime di ricovero o in day hospital deve essere considerato anche in caso di rischio suicidario o autolesivo; clinici che trattino pazienti con AN del sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione devono tenere ben presente il rischio aumentato di comportamenti autolesivi e suicidio, in particolare nei momenti di passaggio fra servizi o *setting* di cura (NICE 2004 grado C).

Se il sottopeso è rilevante ($BMI < 16 \text{ Kg/m}^2$), il trattamento ambulatoriale è consigliato solo nel caso in cui il paziente sia sufficientemente stabile dal punto di vista fisico, abbia un'alta motivazione al trattamento, abbia il sostegno della famiglia e i sintomi siano di breve durata (APA 2006 livello II).

Per quanto riguarda i trattamenti ambulatoriali o in day hospital gli esiti di cura sono correlati all'intensità del trattamento (APA 2006 livello I).

Quando il paziente rifiuta di alimentarsi, può essere necessario ricorrere a un intervento salvavita. Esso deve essere valutato da clinici esperti in DCA. Per attivare un'alimentazione forzata il clinico deve considerare attentamente tutti i parametri clinici, l'opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali (APA 2006 livello I).

Per quanto riguarda il trattamento in regime di ricovero ordinario, le evidenze indicano che gli esiti sono migliori quando i pazienti sono ricoverati in strutture specializzate nel trattamento dei DCA rispetto a quando sono ricoverati in contesti privi di esperienza specifica (APA 2006 livello II). In particolare, è necessario che nel *setting* di ricovero siano disponibili una competenza specifica per la rialimentazione con attento monitoraggio delle condizioni di salute fisica, e interventi psicosociali (NICE 2004 grado C; Long *et al.*, 2012). Nell'ambito di una fase acuta in regime di ricovero l'intervento psicologico deve focalizzarsi sia sul comportamento alimentare e le alterazioni del modo in cui il paziente vive il peso e la forma del corpo, sia più ampiamente sugli aspetti psicosociali correlati all'aspettativa di un aumento del peso (NICE 2004 grado C). Per gli adolescenti seguiti in regime di ricovero, la partecipazione a gruppi psicoeducativi familiari può aiutare nel recupero del peso e può essere efficace quanto forme di terapia familiare intensiva (APA 2006 livello III). Nel rifiuto all'alimentazione, il sondino naso gastrico è da preferirsi all'alimentazione intravenosa, e vanno sempre monitorati parametri specifici (APA 2006 livello I). È opportuno tenere presente che il tentativo di condurre una psicoterapia formale con pazienti con un grave sottopeso e pensieri ossessivi e negativistici può essere inefficace (APA 2006 livello II).

Vi sono evidenze, per quanto non definitive, che al di fuori delle condizioni di gravità che lo rendono necessario per la sicurezza del paziente, il trattamento in regime di ricovero per AN anche in un contesto ove sia disponibile esperienza specialistica per il disturbo, non sia più efficace del trattamento ambulatoriale (Gowers *et al.*, 2010).

Nel trattamento post-ospedalizzazione è necessario garantire al paziente con AN sia un trattamento psicologico con le caratteristiche già descritte per il trattamento in regime di ricovero, sia una valutazione sistematica del rischio fisico e del rischio psicologico; la durata di una presa in carico di questo tipo, che faccia seguito a un ricovero, deve essere di almeno 12 mesi (NICE 2004 grado C).

Sulla base dell'esperienza clinica, in particolare per pazienti con AN cronica che hanno difficoltà a verbalizzare i propri disagi possono essere utili metodi terapeutici non verbali quali terapie occupazionali, artistiche e corporee (APA 2006 livello III). In genere alcuni pazienti potrebbero preferire comunque, terapie non-verbali attraverso l'arte, il teatro, la musica (NICE 2004 grado C).

Una volta che il peso si sia ristabilito e per prevenire le ricadute, negli adulti vi sono evidenze di efficacia per la CBT, la psicoterapia di tipo psicodinamico e per la IPT (APA 2006 livello II).

Nei disturbi cronicizzati, deve essere garantita la riabilitazione nutrizionale costante, con supporto psicologico e psichiatrico di lungo periodo (dibattito pubblico e consenso degli esperti).

– *Bulimia nervosa*

Il trattamento di auto-aiuto *evidence-based* può rappresentare il primo passo per il trattamento dei pazienti con BN e, in tal senso, il clinico deve offrire incoraggiamento e supporto diretto (NICE 2004 grado B). Questo approccio può essere sufficiente in un sottogruppo limitato di pazienti (NICE 2004 grado B). Le evidenze sull'efficacia di questo tipo di intervento si basano anche sul trattamento di casi sottosoglia (Allen & Dalton, 2011).

La CBT specificamente adattata per la BN (CBT-BN) dovrebbe essere offerta agli adulti con BN in quanto si tratta del trattamento rispetto al quale ci sono le maggiori evidenze di efficacia (NICE 2004 grado A; Mitchell *et al.*, 2008). Il trattamento si articola in 16-20 sedute, in un periodo di 4-5 mesi.

Negli adolescenti, il trattamento deve essere sempre adattato all'età e includere i familiari (NICE 2004 grado C).

Per i pazienti adulti che non rispondano o rifiutino la CBT devono essere considerati trattamenti psicoterapici alternativi (NICE 2004 grado B), fra i quali possono trovar posto la terapia di gruppo (APA 2006 livello II, Nevoenen & Broberg, 2006), interventi di orientamento psicodinamico (APA 2006 livello II-III) o la terapia interpersonale (NICE 2004 grado B, APA 2006 livello II). In genere, alcuni pazienti potrebbero preferire comunque terapie non-verbali attraverso l'arte, il teatro, la musica (NICE 2004 grado C).

Come primo passo alternativo o aggiuntivo a un programma di auto-aiuto *evidence-based* può essere considerato un trattamento con farmaci antidepressivi: il paziente deve essere informato che questo tipo di trattamento può ridurre la frequenza delle abbuffate e delle condotte di eliminazione ma che gli effetti a lungo termine sono sconosciuti (NICE 2004 grado B). Il trattamento con farmaci antidepressivi può essere un trattamento di prima scelta nel caso in cui non sia disponibile uno psicoterapeuta addestrato (Hay *et al.*, 2010), ma non è raccomandato che rimanga l'unico intervento (NICE 2004 grado C).

Per quanto riguarda la gestione degli aspetti fisici, chi si occupi della cura di pazienti con BN deve considerare che i comportamenti associati al disturbo (in particolare vomito e uso di lassativi) possono causare problemi fisici rilevanti che devono essere monitorati e, ove necessario, corretti (NICE 2004 grado C). L'intervento dell'Internista/Nutrizionista clinico è importante, sia per la correzione di eventuali stati di disidratazione e diselettrolitici con possibile insufficienza renale associata, che per riconoscere prontamente aritmie cardiache e patologie digestive esofago-gastriche o coliche, legate al vomito e all'abuso di lassativi.

Per gli aspetti nutrizionali è opportuno ricordare che un BMI adeguato non è sinonimo di apporto nutrizionale appropriato e che nell'ambito della riabilitazione nutrizionale è utile la strutturazione di un programma alimentare finalizzato alla riduzione degli episodi di abbuffata/condotte di eliminazione (APA 2006 livello I).

Per i pazienti con BN che siano a rischio di suicidio o condotte autolesive gravi deve essere considerato il ricovero ospedaliero o in day hospital o un trattamento ambulatoriale più intensivo (NICE 2004 grado C).

Il ricovero psichiatrico per pazienti con BN deve realizzarsi in un *setting* in cui vi sia esperienza nella gestione del disturbo (NICE 2004 grado C).

I pazienti con BN che presentino scarso controllo degli impulsi e problemi rilevanti di abuso di sostanze tendono a rispondere meno bene a programmi di trattamento standard e pertanto devono potersi avvalere di un trattamento adattato ai loro problemi (NICE 2004 grado C).

– *Disturbi da alimentazione incontrollata*

Il trattamento di auto-aiuto *evidence-based* rappresenta un possibile primo passo per il trattamento dei pazienti con DAI (APA 2006 livello I, NICE 2004 grado B), e in tal senso il clinico deve offrire incoraggiamento e supporto diretto (NICE 2004 grado B). Questo approccio può essere sufficiente in un sottogruppo limitato di pazienti (NICE 2004 grado B). Trattamenti di gruppo semplicemente assistiti da un terapeuta possono essere efficaci nel ridurre la frequenza delle abbuffate in alcuni pazienti (Peterson *et al.*, 2009).

La CBT specificamente adattata per il DAI (CBT-*Binge Eating Disorder*, BED) dovrebbe essere offerta agli adulti con DAI (NICE 2004 grado A). Altri trattamenti psicologici (psicoterapia interpersonale, terapia comportamentale dialettica modificata, terapia cognitiva analitica, terapia di gruppo) possono essere proposti a pazienti adulti con DAI persistente (NICE 2004 grado B; APA 2006 livello I per terapia di gruppo e livello II per le altre).

Il trattamento di questi pazienti deve confrontarsi con tassi di *drop-out* particolarmente elevati (Brownley *et al.*, 2007; Peterson *et al.*, 2009).

Devono comunque essere previsti interventi, contestuali o successivi al trattamento psicologico, rivolti alla gestione dell'obesità associata (NICE 2004 grado C).

Per gli adolescenti è necessario che i trattamenti siano età-specifici (NICE 2004 grado C). Come primo passo alternativo o aggiuntivo a un programma di auto-aiuto *evidence-based* può essere considerato un trattamento con farmaci antidepressivi: il paziente deve essere informato che questo tipo di trattamento può ridurre la frequenza delle abbuffate ma che gli effetti a lungo termine sono sconosciuti (NICE 2004 grado B). Gli antidepressivi possono essere sufficienti in un sottogruppo limitato di pazienti (NICE 2004 grado B; APA 2006 livello II).

Figure professionali coinvolte

Molteplici sono le competenze e le professionalità richieste per assicurare alle persone con DCA un trattamento il più possibile efficace, che tenga conto della varietà di bisogni caratteristica dei disturbi dai quali sono affetti. In particolare, se come già evidenziato, il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo dei pazienti con DCA deve includere sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socio ambientali, appare conseguentemente necessario che nel team multidisciplinare integrato con esperienza specifica nei DCA siano stabilmente coinvolte le figure professionali in grado di affrontare gli aspetti citati (APA 2006 livello I).

