

**PROGETTO NAZIONALE**  
**“Le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare”**



*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*



**Regione Umbria**



**Scheda di rilevazione nazionale delle Associazioni dedicate al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.**

<b>1. Denominazione e dati dell'associazione</b>
1 a) Denominazione dell'associazione .....
1 b) Regione .....
1 c) Provincia .....
1 d) Data di attivazione dell'associazione (gg/mm/aa) .....
1 e) Indirizzo dell'associazione .....
1 f) Recapito telefonico .....
1 g) Numero di fax .....
1 h) Indirizzo e-mail .....
1 i) Indirizzo web .....
1 l) L'associazione risulta essere iscritta all'albo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

<b>2. Responsabile dell'associazione dedicata ai disturbi del comportamento alimentare</b>	
Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> 2 a ) Medico <input type="checkbox"/> 2 b) Psicologo <input type="checkbox"/> 2 c) Altra figura professionale, specificare.....	
Specializzazione .....	
Numero di telefono .....	
Numero di fax .....	
Indirizzo e-mail .....	

**3. L'associazione opera su quale scala di azione:**

- 3a) Nazionale
- 3b) Regionale
- 3c) Provinciale
- 3d) Comunale

**4. L'associazione dispone di altre sedi oltre a quella principale?**

- 4a) Sì, specificare numero:.....
- 4b) No

**Se l'associazione ha più sedi, queste dove sono dislocate?**

- 4c) Nel medesimo comune, specificare dove:  
.....
- 4d) Nella medesima provincia, specificare dove:  
.....
- 4e) Nella medesima regione, specificare dove :  
.....
- 4f) Su territorio nazionale, specificare dove:  
.....  
.....  
.....

**5. L'associazione prevede la partecipazione di:**

- 5 a) Soci attivi, specificare il numero: .....
- 5b) Soci non attivi, specificare il numero: .....
- 5c) Non prevede la partecipazione di soci

**6. L'associazione ha scopi di lucro?**

- 6a) Sì
- 6b) No

**E' richiesta una sottoscrizione?**

- 6c) Sì
- 6d) No

**Di quale entità e con quale modalità?**

.....

**7. L'associazione è collegata a qualche struttura medica preposta al trattamento dei DCA?**

Denominazione della struttura  
.....

Indirizzo della struttura  
.....

Numero telefonico della struttura

..... fax.....

Indirizzo mail della struttura  
.....

Tipologia della struttura:

- 7 a) ULSS (ambulatorio, altro tipo di servizi...)
- 7 b) Ospedale (tipologia di reparto, day hospital....)
- 7 c) Casa di Cura
- 7 d) Comunità terapeutica
- 7 e) Struttura residenziale
- 7 f) Ambulatorio/centro privato
- 7 g) Altro, specificare:

**8. L'associazione collabora con altri enti o strutture di tipo non medico?**

- 8 a) Sì
- 8 b) No

Con quale tipologia di struttura collabora l'associazione?

- 8c) Università
- 8d) Centri di ricerca
- 8e) Centri studio per la rilevazione e lo studio delle patologie su territorio nazionale o regionale
- 8 f) Centri di ascolto
- 8 g) Centri per le tossicodipendenze
- 8 h) Altre associazioni
- 8 i) Altro, specificare:

**9. Quale tipo di intervento svolge l'associazione?**

- 9 a ) Informazione sul territorio riguardo ai DCA
- 9 b) Prevenzione sul territorio riguardo ai DCA
- 9 c) Ricerca scientifica riguardo ai DCA
- 9 d) Pubblicazioni scientifiche e convegni di aggiornamento riguardo ai DCA
- 9 e) Formazione del personale e didattica riguardo ai DCA
- 9 f) Sostegno e ascolto
- 9 g) Attività terapeutiche individuali riguardo ai DCA
- 9 h) Attività terapeutiche di gruppo
- 9 i) Attività psicoeducazionale di gruppi
- 9 l) Sportello telefonico di ascolto
- 9 m) Altro, specificare

**10. Il personale operante nell'associazione è costituito da:**

- 10 a) Medici
- 10 b) Psicologi
- 10 c) Dietisti / nutrizionisti
- 10 d) Educatori professionali
- 10 e) Operatori socio-sanitari
- 10 f) Volontari
- 10 g) Tirocinanti
- 10 h) Altro, specificare.....

**11. Orario di apertura/funzionamento dell'associazione**

Giorno	Orario
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	
Numero totale di ore di apertura alla settimana: 11 a) .....	

**12. Tipologia di utenza**

- 12 a ) Soggetti affetti da DCA
  - 12 b) Soggetti che sono stati affetti da DCA
  - 12 c) Familiari, amici e conoscenti di soggetti affetti da DCA
  - 12 d) Qualunque soggetto sia interessato ai DCA
  - 12 e) Studenti
  - 12 f) Figure di riferimento: insegnanti, istruttori di palestra....(specificare)
  - 12 g) Medici e psicologi
  - 12 h) Altro, specificare: .....
- .....
- .....

**13. Se si svolgono attività di gruppo, che tipo di attività viene svolta?**

Tipologia dell'attività di gruppo

- 13 a) Gruppi terapeutici
- 13 b) Gruppi psicoeducazionali
- 13 c) Gruppi di auto aiuto

Tipologia dell'utenza partecipante ai gruppi

- 13 d) Soggetti non affetti da DCA (familiari, amici di persone affette da DCA o soggetti interessati ai DCA)
- 13 e) Soggetti affetti da DCA o precedentemente affetti da DCA
- 13 f) Soggetti dello stesso sesso
- 13 g) Soggetti della stessa fascia di età

Modalità di accesso all'intervento di gruppo

- 13 h) Accesso al gruppo dopo incontri individuali
- 13 i) Accesso libero al gruppo
- 13 l) Accesso al gruppo all'inizio di ogni ciclo di incontri

**14. Con che frequenza si svolgono gli incontri?**

- 14 a) Una volta a settimana
- 14 b) Una volta al mese
- 14 c) Più volte al mese
- 14 d) Altro

Specificare.....

**15. Modalità di accesso agli incontri dell'associazione:**

- 15 a) Previa iscrizione
- 15 b) Previa primo contatto telefonico
- 15 c) Previa primo incontro individuale
- 15 d) Accesso libero
- 15 e) Altro

Specificare.....

.....

