

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



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

<b>1. Denominazione e dati della struttura</b>
1 a) Denominazione della struttura
1 b) Azienda sanitaria di appartenenza
1 c) Regione
1 d) Provincia
1 e) Data di attivazione della struttura (gg/mm/anno)
1 f) Dipartimento di appartenenza

<b>2. Localizzazione della struttura</b>	
<input type="checkbox"/> 2 a) Ospedale	
<input type="checkbox"/> 2 b) Territorio	
Comune	
Indirizzo	
Telefono	Fax
Indirizzo e-mail	
Indirizzo internet	

<b>3. Responsabile della struttura dedicata al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare</b>	
Cognome	Nome
<input type="checkbox"/> 3 a) Medico	
<input type="checkbox"/> 3 b) Psicologo	
<input type="checkbox"/> 3 c) Altra figura professionale, specificare:.....	
Specializzazione	
Telefono	Fax
Indirizzo e-mail	

<b>4. La struttura dispone di</b>	<b>Sì (quanti)</b>	<b>no</b>
Ambulatori	<input type="checkbox"/> 4 a n° _____	<input type="checkbox"/> 4 b)
Sala di attesa per utenti	<input type="checkbox"/> 4 c) n° _____	<input type="checkbox"/> 4 d)
Segreteria informazioni	<input type="checkbox"/> 4 e) n° _____	<input type="checkbox"/> 4 f)
Locale per attività terapeutiche comuni/di gruppo	<input type="checkbox"/> 4 g) n° _____	<input type="checkbox"/> 4 h)
Locale visita medica	<input type="checkbox"/> 4 i) n° _____	<input type="checkbox"/> 4 l)
Locale per riunioni	<input type="checkbox"/> 4 m)	<input type="checkbox"/> 4 n)

	n° _____	
Locale archivio	<input type="checkbox"/> 4 o) n° _____	<input type="checkbox"/> 4 p)

#### 5. Livello di trattamento erogato all'interno della struttura

- 5 a) Ambulatorio
- 5 b) Day Hospital
- 5 c) Ricovero ospedaliero
- 5 d) Riabilitazione in regime residenziale

#### 6. Se la struttura non dispone internamente di ricovero in Day Hospital, esiste la possibilità di effettuare il trattamento in altra struttura?

- 6 a) sì, specificare il nome della struttura.....  
.....
- 6 b) no
- 6 c) in altro Ospedale della Assl
- 6 d) in Casa di cura convenzionata

#### 7. Nel caso di trattamento in Day Hospital in altra struttura, esiste un protocollo?

- 7 e) sì
- 7 f) no

#### 8. Sono previsti posti letto specifici per ricoveri dei DCA in condizioni di acuzie?

- 8 a) sì, specificare quanti.....
- 8 b) no

Medici:

- 8 c) in questa struttura
- 8 d) in altro Ospedale della Assl
- 8 e) in Casa di cura convenzionata
- 8 f) no

Pediatrici:

- 8 g) in questa struttura

<input type="checkbox"/> 8 h) in altro Ospedale della Assl <input type="checkbox"/> 8 i) in Casa di cura convenzionata <input type="checkbox"/> 8 l) no
<b>Psichiatrici:</b> <input type="checkbox"/> 8 m) in questa struttura <input type="checkbox"/> 8 n) in Ospedale della Assl presso SPDC <input type="checkbox"/> 8 o) in Ospedale della Assl non in SPDC <input type="checkbox"/> 8 p) in altro Ospedale o Casa di cura convenzionata <input type="checkbox"/> 8 q) no
<input type="checkbox"/> 8 r) Altro, specificare:.....