Adattando quanto indicato dalla letteratura anglosassone alla realtà organizzativa italiana, appare necessario il coinvolgimento delle seguenti figure professionali: medico di medicina generale (MMG) o pediatra di famiglia (PdF), psichiatra dell'adulto/neuropsichiatra infantile; psicologo, psicoterapeuta, nutrizionista clinico, internista o pediatra, dietista (dibattito pubblico e consenso degli esperti). Ad essi potranno poi essere affiancati altri specialisti a seconda delle

necessità e per fasi specifiche del percorso (endocrinologo, gastroenterologo, ginecologo ecc.), riabilitatori, infermieri, educatori, operatori sociali ecc.

Il ruolo specifico di ogni professionista coinvolto può variare a seconda della struttura organizzativa e delle qualifiche professionali ed esperienze di coloro che lavorano all'interno di un programma di intervento sui DCA. Nei preadolescenti e adolescenti è fondamentale il coinvolgimento del contesto di vita allargato e pertanto può essere chiesto ad allenatori, insegnanti e consulenti scolastici di collaborare al trattamento. Nei *setting* terapeutici in cui il personale non ha una formazione specifica o l'esperienza per trattare pazienti con DCA, la presenza di un supervisore esperto è fondamentale per il successo della terapia. Quando il trattamento è offerto da un team interdisciplinare in un *setting* ambulatoriale, è essenziale una costante comunicazione tra i professionisti in modo che tutti i membri del team abbiano una chiara comprensione delle reciproche competenze e approcci e che siano garantiti momenti di discussione e confronto stabili (APA 2006 livello I).

Quesito 3.2.

Qual è il modello organizzativo per la gestione dei DCA che garantisce i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi?

Raccomandazioni

Il modello organizzativo per la gestione dei DCA deve essere multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato. Deve inoltre essere età specifico.

Il livello ambulatoriale deve essere il fulcro della gestione del paziente con DCA, sia in entrata (diagnosi precoce, identificazione e gestione dei casi sottosoglia), sia nel trattamento e nel follow-up di lungo periodo.

Devono essere previste anche altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti, che possono entrare a far parte del percorso a seconda delle condizioni dei pazienti, delle diagnosi, del livello di complessità e dei bisogni prevalenti.

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 (MMG) e pediatri di famiglia (PdF)
- servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, in rete interdisciplinare
- diverse tipologie di servizi diurni
- residenzialità terapeutico-riabilitativa
- ricoveri ordinari e d'urgenza.

Motivazioni

- La maggior parte degli studi analizzati fa riferimento a realtà anglosassoni, che presentano significative differenze rispetto al sistema di servizi esistente in Italia sia in termini di organizzazione complessiva dei servizi che soprattutto di utilizzo del ricovero per il trattamento dei disturbi psichici.

- Ciononostante, molti elementi possono essere agevolmente estrapolati o adattati alla realtà organizzativa italiana.
- Anche in questo caso, oltre agli studi, sono state tenute in considerazione evidenze ampiamente consolidate e trasversali che non richiedevano di essere nuovamente dimostrate per il campo specifico dei DCA.
- Data la necessità di adattamento alla realtà italiana, sono stati inoltre considerati la discussione in aula del 24 ottobre e il parere degli esperti.
- La multidimensionalità dei DCA richiede la contemporanea presenza di diverse competenze.
- L'interazione tra professionisti provenienti da vari ambiti professionali presuppone il confronto stabile di diversi approcci disciplinari (“*team approach*”), in vista di un'integrazione operativa che si traduce nell'avvio di un progetto assistenziale individuale, che deve essere calibrato in base alle specifiche esigenze del paziente.
- Vi sono ampie evidenze in letteratura e vi è ampio consenso tra i clinici sul fatto che gli adolescenti presentano caratteristiche specifiche che li differenziano dagli adulti dal punto di vista dei compiti evolutivi, delle componenti biologiche, delle interrelazioni con la famiglia e il contesto di vita, degli aspetti legali, e conseguentemente richiedono interventi e modelli di servizi che siano specifici per età oltre che per tipologia di disturbo.
- Gli studi evidenziano come, a seconda dei bisogni dei pazienti e della fase del disturbo, possono essere necessari livelli assistenziali differenti.
- Evidenziano inoltre come la fase di passaggio tra i diversi livelli assistenziali rappresenti un momento di rischio elevato per il paziente, e che pertanto sia una delle fasi che richiedono maggiore attenzione.
- La necessità di un coordinamento stabile dei diversi interventi e delle diverse strutture è sottolineata in letteratura come elemento essenziale in tutte le fasi del percorso.
- La trasferibilità nell'organizzazione dei servizi italiana deve tenere conto dell'organizzazione complessiva del SSN.

Di seguito si riportano i dettagli delle evidenze scientifiche.

Per tracciare il profilo di un modello organizzativo con requisiti di appropriatezza ed efficacia nella gestione e nella cura dei DCA è necessario considerare:

- *setting* dell'intervento (intervento ambulatoriale, in day hospital, in regime di ricovero) e fasi del percorso di cura;
- organizzazione dei servizi specializzati nella cura dei DCA.

Setting dell'intervento e fasi del percorso di cura

Il *setting* terapeutico per i DCA varia in relazione alla diagnosi specifica, al livello di rischio fisico e nutrizionale, agli eventuali altri disturbi psichiatrici e/o internistici presenti in comorbidità.

La maggior parte delle persone con DCA deve essere trattata a livello ambulatoriale (NICE 2004 grado C). Gli interventi indicati per ciascuna diagnosi sono stati già descritti in relazione al Quesito 1. In considerazione dell'approccio multidisciplinare integrato necessario al trattamento dei DCA, l'utilizzo di un *setting* ambulatoriale richiede che un clinico con ruolo di case manager coordini i vari interventi. È inoltre essenziale una costante comunicazione tra i professionisti in modo che tutti i membri del team abbiano una chiara comprensione delle reciproche competenze e approcci, per evitare che funzioni essenziali vengano inavvertitamente omesse dalla cura (APA 2006 livello I, NICE 2004 grado C).

Il trattamento ambulatoriale più intensivo o in regime di *day hospital/day service* semiresidenziale deve essere considerato per i pazienti che presentino una risposta insoddisfacente a un trattamento adeguato effettuato su base ambulatoriale (NICE 2004 grado C).

Il trattamento in regime di ricovero ordinario, in un contesto che sia in grado di garantire una competenza specifica per la rialimentazione, con monitoraggio delle condizioni di salute fisica e specifici interventi psicosociali, deve essere considerato per i pazienti con AN in condizioni di rischio elevato (NICE 2004 grado C). Il ricovero deve essere effettuato nella struttura più adeguata a gestire il problema attuale prevalente del paziente e alla minima distanza possibile dal luogo di residenza, in modo da consentire il coinvolgimento dei familiari, il mantenimento dei legami sociali e lavorativi ed evitare, quanto più possibile, le difficoltà della transizione tra livelli diversi di trattamento; questo aspetto è particolarmente importante nel trattamento degli adolescenti, che richiedono inoltre strutture di ricovero specifiche per età (NICE 2004 grado C). Quando il paziente rifiuta di alimentarsi può rendersi necessario il ricorso a un ricovero obbligatorio, che secondo la normativa italiana può essere attivato nella forma del TSO, solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, o se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. Richiede, inoltre, il coinvolgimento di psichiatri esperti di DCA (APA 2006; NICE 2004 grado C). Vi sono evidenze preliminari che per pazienti adolescenti con AN, al di fuori delle condizioni di gravità che lo rendono necessario, il trattamento in regime di ricovero anche in un contesto con esperienza specialistica per il disturbo, non sia più efficace del trattamento ambulatoriale (Gowers *et al.*, 2010).

Il ricovero deve essere sempre considerato in presenza di rischio di suicidio o di condotte autolesive gravi (NICE 2004 grado C).

Il ricovero psichiatrico per pazienti con BN deve realizzarsi in un contesto che abbia esperienza specifica nel trattamento della BN (NICE 2004 grado C).

Per quanto attiene al *setting*, sono quindi presenti vari livelli o *step*, che vengono scelti dal clinico in base alla natura del DCA, al livello di rischio, alle complicanze fisiche, nutrizionali e psicologiche, alle preferenze e alla *compliance* del paziente.

Il passaggio a un livello assistenziale di maggiore intensità va preso in considerazione anche quando vi siano condizioni o circostanze cliniche, logistiche, ambientali o familiari che non consentano la gestione ambulatoriale o semiresidenziale (consenso degli esperti).

Il coinvolgimento del MMG o del PdF è sempre opportuno, sia per quanto riguarda il sospetto diagnostico e l'invio alle strutture specialistiche, che per il monitoraggio e per l'eventuale valutazione della presenza di emergenza medica (NICE 2004 grado C). Nel medesimo contesto, ove si concordi una condivisione del percorso successivo del paziente fra il MMG e lo specialista, si sottolinea la necessità di formulare un accordo chiaro, anche scritto, fra i clinici coinvolti, su chi ha la responsabilità di monitorare il paziente nel tempo (NICE 2004 grado C). Il trattamento ambulatoriale delle persone con BN e DAI deve avvenire nell'ambito di servizi territoriali dove devono essere resi disponibili trattamenti adeguati "di prima linea", e ove questo approccio risulti inefficace o le condizioni cliniche lo richiedano, in servizi di secondo livello; i pazienti con AN sono invece generalmente trattati in servizi di secondo livello che siano in grado di fornire al contempo trattamento psicoterapico adeguato e valutazione dei rischi fisici a livello ambulatoriale, con ricorso a livelli di cura con specializzazione e intensità superiore a seconda dei casi.

L'approccio da garantire deve essere multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale integrato, che coinvolge medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, nutrizionisti clinici, internisti/pediatri), psicologi, psicoterapeuti, dietisti. Altri operatori possono essere coinvolti in fasi specifiche del percorso: medici specialisti (endocrinologo, gastroenterologo,

ginecologo ecc.), riabilitatori, fisioterapisti, educatori, infermieri e operatori socio-culturali (operatori artistici e della comunicazione, operatori culturali, arteterapeuti, ecc.).

L'interazione tra professionisti provenienti da vari ambiti professionali presuppone il confronto di diversi approcci disciplinari, in vista di un'integrazione operativa che si traduce nell'avvio di un progetto assistenziale individuale (calibrato in base alle specifiche esigenze del paziente) che avrà referenti specifici e responsabilità specifiche e che comporterà nel corso della sua attuazione verifiche intermedie e finali, eventuale riaggiornamento del progetto e rapporti con gli altri servizi in rete, nel caso sia necessario un diverso livello di trattamento.

Il trattamento monoprofessionale non è raccomandato.

Il sistema nel suo complesso deve prevedere *setting* multipli che lavorano in rete stabile tra loro, garantendo che il percorso dell'utente si articoli in modo integrato e coordinato e senza soluzioni di continuo dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva. A seconda delle specifiche necessità, il progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto affetto da DCA deve articolarsi su strutture di primo livello (MMG, PdF), secondo livello (servizi ambulatoriali specialistici, ospedalieri e non, in rete interdisciplinare che includa le aree psicologico-psichiatrica/neuropsichiatrica infantile e internistico-metabolico-nutrizionale); terzo livello (*day hospital/day service*, strutture semiresidenziali), quarto livello (riabilitazione intensiva residenziale o comunità terapeutico-riabilitative psichiatriche/neuropsichiatriche infantili); quinto livello ricoveri ordinari e d'urgenza.

Va ricordato che il quarto e il quinto livello non sono necessariamente in sequenza e che la necessità di allontanamento dalla famiglia di adolescenti e preadolescenti va sempre valutata con estrema attenzione.

Organizzazione dei servizi specializzati nella cura dei DCA

Gli elementi di provata efficacia che un servizio specializzato nella cura dei DCA deve prevedere, direttamente e in rete stabile con altri servizi e strutture, sono:

- un team multidisciplinare integrato esperto di DCA che comprenda: psichiatri/neuropsichiatri infantili, psicologi, nutrizionisti clinici e dietisti, personale medico con competenza specialistica nel campo dei problemi fisici caratteristici dei DCA, operatori sociali (APA 2006 livello I);
- psicoterapeuti con esperienza nel trattamento dei DCA in numero tale da poter garantire una presa in carico psicoterapica per la maggior parte dei pazienti (cfr. Quesito 1);
- la possibilità di effettuare interventi di gruppo, in particolare nei pazienti con DAI sia che si tratti di interventi condotti dal terapeuta, che di gruppi di auto-aiuto puro o guidato (Peterson *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2010);
- nel caso si indirizzi all'età evolutiva, gli operatori dovranno avere competenza e formazione specifica pediatrica (neuropsichiatri infantili, pediatri, psicologi dell'età evolutiva ecc.), oltre che esperienza specifica sui DCA, e dovrà essere prevista la presenza di psicoterapeuti con competenze specifiche nell'ambito della psicoterapia basata sulla famiglia (FBT), in particolare per i pazienti adolescenti (Fisher *et al.*, 2010; Godart *et al.*, 2012; NICE 2004; APA 2006);
- contiguità territoriale con strutture di ricovero con competenze specializzate nelle complicanze fisiche dei DCA (NICE 2004 grado C);
- continuità assistenziale relativamente alle costanza delle figure di riferimento principali nell'ambito del trattamento, giacché si tratta di interventi a medio/lungo termine (trattamento su base ambulatoriale per AN durata di almeno 6 mesi, per BN 4-5 mesi, trattamento post-ospedalizzazione per AN durata di almeno 12 mesi – NICE 2004 grado C);

- raccordo stabile con tutte le strutture necessarie per garantire l'intero percorso dell'utente, e in particolare procedure concordate per garantire la continuità tra un livello assistenziale e l'altro.

Le raccomandazioni che seguono sono emerse non solo dall'analisi della letteratura, ma anche dal confronto tra esperti e, in particolare, dalla discussione pubblica.

Raccomandazioni per la ricerca e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza

- Promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per tutti gli operatori sanitari onde facilitare l'individuazione precoce dei DCA e garantire l'appropriatezza della presa in carico.
- Promuovere l'individuazione di indicatori di gravità clinica condivisi, anche al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso ai vari livelli assistenziali.
- Promuovere l'individuazione di indicatori di esito condivisi.
- Promuovere l'analisi omogenea dei fattori che possono favorire la cronicizzazione.
- Promuovere l'analisi dei costi degli interventi proposti e del rapporto costo/efficacia.
- Promuovere l'adozione di un'ottica di *benchmarking* tra i servizi che compongono la rete terapeutico-assistenziale per le persone con DCA.
- Monitorare il percorso terapeutico-assistenziale dei pazienti in età evolutiva e adolescenziale, con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri in ambito ospedaliero.
- Promuovere una Conferenza di consenso specifica per i DCA in età infantile e adolescenziale.

Bibliografia

- Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. *J Health Psychol* 2011;16(8):1165-76.
- American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*, Third Edition, APA 2006. Ultima consultazione 31.01.2013, disponibile all'indirizzo: <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1671334#138660>
- Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40(4):337-48.
- Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40(4):310-20.
- Donini LM *et al.* Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. *Eat Weight Disord* 2010;15(1-2 Suppl):1-31.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow up. *Am J Psychiatry* 2009; 166(3):311-19.
- Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;14(4):CD004780.
- Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdureau F, Rein Z, Wallier J, Horreard AS, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian J, Falissard B, Flament M, Eisler I, Jeammet P. A randomized controlled trial of

- adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa
PLoS ONE 2012;7(1):e28249. doi:10.1371/journal.pone.0028249
- Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Rowlands L, Roots P. A randomized controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess* 2010; 14(15):1-98.
- Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(5):727-35.
- Hay PPJ, Claudino AM, Kaio MH. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(4):CD003385. Review. Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(10):1025–32.
- Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR. Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clin Psychol Psychother* 2012;19(1):1-13.
- Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, Swan-Kremeier L, Lysne C, Cook Myers T. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther* 2008;46(5):581-92.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004. Ultima consultazione 31.01.2013, disponibile all'indirizzo: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG9FullGuideline.pdf.
- Nevonen L, Broberg AG. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39(2):117-27.
- Peterson CB, Mitchell JE, Crow S, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1347-54.
- Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(1):94-101.

Riferimenti bibliografici utilizzati per la premessa

- ONU. *Convenzione sui diritti dell'infanzia* 1989, ratificata dall'Italia con legge 176/1991
- Royal College of Psychiatrists. *Recommendations for In-patient psychiatric care for young people with severe mental illness*. London 2005.
- World Health Organisation (2005) *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Tr It Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza*. (a cura di Frejaville E), collana Dossier, Regione Emilia Romagna, 2007. Ultima consultazione 31 gennaio 2013, disponibile all'indirizzo: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss160.htm.

Appendici

Materiale utilizzato per la Conferenza di consenso

A1. Regolamento della giuria

ISTITUT O SUPERIORE DI SANITÀ e AUSL N.2 UMBRIA
Con il patrocinio del Ministero della Salute

<p>Conferenza nazionale di consenso Disturbi del comportamento alimentare</p>

REGOLAMENTO DELLA GIURIA

Avvertenza

Questo Regolamento è stato predisposto a cura del Presidente ed è stato fatto pervenire al Comitato promotore e ai componenti della Giuria in forma di documento di consultazione, tramite il Comitato promotore, al fine di tenere conto, per quanto possibile e opportuno, e senza obbligo di adeguamento, delle loro eventuali osservazioni.

Roma, 12 marzo 2012

Articolo 1

Composizione - Presidente - Vice Presidente - Segretario

- 1.1 La Giuria, formata da 26 componenti, è nominata dal Comitato Promotore della Conferenza di Consenso di concerto con il Comitato Tecnico Scientifico, come previsto dal protocollo “Disturbi del comportamento alimentare”
- 1.2 Il Presidente della Giuria:
- (i) assiste alla celebrazione della Conferenza di consenso, che si svolge sotto la direzione dei Moderatori i quali ne regolano l’ordinato svolgimento e, al suo termine, comunica ai partecipanti le conclusioni portate dal Documento preliminare di consenso di cui all’art. 7, ne illustra il contenuto e infine dichiara la chiusura della Conferenza, secondo quanto previsto nel “Programma” predisposto e reso noto dal Comitato Promotore;
 - (ii) convoca la Giuria stabilendo l’elenco delle materie da trattare;
 - (iii) accerta che adeguate informazioni sulle materie da trattare siano state fornite a tutti i componenti della Giuria;
 - (iv) accerta la valida costituzione della Giuria, regola lo svolgimento della discussione, accerta i risultati delle votazioni e sottoscrive, con il Segretario, il verbale delle riunioni;
 - (v) accerta che i documenti preparati dai Gruppi di lavoro siano stati tempestivamente trasmessi a tutti i componenti della Giuria;
 - (vi) cura i rapporti con il Comitato Promotore della Conferenza di Consenso, dando tempestiva notizia ai componenti della Giuria di eventuali comunicazioni da questo ricevute;
 - (vii) al termine dei lavori della Giuria trasmette i verbali al Comitato Promotore tramite la segreteria scientifica;
 - (viii) svolge ogni altra attività inerente o conseguente a quelle di cui ai punti precedenti.
- 1.3 La Giuria nomina un Vice-Presidente con funzioni vicarie del Presidente, del quale assume le funzioni nel caso di sua assenza ovvero di impedimento.
- 1.4 La Giuria nomina un Segretario scegliendolo tra i suoi componenti.
- 1.5 Il Presidente, per lo svolgimento delle sue funzioni, si avvale della segreteria scientifica organizzata presso il Comitato Promotore.
- 1.6 I componenti della Giuria non hanno diritto ad alcuna forma di compenso per la partecipazione alle riunioni del panel e alla celebrazione della Conferenza di Consenso.

Articolo 2

Flussi informativi

- 2.1 Tutte le comunicazioni al Presidente, tra i Gruppi di lavoro degli esperti e i componenti della Giuria, e quelle fra questi ultimi, avverranno a mezzo collegamento a un’area riservata di una piattaforma web all’uopo predisposta da parte del Comitato Promotore della Conferenza di consenso (area riservata ad hoc sul sito <http://www.edu.iss.it>)
- 2.2 Ciascun componente della Giuria informa prontamente gli altri componenti, tramite forum sulla piattaforma, dell’eventuale inserzione di un documento nell’area riservata di cui al precedente paragrafo 2.2.

Articolo 3

Convocazione e riunioni della Giuria

- 3.1 Almeno 7 giorni prima della data della riunione, l'avviso di convocazione della Giuria è inviato su richiesta del Presidente a ciascun componente, attraverso il forum.
- 3.2 Nell'avviso di convocazione sono indicati il giorno, l'ora e il luogo della riunione, nonché l'elenco delle materie da trattare.
- 3.3 Almeno 5 giorni prima della data di convocazione, ciascun componente della Giuria può concordare con il Presidente, attraverso il forum, eventuali modifiche e integrazioni all'elenco delle materie da trattare.
- 3.4 Nel caso siano concordate modifiche o integrazioni, l'elenco definitivo delle materie da trattare viene inviato su richiesta del Presidente ai componenti della Giuria, attraverso il forum, almeno 3 giorni prima della data di convocazione
- 3.5 In ogni caso è possibile la discussione e la votazione su argomenti in relazione ai quali tutti i componenti della Giuria si dichiarino sufficientemente informati.
- 3.6 Delle riunioni della Giuria è redatto verbale sintetico, a cura del Segretario.

Articolo 4

Deliberazioni della Giuria

- 4.1 Salvo quanto stabilito all'art. 7.5, la Giuria è validamente costituita con la presenza della maggioranza dei suoi componenti.
- 4.2 Fatti salvi i *quorum* qualificati di cui al successivo paragrafo, la Giuria adotta le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.
- 4.3 È necessario il voto favorevole di almeno i due terzi dei presenti per le deliberazioni riguardanti l'approvazione del Documento preliminare di consenso.
- 4.4 Le votazioni avvengono in forma palese.
- 4.5 Il verbale riporta il risultato della votazione.

Articolo 5

Documenti ricevuti dai Gruppi di lavoro

- 5.1 Il Presidente accerta che i documenti di lavoro preparati dai Gruppi di lavoro siano messi a disposizione per ciascun componente della Giuria sulla piattaforma web accessibile al panel di giurati, agli organizzatori e ai coordinatori della Conferenza di Consenso.
- 5.2 Ciascun componente della Giuria, ove ritenga che sia necessario ottenere ulteriori informazioni da parte dei Gruppi di lavoro, può farne richiesta, attraverso il forum, entro e non oltre 10 giorni dalla ricezione del relativo documento.
- 5.3 I componenti della Giuria assistono alla celebrazione della Conferenza di consenso, senza facoltà di intervento.

Articolo 6

Riservatezza – Deposito dei documenti

- 6.1 I documenti ricevuti dai Gruppi di lavoro sono da considerarsi strettamente riservati. Il loro contenuto può essere menzionato o riportato nel Documento preliminare di consenso e nel Documento finale. La pubblicazione dei documenti di lavoro preparati dai Gruppi di lavoro è riservata esclusivamente al Comitato promotore. Salvo autorizzazione scritta di quest'ultimo, la riproduzione o pubblicazione anche parziale non è consentita ad alcuno.

- 6.2 Nessun componente della Giuria potrà comunicare, utilizzare o comunque rendere noti a terzi, diversi dagli altri componenti della Giuria, ovvero diffondere presso il pubblico, i documenti ricevuti dai Gruppi di lavoro.
- 6.3 I verbali delle riunioni della Giuria sono strettamente riservati, sono conservati dal Comitato promotore e di essi non viene rilasciata copia.
- 6.4 I lavori della Giuria sono coperti da obbligo di riservatezza.

Articolo 7

Comitato di scrittura – Documento di Consenso

- 7.1 La Giuria nomina al proprio interno un Comitato di scrittura composto da 5-7 membri, in coerenza con il numero delle aree tematiche e i relativi quesiti.
- 7.2 Terminata la prima giornata di celebrazione della Conferenza di consenso e senza soluzione di continuità:
 - (i) la Giuria, tenendo conto dei documenti ricevuti dai Gruppi di lavoro e della discussione svoltasi durante la celebrazione della Conferenza, si riunisce per discutere e deliberare l'approvazione del Documento preliminare di consenso contenente le conclusioni;
 - (ii) il Comitato di scrittura, sulla base di quanto discusso dalla Giuria provvede seduta stante alla redazione del Documento preliminare di consenso con le conclusioni, da mettere in votazione;
 - (iii) ultimata la redazione del Documento preliminare di consenso da parte del Comitato di scrittura il Presidente lo mette in discussione e in votazione con gli eventuali emendamenti che di volta in volta vengano eventualmente proposti da uno o più dei giurati;
 - (iv) ultimata la discussione e la votazione degli eventuali emendamenti, il Presidente mette in votazione il testo finale del Documento Preliminare di Consenso con le conclusioni, ne accerta il risultato e dichiara chiusa la seduta della Giuria;
 - (v) il Documento preliminare di consenso viene comunicato dal Presidente al Comitato Promotore e ai partecipanti alla Conferenza nella seconda giornata dei suoi lavori, come stabilito dal paragrafo 1.2 (i).
- 7.3 Il Comitato di scrittura entro [20] giorni, successivi alla celebrazione della Conferenza di Consenso, provvede alla redazione della Bozza del Documento Definitivo di Consenso e al suo invio al Presidente della Giuria. Il Documento Definitivo di Consenso non può modificare le conclusioni portate dal Documento Preliminare di Consenso. Il Presidente, verificato che le conclusioni siano rimaste inalterate, chiede alla segreteria scientifica di trasmettere attraverso il forum il Documento Definitivo di Consenso agli altri componenti della Giuria.
- 7.4 I componenti della Giuria entro 7 giorni dal ricevimento inviano i loro eventuali commenti attraverso il forum.
- 7.5 Il Presidente entro [40] giorni successivi alla data di celebrazione della Conferenza di Consenso convoca una riunione della Giuria per l'approvazione del Documento Definitivo di Consenso. La riunione è validamente costituita qualunque sia il numero dei componenti della Giuria presenti. Le decisioni vengono prese a maggioranza dei presenti.
- 7.6 Il Presidente provvede all'invio del Documento Preliminare di Consenso e del Documento definitivo di Consenso al Comitato Promotore.

Articolo 8

Pubblicazione del Documento di consenso

- 8.1 Il Documento Preliminare di Consenso e il Documento Definitivo di Consenso sono pubblicati a cura della segreteria scientifica sul sito <http://www.iss.it> alla pagina Ufficio Relazioni Esterne non appena pervenuti.

Articolo 9

Pubblicazione ed efficacia del Regolamento

- 9.1 I componenti della Giuria, partecipando ad essa, dichiarano nella loro prima riunione di accettare il Regolamento. Dell'accettazione si dà atto nel verbale della prima riunione. La mancata accettazione comporta la decadenza immediata dall'incarico.
- 9.2 Il Regolamento viene reso noto, dopo l'accettazione, mediante pubblicazione da parte della segreteria scientifica sul sito <http://www.iss.it> alla pagina Ufficio Relazioni Esterne prima della data di celebrazione della Conferenza di consenso.

A2. Dichiarazione di potenziale conflitto di interessi

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ e AUSL N.2 UMBRIA
Con il patrocinio del Ministero della Salute

<p>Conferenza nazionale di consenso Disturbi del comportamento alimentare</p>

DICHIARAZIONE DI POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSI

Si riconosce che gli esperti coinvolti nella Conferenza di consenso possono essere coinvolti a vario titolo in attività scientifiche, professionali o economiche, oppure possedere interessi accademici, scientifici o finanziari tali da poter creare potenziale conflitto di interessi con la partecipazione ai gruppi di lavoro e alla giuria della conferenza di consenso. Si ritiene pertanto opportuno che:

1. i componenti della **giuria** accettino di limitare l'espressione delle proprie valutazioni su argomenti per i quali si configurino condizioni di potenziale conflitto di interessi, secondo quanto indicato più avanti (vedasi Rivelazione di potenziale conflitto di interessi);
2. i componenti dei **gruppi di lavoro** siano esenti da conflitto di interessi, secondo quanto indicato più avanti (vedasi: Esempi di situazioni nelle quali può sussistere conflitto di interessi e Rivelazione di potenziale conflitto di interessi).

Le condizioni di potenziale conflitto di interessi dei componenti della **giuria** e dei **gruppi di lavoro** dovranno essere autocertificate.

Ricordando che ciascun esperto è stato identificato come esperto indipendente e non come rappresentante di una istituzione, di seguito sono richiamate alcune regole generali alle quali si deve attenere ciascun componente dei gruppi di lavoro o della giuria:

1. l'intera attività preparatoria alla Conferenza di consenso deve essere considerata confidenziale. Si deve evitare di diffondere i documenti preparatori della Conferenza nella fase di lavoro preliminare
2. ciascun esperto deve firmare una dichiarazione sul conflitto di interessi e deve astenersi dalla partecipazione a quegli aspetti della Conferenza nella quale si può configurare eventuale conflitto di interessi.

Esempi di situazioni nelle quali può sussistere conflitto di interessi Un conflitto di interessi può esistere se un esperto:

1. ha rapporti stabili di lavoro (esempio: dipendenza, consulenza) con industrie farmaceutiche o biomedicali le cui attività riguardino le problematiche oggetto della Conferenza di consenso
2. ha interessi finanziari, diretti o indiretti, in comune con industrie farmaceutiche o biomedicali le cui attività riguardino le problematiche oggetto della Conferenza di consenso
3. partecipa ad attività di ricerca/valutazione nelle aree attinenti alle problematiche che saranno oggetto della Conferenza di consenso
4. svolge attività di divulgazione e informazione per conto di industrie farmaceutiche o biomedicali le cui attività riguardino le problematiche che saranno oggetto della Conferenza di consenso

5. appartiene ad associazioni professionali o gruppi (associazioni, ecc.) che ricevono finanziamenti da industrie farmaceutiche o biomedicali le cui attività riguardino le problematiche che saranno oggetto della Conferenza di consenso.

Rivelazione di potenziale conflitto di interessi

Per i componenti dei gruppi di lavoro: se esistono potenziali conflitti di interesse, l'esperto non potrà partecipare alle attività dei gruppi di lavoro. Per i componenti della giuria: solamente la condizione al punto 1 (rapporti stabili di lavoro) rappresenta condizione di incompatibilità; per le altre condizioni l'esperto dovrà sottoscrivere una dettagliata auto-dichiarazione che verrà resa pubblica unitamente agli atti della Conferenza di Consenso. Se un esperto ha dubbi riguardo all'esistenza del potenziale conflitto di interessi deve informare il Presidente della Giuria e il Comitato Promotore

Attuazione

Operativamente, ogni esperto invitato a partecipare ai gruppi di lavoro o alla giuria della Conferenza di consenso sottoscrive la dichiarazione in Appendice A2 e, se non esistono condizioni di incompatibilità, partecipa a tutte le attività previste dalla Conferenza di consenso. Se esistono condizioni di incompatibilità non assoluta l'esperto ha facoltà - nel corso dei lavori - di dichiarare specifici potenziali conflitti di interessi e di astenersi da valutazioni nelle relative documentazioni.

Il Comitato Promotore della Conferenza di Consenso
Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma
AUSL 2 dell'Umbria, Centro Residenziale
per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del peso, Todi

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ e AUSL N.2 UMBRIA
Con il patrocinio del Ministero della Salute

**Conferenza nazionale di consenso
Disturbi del comportamento alimentare**

DICHIARAZIONE DI POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSI

Il sottoscritto _____ conferma
di aver letto il documento sulla dichiarazione di potenziale conflitto di interessi per la Conferenza di
consenso e dichiara di (barrare la casella ed eventualmente specificare):

/ / non avere un potenziale conflitto di interessi, come sopra descritto

/ / avere le seguenti condizioni che comportano un potenziale conflitto di interessi:

Firma _____

Data _____

Da inviare **entro il 13 dicembre 2011** a: corseconvegni@iss.it; oppure al n. fax 06/49904134

A3. Checklist utilizzate per la selezione degli studi

Appraisal of guidelines for research & evaluation II

Titolo della linea guida:

Domain 1. Scope and Purpose	1	2	3	4	5	6	7
1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.							
2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described							
3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.							
Domain 2. Stakeholder Involvement	1	2	3	4	5	6	7
4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.							
5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.							
6. The target users of the guideline are clearly defined.							
Domain 3. Rigour of Development	1	2	3	4	5	6	7
7. Systematic methods were used to search for evidence.							
8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.							
9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.							
10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.							
11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.							
12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.							
13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.							
14. A procedure for updating the guideline is provided							
Domain 4. Clarity of Presentation	1	2	3	4	5	6	7
15. The recommendations are specific and unambiguous.							
16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.							
17. Key recommendations are easily identifiable.							
Domain 5. Applicability	1	2	3	4	5	6	7
18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.							
19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.							
20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.							
21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.							
Domain 6. Editorial Independence	1	2	3	4	5	6	7
22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.							
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.							
Overall Guideline Assessment	1	2	3	4	5	6	7
1. Rate the overall quality of this guideline.							
2. I would recommend this guideline for use.							

From: <http://www.agreetrust.org> (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

AMSTAR for systematic reviews

Titolo dello studio:

<p>1. Was an 'a priori' design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>4. Was the <i>status</i> of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication <i>status</i>, language etc.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease <i>status</i>, duration, severity, or other diseases should be reported</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? 'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi- squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable
<p>10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't answer <input type="checkbox"/> Not applicable

segue

continua

11. Was the conflict of interest stated?
Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.
- Yes
 No
 Can't answer
 Not applicable
-

From: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte "Yes"

STUDIO INCLUSO **SI** **NO** (se **NO**, **NON** compilare la Checklist seguente)

PRISMA 2009 Checklist systematic reviews

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Title			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
Abstract			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
Introduction			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
Methods			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication <i>status</i>) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g. I^2 , for each meta-analysis.)	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	

segue

continua

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
Results			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
Discussion			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
Funding			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6(6):e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Criterio di inclusione: almeno il 75% di numeri di pagine riportati

STUDIO INCLUSO SI NO

Scala di JADAD per valutare la qualità metodologica degli RCT

From: <http://www.csbonlus.org/inc/ALLEGATI/Jadad.pdf> (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Titolo dello studio:

Assegnare 1 punto per ogni risposta positiva o 0 punti per ogni risposta negativa

- | | |
|--|---|
| 1) Lo studio era descritto come randomizzato ? | 0 |
| 2) Lo studio era descritto come doppio cieco ?
(solo per le sperimentazioni di farmaci) | 0 |
| 3) Lo studio era descritto come cieco ?
(solo per le sperimentazioni di trattamenti psicologici) | 0 |
| 4) Era presente la descrizione dei persi al follow-up ? | 0 |

Assegnare 1 punto in più se

- | | |
|--------------------------------|---|
| 5) Randomizzazione appropriata | 0 |
| 6) Cecità appropriata | 0 |

Togliere 1 punto se

- | | |
|----------------------------------|---|
| 5) Randomizzazione inappropriata | 0 |
| 6) Cecità inappropriata | 0 |

Punteggio totale (0-5)	0
-------------------------------	----------

RCT di non buona qualità <3

STUDIO INCLUSO **SI** **NO** (Se **NO**, **NON** compilare la Checklist seguente)

CONSORT 2010 Checklist of information to include when reporting a RCT*

Section/Topic	#	Checklist item	Reported on page #
Title and abstract			
Title and abstract	1a	Identification as a randomised trial in the title	
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	
	2b	Specific objectives or hypotheses	
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	
	4b	Settings and locations where the data were collected	
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	
Sample size	7a	How sample size was determined	
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
Randomisation: Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	

segue

continua

Section/Topic	#	Checklist item	Reported on page #
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow up	
	14b	Why the trial ended or was stopped	
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for *cluster* randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this Checklist, see www.consort-statement.org (ultima consultazione 31 gennaio 2013).

Nota: Se un item non è riportato digitare 0 (zero)

Criterio di inclusione: almeno il 75% di numeri di pagine riportati

STUDIO INCLUSO **SI** **NO**

TREND Statement Checklist for Non-Randomised Studies (NRS)

Titolo dello studio:

Section/Topic	#	Descriptor	Reported on page #
Title and abstract			
Title and abstract	1	Information on how unit were allocated to interventions Structured abstract recommended Information on target population or study sample	
Introduction			
Background	2	Scientific background and explanation of rationale Theories used in designing behavioral interventions	
Methods			
Participants	3	Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)	
		Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented	
		Recruitment setting	
		Settings and locations where the data were collected	
Interventions	4	Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:	
		- Content: what was given?	
		- Delivery method: how was the content given?	
		- Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?	
		- Deliverer: who delivered the intervention?	
		- Setting: where was the intervention delivered	
		- Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?	
		- Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?	
- Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)			
Objectives	5	Specific objectives and hypotheses	
Outcomes	6	Clearly defined primary and secondary outcome measures	
		Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties	
Sample size	7	How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules	

segue

continua

Section/Topic	#	Descriptor	Reported on page #
Assignment Method	8	Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)	
		Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)	
		Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)	
Blinding (masking)	9	Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed.	
Unit of Analysis	10	Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community)	
		If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis)	
Statistical methods	11	Statistical methods used to compare groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data	
		Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis	
		Methods for imputing missing data, if used	
		Statistical software or programs used	
Results			
Participant flow	12	Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow up, analysis (a diagram is strongly recommended)	
		– Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study	
		– Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition	
		– Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention	
		– Follow up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow up), by study condition	
		– Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition	
		Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons	
Recruitment	13	Dates defining the periods of recruitment and follow up	
Baseline data	14	Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition	
		Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research	
		Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition	
		Comparison between study population at baseline and target population of interest	
Baseline equivalence	15	Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences	

segue

continua

Section/Topic	#	Descriptor	Reported on page #
Numbers analysed	16	Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible Indication of whether the analysis strategy was "intention to treat" or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses	
Outcomes and estimation	17	For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision Inclusion of null and negative findings Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any	
Ancillary analyses	18	Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or explorator	
Adverse events	19	Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals)	
Discussion			
Interpretation	20	Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation Discussion of research, programmatic, or policy implications	
Generalisability	21	Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues	
Overall Evidence	22	General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory	

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94(3):361-6. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/> (ultima consultazione 31 gennaio 2013).

Nota: Se un item non è riportato digitare 0 (zero)

Criterio di inclusione: almeno il 75% di numeri di pagine riportati

STUDIO INCLUSO **SI** **NO**

NEWCASTLE-OTTAWA quality assessment scale cohort studies

From: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Outcome categories. A maximum of two stars can be given for Comparability

Title of the study:

Selection

1) Representativeness of the exposed cohort

- a) truly representative of the average _____(describe) in the community *
- b) somewhat representative of the average _____in the community *
- c) selected group of users eg nurses, volunteers
- d) no description of the derivation of the cohort

2) Selection of the non exposed cohort

- a) drawn from the same community as the exposed cohort *
- b) drawn from a different source
- c) no description of the derivation of the non exposed cohort

3) Ascertainment of exposure

- a) secure record (eg surgical records) *
- b) structured interview *
- c) written self report
- d) no description

4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study

- a) yes*
- b) no

Comparability

1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis

- a) study controls for _____(select the most important factor) *
- b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Outcome

1) Assessment of outcome

- a) independent blind assessment *
- b) record linkage *
- c) self report
- d) no description

2) Was follow-up long enough for outcomes to occur

- a) yes (select an adequate follow-up period for outcome of interest)*
- b) no

3) Adequacy of follow-up of cohorts

- a) complete follow-up - all subjects accounted for *
- b) subjects lost to follow-up unlikely to introduce bias - small number lost - > _____% (select an adequate %) follow up, or description provided of those lost) *
- c) follow-up rate < _____% (select an adequate %) and no description of those lost
- d) no statement

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte con asterisco

STUDIO INCLUSO

SI NO (se **NO**, **NON** compilare la Checklist successiva)

STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of cohort studies

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Title and abstract			
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Introduction			
Background/ rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow up, and data collection	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow up	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Data sources/ measurement	8*	1 EXPOSED: For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		2 UNEXPOSED: For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(c) Explain how missing data were addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(e) Describe any sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Results			
Participants	13*	EXPOSED (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, and analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

segue

continua

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Participants (<i>segue</i>)		EXPOSED (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, and analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Descriptive data	14*	UNEXPOSED (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Outcome data	15*	UNEXPOSED (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		1 EXPOSED: Report numbers of outcome events or summary measures over time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Main results	16	2 UNEXPOSED: Report numbers of outcome events or summary measures over time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other analyses	17	(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Interpretation	20	Discuss both direction and magnitude of any potential bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Generalisability	21	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Discuss the generalisability (external validity) of the study results	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each Checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE Checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org> (ultima consultazione 31 gennaio 2013).

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte "Yes"

STUDIO INCLUSO **SI** **NO**

NEWCASTLE-OTTAWA quality assessment scale case-control studies

From: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf (ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Note: A study can be awarded a maximum of one star for each numbered item within the Selection and Exposure categories. A maximum of two stars can be given for Comparability.

Title of the study:

Selection

1) Is the case definition adequate?

- a) yes, with independent validation *
- b) yes, eg record linkage or based on self reports
- c) no description

2) Representativeness of the cases

- a) consecutive or obviously representative series of cases *
- b) potential for selection biases or not stated

3) Selection of Controls

- a) community controls *
- b) hospital controls
- c) no description

4) Definition of Controls

- a) no history of disease (endpoint)*
- b) no description of source

Comparability

1) Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis

- a) study controls for (Select the most important factor.) *
- b) study controls for any additional factor * (This criteria could be modified to indicate specific control for a second important factor.)

Exposure

1) Ascertainment of exposure

- a) secure record (eg surgical records) *
- b) structured interview where blind to case/control status *
- c) interview not blinded to case/control status
- d) written self report or medical record only
- e) no description

2) Same method of ascertainment for cases and controls a) yes* b) no

3) Non-Response rate

- a) same rate for both groups *
- b) non respondents described
- c) rate different and no designation

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte con asterisco

STUDIO INCLUSO

SI NO (se **NO**, **NON** compilare la Checklist successiva)

STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of case-control studies

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Title and abstract			
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow up, and data collection	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Data sources/ measurement	8*	1) CASES: for each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		2) CONTROLS: for each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(c) Explain how missing data were addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(d) If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(e) Describe any sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

segue

continua

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Results			
Participants	13*	CASES (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, and analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CASES (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CASES (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CONTROLS (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, and analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CONTROLS (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CONTROLS (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Descriptive data	14*	CASES (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CASES (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CONTROLS (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		CONTROLS (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Outcome data	15*	1 CASES: Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		2 CONTROLS: Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

segue

continua

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*Give information separately for cases and controls.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each Checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE Checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org/>, (ultima consultazione 31 gennaio 2013).

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte "Yes"

STUDIO INCLUSO **SI** **NO**

STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of longitudinal/cross-sectional/descriptives studies

Title of the study:

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Title and abstract			
	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow up, and data collection	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Data sources/ measurement	8*	1 EXPOSED: For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		2 UNEXPOSED: For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(c) Explain how missing data were addressed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(e) Describe any sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

segue

continua

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Results			
Participants	13*	EXPOSED (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, and analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Descriptive data	14*	UNEXPOSED (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow up, analysed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (b) Give reasons for non-participation at each stage	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (c) Consider use of a flow diagram	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		EXPOSED (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Outcome data	15*	UNEXPOSED (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		UNEXPOSED (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Main results	16	1 EXPOSED: Report numbers of outcome events or summary measures over time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		2 UNEXPOSED: Report numbers of outcome events or summary measures over time	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other analyses	17	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

segue

continua

Section/Topic	#	Recommendation	Presence
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each Checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE Checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org> (ultima consultazione 31 gennaio 2013).

Criterio di inclusione: almeno il 75% di risposte "Yes"

STUDIO INCLUSO **SI** **NO**

Extract from: The NICE guidelines manual

Appendix I: Methodology Checklist: qualitative studies⁹

<http://mande.co.uk/blog/wp-content/uploads/2011/09/2009-Methodology-Checklist-qualitative-studies-NICE.pdf>
(ultima consultazione 31 gennaio 2013)

Study identification Include author, title, reference, year of publication	
Guidance topic:	Key research question/aim:
Checklist completed by:	

Section 1: theoretical approach

1.1 Is a qualitative approach appropriate? <i>For example:</i>	<input type="checkbox"/> Appropriate	Comments:
• Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings?	<input type="checkbox"/> Inappropriate	
• Could a quantitative approach better have addressed the research question?	<input type="checkbox"/> Not sure	

1.2 Is the study clear in what it seeks to do? <i>For example:</i>	<input type="checkbox"/> Clear	Comments:
• Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/research question(s)?	<input type="checkbox"/> Unclear	
• Are underpinning values/assumptions/theory discussed?	<input type="checkbox"/> Mixed	

⁹ This checklist is based on checklists in:

Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillon L (2003) Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence. London: Government Chief Social Researcher's Office. Available from: www.strategy.gov.uk/downloads/su/qual/downloads/qqe_rep.pdf

Public Health Resource Unit England (2006) Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – making sense of evidence: 10 questions to help you make sense of qualitative research. Available from: www.phru.nhs.uk/Doc_Links/Qualitative%20Appraisal%20Tool.pdf

National Training and Research Appraisal Group (NTRAG); contact: www.ntrag.co.uk

British Sociological Association (BSA); contact: www.britisoc.co.uk

Section 2: study design

2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology? Defensible Comments:

For example:

- Is the design appropriate to the research question? Not defensible
- Is a rationale given for using a qualitative approach? Not defensible
- Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used? Not sure
- Is the selection of cases/sampling strategy theoretically justified? Not sure

Section 3: data collection

3.1 How well was the data collection carried out? Appropriate Comments:

For example:

- Are the data collection methods clearly described? Inappropriate
- Were the appropriate data collected to address the research question? Inappropriate
- Was the data collection and record keeping systematic? Not sure/
inadequately reported

Section 4: validity

4.1 Is the role of the researcher clearly described? Clear Comments:

For example:

- Has the relationship between the researcher and the participants been adequately considered? Unclear
- Does the paper describe how the research was explained and presented to the participants? Not described

4.2 Is the context clearly described? Clear Comments:

For example:

- Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? Unclear
- Were observations made in a sufficient variety of circumstances? Unclear
- Was context bias considered? Not sure

4.3 Were the methods reliable? Reliable Comments:

For example:

- Were data collected by more than one method? Unreliable
- Is there justification for triangulation, or for not triangulating? Not sure
- Do the methods investigate what they claim to? Not sure

Section 5: analysis		
<p>5.1 Is the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is the procedure explicit – is it clear how the data were analysed to arrive at the results? • How systematic is the analysis – is the procedure reliable/dependable? • Is it clear how the themes and concepts were derived from the data? 	<p><input type="checkbox"/> Rigorous</p> <p><input type="checkbox"/> Not rigorous</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.2 Are the data 'rich'?</p> <p><i>For example::</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How well are the contexts of the data described? • Has the diversity of perspective and content been explored? • How well have the detail and depth been demonstrated? • Are responses compared and contrasted across groups/sites? 	<p><input type="checkbox"/> Rich</p> <p><input type="checkbox"/> Poor</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.3 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Did more than one researcher theme and code transcripts/data? • If so, how were differences resolved? • Did participants feed back on the transcripts/data? (if possible and relevant) • Were negative/discrepant results addressed or ignored? 	<p><input type="checkbox"/> Reliable</p> <p><input type="checkbox"/> Unreliable</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.4 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the findings clearly presented? • Are the findings internally coherent? • Are extracts from the original data included? • Are the data appropriately referenced? • Is the reporting clear and coherent? 	<p><input type="checkbox"/> Convincing</p> <p><input type="checkbox"/> Not convincing</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.5 Are the findings relevant to the aims of the study?</p>	<p><input type="checkbox"/> Relevant</p> <p><input type="checkbox"/> Irrelevant</p> <p><input type="checkbox"/> Partially relevant</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.6 Are the conclusions adequate?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How clear are the links between data, interpretation and conclusions? • Are the conclusions plausible and coherent? • Have alternative explanations been explored and discounted? • Does this study enhance understanding of the research subject? • Are the implications of the research clearly defined? • Is there adequate discussion of any limitations encountered? 	<p><input type="checkbox"/> Adequate</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequate</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure</p>	<p>Comments:</p>

Section 6: ethics

<p>6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations?</p> <p><i>For example:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Have ethical issues been taken into consideration? • Are ethical issues discussed adequately –do they address consent and anonymity? • Have the consequences of the research been considered; for example, raising expectations, changing behaviour? • Was the study approved by an ethics committee? 	<p><input type="checkbox"/> Clear</p> <p><input type="checkbox"/> Not clear</p> <p><input type="checkbox"/> Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
---	---	------------------

Methodology *Checklist*: qualitative studies
 © National Institute for Health and Clinical Excellence (January 2009)

Notes on use of Methodology Checklist: qualitative studies

There is considerable debate over which quality criteria should be used to assess qualitative studies. Quality in qualitative research can be assessed using the same broad concepts of validity (or trustworthiness) used for quantitative research, but these need to be put in a different contextual framework to take into account the aims of qualitative research.

This *Checklist* is designed for people with a basic understanding of qualitative research methodology, and is based on the broadly accepted principles that characterise qualitative research and that may affect its validity. The following notes provide suggestions for completing the *Checklist*. A list of publications on qualitative research is provided at the end of these notes for further reading on this topic.

The studies covered by this *Checklist* are those that collect and analyse qualitative data – usually (but not exclusively) textual (written), spoken or observational data. Qualitative data are occasionally collected using structured questionnaires (for example, as thematically organised free-text comments), but such research needs to be scrutinised carefully, as it may not meet acceptable quality criteria for consideration as a qualitative study.

The questions in the *Checklist* are framed to encompass the variety of ways in which qualitative research is conducted. Care must be taken to apply the *Checklist* in a way that matches the research methodology.

Note that the sub-questions given as examples under each question in the *Checklist* are intended to highlight some of the key issues to be considered for that question – they are not intended to be exhaustive. Please add any additional considerations in the comments box.

Section 1: theoretical approach

This section deals with the underlying theory and principles applied to the research.

1.1 Is a qualitative approach appropriate?

A qualitative approach can be judged to be appropriate when the research sets out to investigate phenomena that are not easy to quantify or measure accurately, or where such measurement would be arbitrary and inexact. If clear numerical measures could reasonably have been put in place, then consider whether a quantitative approach may have been more appropriate.

Qualitative research in public health commonly measures:

- personal experiences (for example, of a condition, treatment or situation)
- processes (for example, action research, practitioner or patient views on the acceptability of using new

- technology)
- personal values and beliefs (for example, about death, birth, disability)
- interactions and relationships (for example, the quality of the GP–patient relationship, the openness of a psychotherapeutic relationship)
- service evaluations (for example, what was good or bad about patients’
- experiences of a smoking cessation group).

1.2 Is the study clear in what it seeks to do?

The design of qualitative research tends to be ‘theory generativE rather than ‘theory testing’; it is therefore unlikely that a research question will be found in the form of a hypothesis or null hypothesis in the way that you would expect in traditional quantitative research. Nevertheless, the paper should still set out early and clearly what the study is investigating and what the parameters are. The research question should be set in context by the provision of an adequate summary of the background literature and the study’s underpinning values and assumptions.

Section 2: study design

This section considers the robustness of the design of the research project.

2.1 How defensible/rigorous is the research design/methodology?

There are a large number of qualitative methodologies, and a tendency in healthcare studies to ‘mix’ aspects of different methodologies or to use a generic qualitative method. From a qualitative perspective, none of this compromises the quality of the study as long as the following criteria are fulfilled:

- The research design should capture appropriate data and have an appropriate plan of analysis for the subject under investigation. There should be a clear and reasonable justification for the methods chosen.
- The choice of sample and sampling method should be clearly set out (ideally including any shortcomings of the sample) and should be reasonable. It is important to remember that sampling in qualitative research can be purposive and should not be random. Qualitative research is not experimental and does not purport to be generalisable, and therefore does not require a large or random sample. People are usually ‘chosen’ for qualitative research based on being key informers.

Section 3: data collection

3.1 How well was the data collection carried out?

Were the methods of data collection used the most appropriate, given the aims of the research? Was the data collection robust, and are there details of:

- how the data were collected?
- how the data were recorded and transcribed? (if verbal data)
- how the data were stored?
- what records were kept of the data collection?

Section 4: validity

Assessing the validity of qualitative research is very different from assessing that of quantitative research. Qualitative research is much more focused on demonstrating the causes of bias rather than eliminating them. It is therefore good practice to include sections in the report about the reflexive position of the researcher (their ‘rolE in the research), the context in which the research was conducted and the reliability of the actual data.

4.1 Is the role of the researcher clearly described?

The researcher should have considered their role in the research; for example, as a reader, interviewer or observer. This is often referred to as

'reflexivity'. The '*status*' of the researcher can profoundly affect the data. For example, a middle-aged woman and an 18-year-old man are likely to get different responses to questions about sexual activity when interviewing a group of teenage boys. It is important to consider age, sex, ethnicity and

'insider' *status* (such as where the interviewer or researcher is part of the group being researched or has the same condition or illness). The researcher can also profoundly influence the data by use of questions, opinions, judgements and so on, so it is important to know what the researcher's position is in this regard, and how the researcher introduced and talked about the research with the participants.

4.2 Is the context clearly described?

It is important when gauging the validity of qualitative data to engage with the data in a meaningful way, and to consider whether the data are plausible and realistic. To make an accurate assessment of this, it is important to have a good feeling for the context of the research in terms of the physical context (for example, youth club, GP surgery, gang headquarters) and who else was there (for example, participants are likely to position themselves very differently, and thus to respond very differently, in a discussion with parents present compared with a discussion with peers present). You should also feel that the participants are described in enough detail that the reader can have some sort of insight into their life and situation. Any potential context bias should be considered.

4.3 Were the methods reliable?

It is important that the method used to collect the data is appropriate for the research question, and that the data generated map well to the aims of the study. Ideally, more than one method should have been used to collect data, or there should be some other kind of system of comparison that allows the data to be compared. This is referred to as 'triangulation'.

Section 5: analysis

Qualitative data analysis is very different from quantitative analysis. This does not mean that it should not be systematic and rigorous; however, systematisation and rigour require different methods of assessment.

5.1 Is the data analysis sufficiently rigorous?

The main way to assess this is by how clearly the analysis is reported and whether the analysis is approached systematically. There should be a clear and consistent method for coding and analysing data, and it should be clear how the coding and analytical strategies were derived. Above all, these must be reasonable in light of the evidence and the aims of the study. Transparency is the key to addressing the rigour of the analysis.

5.2 Are the data 'rich'?

Qualitative researchers use the adjective 'rich' to describe data that are in-depth, convincing, compelling and detailed enough that the reader feels that they have achieved some level of insight into the research participants' experience. It is also important to know the 'context' of the data – where they came from, what prompted them, what they pertain to, and so on.

5.3 Is the analysis reliable?

The analysis of data can be made more reliable by setting checks in place. It is good practice to have sections of data coded by another researcher, or at least to have a second researcher check the coding for consistency. Participants may also be allowed to verify the transcripts of their interview (or other data collection, if appropriate). Negative or discrepant results should always be highlighted and discussed.

5.4 Are the findings convincing?

In qualitative research, the reader should find the results of the research convincing or credible. This means that the findings should be presented clearly and organised logically, they should not contradict themselves without explanation or consideration, and they should be clear and coherent.

Extracts from original data should be included where possible to give a fuller sense of the findings. These data should be appropriately referenced – although you would expect data to be anonymised, they still need to be referenced in relevant ways (for example, if gender differences were important, then you would expect extracts to be marked male/female).

5.5 Are the findings relevant to the aims of the study?

5.6 Are the conclusions adequate?

These sections are self explanatory.

Section 6: ethics

6.1 How clear and coherent is the reporting of ethical considerations?

All qualitative research involves ethical considerations, and these should be considered within any research report. Ideally there should be a full discussion of ethics, although this is rare because of space constraints in peer-reviewed journals. Important ethical issues that are raised by a particularly sensitive piece of research should be discussed in enough detail that the reader is convinced that every care was taken to protect research participants.

Any qualitative research should be approved by a research ethics committee, and this should be stated in the report.

Further readings

Barbour RS. *Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?* *BMJ* 2001;322(7294):1115-7.

Daly J *et al.* A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *J Clin Epidemiol* 2007;60(1):43-9.

Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320(7226):50-2.

Miller G, Dingwall R (Ed.). *Context and method in qualitative research*. London: Sage;1997.

A4. Lista degli studi esclusi per area tematica ¹⁰

Area 1

- Abbate-Draga G *et al.* Eating Problems and Personality Traits. An Italian Pilot Study among 992 High School Students. *Eur. Eat. Disorders Rev* 2007;15(6):471-8.
- Abede DS *et al.* Binge eating, purging and non-purging compensatory behaviours decrease from adolescence to adulthood: A population-based, longitudinal study. *BMC Public Health* 2012; 12:32.
- Alborghetti A *et al.* The prevalence of eating disorders in adolescents with idiopathic scoliosis. *Eating Disorders* 2007;16(1):85-93.
- Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22(2):153-60.
- Faravelli C *et al.* Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom* 2006;75(6):376-83
- Gruzca, RA, Przybeck, TR, Cloninger R. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2):124-31.
- Hay PJ *et al.* Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One* 2008 Feb 6;3(2):e1541
- Hilber A, de Zwaan M, Braehle E. How frequent are eating disturbances in the population? Norms of the eating disorder examination-questionnaire. *PLoS One* 2012;7(1):e29125. doi:10.1371/journal.pone.0029125.
- Huas C *et al.* Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(1):62-70.
- James A, Clacey J, Seagroatt V, Goldacre M. Adolescent inpatient psychiatric admission rates and subsequent one-year mortality in England: 1998-2004. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51 (12):1395-404.
- Jordan J *et al.* Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008; 41(1):47-56.
- Latzer Y, Vander S, Gilat I. Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic, a descriptive epidemiological study. *Eur Eat Disorders Rev* 2008; 16(2):139-46.
- McElroy SL *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2011;128(3):191-8.
- Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders, clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutr Clin Pract* 2010; 25(2):110-5.
- Mond JM *et al.* Health service utilization for eating disorders- findings from a community-based study. *Int J Eat Disord* 2007;40(5):399-408.
- Mond JM, Arrighi A. Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Interv Psychiatry* 2011;5(1):41-9.
- Muro-Sans P, Amador-Campos JA. Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eat Weight Disord* 2007;12(1):e1-6.
- Ramacciotti CE *et al.* Binge eating disorder, prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Res* 2000;94(2):131-8.

¹⁰ L'elenco degli studi inclusi è riportato nel corpo del documento sotto la voce "Bibliografia" di ciascuna area tematica.

- Striegel-Moore RH *et al.* Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *Int J Eat Disord* 2009;42(5):471-4
- Zhao Y, Encinosa, W. An Update on Hospitalizations for Eating Disorders, 1999 to 2009. HCUP Statistical Brief #120. September, 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponibile all'indirizzo: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf>; ultima consultazione 31 gennaio 2013.

Area 2

- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: individual-, family-, school-, and community-based interventions for pediatric overweight. *J Am Diet Assoc* 2006;106(6):925-45
- August GP *et al.* Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(12):4576-99.
- Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007;120 Suppl 4:S164-92.
- Campbell IC *et al.* Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(3):784-93.
- Celio Doyle A *et al.* Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health* 2008; 43(2):172-9.
- Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22(2):153-60.
- Daniels SR *et al.* American Heart Association Childhood Obesity Research Summit Report. *Circulation* 2009;119(15):e489-517
- Evaluation of the utility of a Nutrition Education Program with Eating Disorders. *Nutr Hosp* 2009;24(5):558-6.
- Fitzpatrick KK, Lock JD. Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online)* 2011; 04:1011
- Guidi J *et al.* The prevalence of compulsive eating and exercise among college students, An exploratory study. *Psychiatry Res* 2009;165(1-2):154-62
- Guillaume S *et al.* Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One* 2011; 6(8):e23578. doi:10.1371/journal.pone.0023578.
- Haines J *et al.* Screening high school students for eating disorders: validity of brief behavioral and attitudinal measures. *J Sch Health* 2011;81(9):530-5.
- Hautala L *et al.* Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *Int J Nurs Stud* 2009;46(11):1439-47.
- Hudson LD, Court AJ. What paediatricians should know about eating disorders in children and young people. *J Paediatr Child Health* 2012;48(10):869-75.
- Jett S, LaPorte DJ, Wanchisn J. Impact of exposure to pro-eating disorder websites on eating behaviour in college women. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18(5):410-6.
- Lock JD, Fitzpatrick KK. Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online)* 2009; 03:1011.
- López-Guimerà G *et al.* Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls- general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *Span J Psychol* 2011; 14(1):293-303.
- Martásková *et al.* Polymorphisms in serotonin-related genes in anorexia nervosa. The first study in Czech population and metaanalyses with previously. *Folia Biol (Praha)* 2009;55(5):192-7.

- Mayer LE *et al.* Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 2007; 164(6):970-2.
- Mendelsohn FA, Warren MP. Anorexia, bulimia, and the female athlete triad: evaluation and management. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2010;39(1):155-67.
- Mitchell KS *et al.* Innovative interventions for disordered eating: evaluating dissonance-based and yoga interventions *Int J Eat Disord* 2007;40(2):120-8.
- Newton MS, Ciliska D. Internet-based innovations for the prevention of eating disorders: a systematic review. *Eat Disord* 2006; 14(5):365-84.
- O'Brien KM, LeBow MD. Reducing maladaptive weight management practices: developing a psychoeducational intervention program. *Eat Behav* 2007; 8(2):195-210.
- Papadopoulos FC *et al.* Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The Br J Psychiatry* 2009;194(1):10-7.
- Provencher V *et al.* Who gains or who loses weight? Psychosocial factors among first-year university students. *Physiol Behav* 2009;8;96(1):135-41.
- Roberts ME *et al.* A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 2007;37(8):1075-1084.
- Salvy SJ *et al.* The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr* 2009;90(2):282-7.
- Sepulveda AR *et al.* Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health* 2008;28;8:102.
- Shaw H, Stice E, Black Becker C. Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18(1):199–207.
- Slof-Op 't Landt MCT *et al.* Association study in eating disorders: TPH2 associates with anorexia nervosa and self-induced vomiting. *Genes Brain Behav* 2011;10(2):236-43.
- Stice E *et al.* General and program-specific moderators of two eating disorder prevention programs. *Int J Eat Disord* 2008;41(7):611-7.
- Stice E, Shaw H, Rohde P. Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders using persuasion principles to promote health. *Prev Sci* 2008; 9(2):114-28.
- Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3:207-31.
- Summerbell CD *et al.* Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD001872. Update in *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD001872.
- Swanson SA *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-23.
- Wang LY *et al.* The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(8):756-62.
- Wolfe WL, Maisto SA. The effect of alcohol on body size discrepancy and self-awareness in young women. *Addict Behav* 2007;32(10):2340-4.

Area 3

- Arbaizar B *et al.* Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder, a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(5):471-5.

- Bissada H *et al.* Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2008;165(10):1281-8
- Bloomgarden A, Calogero RM. A randomized experimental test of the efficacy of emdr treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2008;16(5):418-27.
- Burckhardt P *et al.* The effects of nutrition, puberty and dancing on bone density in adolescent ballet dancers. *J Dance Med Sci* 2011 Jun;15(2):51-60
- Byford S *et al.* Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *Br J Psychiatry* 2007;191:436-40.
- Byrne SM *et al.* The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behaviour Research and Therapy* 2011;49(4):219-26.
- Carei TR *et al.* Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *J Adolesc Health* 2010;46(4):346-51.
- Carrard I *et al.* Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2011; 49(8):482-91.
- Casper RC *et al.* Total daily energy expenditure and activity level in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 1991;53(5):1143-50.
- Cassin SE *et al.* Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav* 2008;22(3):417-25.
- Castellini G *et al.* Different moderators of cognitive-behavioral therapy on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: a three-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2012;81(1):11-20.
- Court A *et al.* What is the scientific evidence for the use of antipsychotic medication in anorexia nervosa? *Eating Disorders* 2008;16(3):217-23.
- Dalle Grave R *et al.* The effect of inpatient cognitive-behavioral therapy for eating disorders on temperament and character. *Behav Res Ther* 2007;45(6):1335-44
- Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011; 22(2):153-60.
- Darcy AM *et al.* All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(4):260-70.
- de Zwaan M *et al.* Association between obesity and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community-based sample. *Obes Facts* 2011;4(3):204-11.
- Diamanti A, *et al.* Clinical efficacy and safety of parenteral nutrition in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2008;42(2):111-8.
- DiVasta AD, *et al.* Malnutrition and hemodynamic status in adolescents hospitalized for anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(8):706-13.
- Downe KA *et al.* Restraint, hunger, and disinhibition following treatment for binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42(6):498-504.
- Dragani B *et al.* Dynamic monitoring of restricted eating disorders by indirect calorimetry, a useful cognitive approach. *Eat Weight Disord* 2006;11(1):e9-14.
- Eisler I *et al.* A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow up. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(6):552-60.
- Espíndola CR, Blay SL. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann Clin Psychiatry* 2009;21(1):38-48.
- Fassino S *et al.* Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry* 2009;9:67.

- Fernández-Aranda F *et al.* Internet based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: a controlled study. *Cyberpsychol Behav* 2009;12(1):37-41.
- Fischer S, Le Grange D. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007;40(8):751-3.
- Fitzpatrick KK, Lock JD, Anorexia nervosa. *Clin Evid (Online)* 2011;04:1011
- Gladyshev OA, Isakov VA, Shakhovskaia AK. Dietotherapy of patients with anorexia nervosa and eating disorders in inpatient clinic. *Vopr Pitan* 2011;80(1):39-4.
- Gowers SG *et al.* Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007;191:427-35.
- Green JM *et al.* Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ* 2011;342:d682.
- Guarda AS *et al.* Perceived Coercion and Change in Perceived Need for Admission in Patients Hospitalized for Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):108-14.
- Haas VK *et al.* Body composition changes in female adolescents with anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 2009;89(4):1005-10.
- Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009;8(3):150-5.
- Hay P *et al.* What are the effects of providing *evidence-based* information on eating disorders and their treatments? A randomized controlled trial in a symptomatic community sample. *Early Interv in Psychiatry* 2007;1(4):316-24.
- Hay PP *et al.* Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003909. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd
- Hay PP *et al.* Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7;(4):CD000562
- Hediger C, Rost B, Itin P. Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweiz Med Wochenschr* 2000;130(16):565-75.
- Hilbert A, Brähler E, de Zwaan M. Eating disturbances in the German population. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2012;62(3-4):139-41.
- Hoste RR *et al.* What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? *Int J Eat Disord* 2007;40(7):668-71.
- Huang JS *et al.* Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2007;40(3):245-51.
- Huas C *et al.* Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(1):62-70.
- Huas CP *et al.* Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Res* 2011;185(3):421-6.
- Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43(3):195-204.
- Keel PK, Haedt A. *Evidence-based* psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(1):39-61.
- Kohn MR, Madden S, Clarke SD. Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(4):390-4.

- Korrelboom K *et al.* Competitive memory training (COMET) for treating low self esteem in patients with eating disorders: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(5):974-80
- Legenbauer T *et al.* Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Compr Psychiatry* 2011;52(3):301-11.
- Lock J *et al.* Treatment of adolescent eating disorders: progress and challenges. *Minerva Psichiatr* 2010; 51(3):207-16.
- Loria Kohen V *et al.* Evaluation of the utility of a Nutrition Education Program with Eating Disorders. *Nutr Hosp* 2009;24(5):558-67.
- Luck P, Wakeling A. Altered thresholds for thermoregulatory sweating and vasodilatation in anorexia nervosa. *Br Med J* 1980;281(6245):906-8.
- Martin AC, Pascoe EM, Forbes DA. Monitoring nutritional status accurately and reliably in adolescents with anorexia nervosa. *J Paediatr Child Health* 2009;45(1-2):53-7
- Mattar L *et al.* Relationship between malnutrition and depression or anxiety in Anorexia Nervosa: a critical review of the literature. *J Affect Disord* 2011;132(3):311-8.
- Mayer LE *et al.* Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 2007;164(6):970-2.
- McIntosh VV *et al.* Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychol Med* 2011;41(5):1061-71.
- McKnight RF, Park RJ. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disorders Rev* 2010; 18(1):10-21.
- Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-71.
- Moukaddem M *et al.* Increase in diet-induced thermogenesis at the start of refeeding in severely malnourished anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 1997;66(1):133-40.
- Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):17-30.
- Norris ML *et al.* Factors influencing research drug trials in adolescents with anorexia nervosa. *Eat Disord* 2010;18(3):210-7.
- Nova E *et al.* Evolution of serum biochemical indicators in anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. *J Hum Nutr Diet* 2008;21(1):23-30.
- Nova E, Marcos A. Immunocompetence to assess nutritional status in eating disorders. *Expert Rev Clin Immunol* 2006;2(3):433-44.
- Ozier AD, Henry BW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2011;111(8):1236-41
- Ozier AD, Henry BW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2011;111(8):1236-41.
- Papezová H, Yamamotoová A, Uher R. Elevated pain threshold in eating disorders, physiological and psychological factors. *J Psychiatr Res* 2005;39(4):431-8
- Peebles R *et al.* Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010;125(5):e1193-201.
- Pemberton K, Fox JR. The Experience and Management of Emotions on an Inpatient Setting for People with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *Clin Psychol Psychother* 2011; Dec 14. doi:10.1002/cpp.794.

- Perkins SSJ *et al.* Self-help and guided self-help for eating disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;(3):CD004191. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Reas DL, Grilo CM. Review and Meta-analysis of Pharmacotherapy for Binge-eating Disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(9):2024-38.
- Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract* 2010; 25(2):122-36.
- Rettew DC *et al.* Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interview. *Int J Methods Psychiatr Res* 2009;18(3):169-84.
- Ricca V, *et al.* Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: a three-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2010;79(4):238-48.
- Ricca V, *et al.* Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite* 2010;55(3):656-65.
- Rigaud D *et al.* Hormonal and psychological factors linked to the increased thermic effect of food in malnourished fasting anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92(5):1623-9.
- Roots P *et al.* User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev* 2009;17(5):331-7.
- Rossini R, *et al.* Effects of cognitive behavioral treatment for weight loss in family members. *J Am Diet Assoc* 2011;111(11):1712-9.
- Rowe SL *et al.* Complex personality disorder in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 2010; 51(6):592-8.
- Rowe SL *et al.* Does avoidant personality disorder impact on the outcome of treatment for bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2010;43(5):420-7.
- Rowe SL *et al.* Dimensional measures of personality as a predictor of outcome at 5-year follow-up in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 2011;185(3):414-20.
- Schlick A *et al.* Agreement between clinical evaluation and structured clinical interviews (SCID for DSM-IV) in morbidly obese pre-bariatric surgery patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010;60(12):469-73.
- Schmidt U *et al.* A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164(4):591-8.
- Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutr Clin Pract* 2010;25(2):137-42.
- Shapiro JR *et al.* Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):321-36.
- Shepperd S *et al.* Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006410
- Smith A, Cook-Cottone C. A review of family therapy as an effective intervention for anorexia nervosa in adolescents. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(4):323-34.
- Stein KF *et al.* An eating disorder randomized clinical trial and attrition. Profiles and determinants of dropout. *Int J Eat Disord* 2011;44(4):356-68.
- Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1331-41.
- Swenne I, Engström I. Medical assessment of adolescent girls with eating disorders: an evaluation of symptoms and signs of starvation. *Acta Paediatr* 2005;94(10):1363-71.
- Sysko R, *et al.* Heterogeneity moderates treatment response among patients with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(5):681-90.

- Tantillo M *et al.* Combining supported housing and partial hospitalization to improve eating disorder symptoms, perceived health *status*, and health related quality of life for women with eating disorders. *Eat Disord* 2009;17(5):385-99. Ultima consultazione 31.01.2013, disponibile all'indirizzo: <http://dx.doi.org/10.1080/10640260903210172>.
- Turkiewicz G *et al.* Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa, an observational study conducted in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(2):169-72.
- Wade TD *et al.* Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(3):235-43.
- Wallier J *et al.* Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):636-47.
- Wild B *et al.* The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa--a randomized controlled trial. *Trials* 2009;10:23.
- Wilfley DE *et al.* Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):51-8.
- Zaitsoff SL *et al.* How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment? *Int J Eat Disord* 2008;41(5):390-8.
- Zeeck A *et al.* Stability of long-term outcome in bulimia nervosa: a 3-year follow up. *J Clin Psychol* 2011; 67(3):318-327.

*Stampato da Ugo Quintily SpA
Viale Enrico Ortolani 149/151, 00125 Roma*

Roma, gennaio-marzo 2013 (n. 1) 8° Suppl.