<b>9. I posti letto per acuzie sono interamente e stabilmente dedicati al trattamento dei DCA?</b>
<input type="checkbox"/> 9 a) sì <input type="checkbox"/> 9 b) no

<b>10. Nel caso di ricovero per acuzie in altra struttura, esiste un protocollo?</b>
<input type="checkbox"/> 10 a) sì <input type="checkbox"/> 10 b) no

<b>11. In caso di ricovero ospedaliero per acuzie in altro reparto/struttura la équipe della struttura continua a seguire l'utente anche durante il periodo di ricovero?</b>
<input type="checkbox"/> 11 a) no, l'utente viene affidato al reparto/struttura e ripreso in carico alla dimissione
<input type="checkbox"/> 11 b) no, l'utente viene affidato al reparto/struttura ed alla dimissione deve compiere un nuovo accesso alla struttura (rivalutazione, riapertura cartella, ecc.)
<input type="checkbox"/> 11 c) sì, il personale della struttura segue l'utente ed interagisce attivamente con il personale del reparto di degenza (condivisione di informazioni, programma terapeutico, ecc.)
<input type="checkbox"/> 11 d) Altro, specificare: .....

<b>12. La struttura dispone di posti letto per il trattamento residenziale e/o semiresidenziale riabilitativo?</b>
--

- 12 a) sì, specificare quanti.....
- 12 b) no

**13. Nel caso di trattamento riabilitativo residenziale/semiresidenziale in altra struttura, esiste un protocollo?**

- 13 a) sì
- 13 b) no

**14. I posti letto per il trattamento residenziale/semiresidenziale riabilitativo sono interamente e stabilmente dedicati al trattamento dei DCA?**

- 14 a) sì
- 14 b) no

**15. Vengono accolti utenti affetti da DCA in comorbidità con altre patologie psichiatriche?**

- 15 a) sì
- 15 b) no

**16. Posti residenziali e semiresidenziali dedicati ai DCA in dotazione alla struttura**

Tipologia di struttura	Numero posti	Numero giorni assistenza nel 2007	Tariffa giornaliera applicata nel 2007
Residenziale	<input type="checkbox"/> 16 a) n° _____	<input type="checkbox"/> 16 b) n° _____	<input type="checkbox"/> 16 c) € _____
Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> 16 d) n° _____	<input type="checkbox"/> 16 e) n° _____	<input type="checkbox"/> 16 f) € _____

**17. Orari di apertura/funzionamento del servizio dedicato ai DCA**

Giorno	Orario
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	
Sabato	
Domenica	
<input type="checkbox"/> 17 a) Numero totale di ore di apertura alla settimana:.....	

**18. Modalità di accesso alla struttura**

--	--	--

Accesso diretto con impegnativa del MMG o altro specialista	<input type="checkbox"/> 18 a) sì	<input type="checkbox"/> 18 b) no		
Accesso diretto senza impegnativa	<input type="checkbox"/> 18 c) sì	<input type="checkbox"/> 18 d) no		
Accesso tramite centro unico di prenotazione o simili	<input type="checkbox"/> 18 e) sì	<input type="checkbox"/> 18 f) no		
Altre modalità di accesso, specificare .....	<input type="checkbox"/> 18 g) sì	<input type="checkbox"/> 18 h) no		
È previsto il pagamento del ticket per il trattamento ambulatoriale? Specificare importo:.....€	<input type="checkbox"/> 18 i) sì	<input type="checkbox"/> 18 l) no		
La prima visita è multiprofessionale (medico, psicologo, dietista) Se sì, indicare le figure che, di solito, la eseguono:  1. .... 2. .... 3. .... 4. ....	<input type="checkbox"/> 18 m) sì	<input type="checkbox"/> 18 n) no		
Indicare il costo medio complessivo della prima visita: <input type="checkbox"/> 18 o) .....€				
<b>19. Utenza</b>				
19 a) Numero totale prime visite effettuate nel 2007:				
19 b) Numero totale visite effettuate nel 2007:				
19 c) Numero totale utenti in carico al 31.12.2007	A	D	O	R
	_____	_____	_____	_____
N.B. Per utenti in carico si intendono le persone direttamente assistite dagli operatori della struttura, per i quali è stato eseguito un corretto e completo inquadramento diagnostico iniziale, a cui vengano erogate prestazioni con frequenza almeno quindicinale, in modo continuativo da almeno tre mesi. A = Ambulatorio; D = Day Hospital; O = Ricovero Ospedaliero; R = Riabilitazione residenziale.				

<b>20. Caratteristiche della utenza (indicare il n° di pazienti per ogni voce)</b>				
Sesso	Utenti maschi <input type="checkbox"/> 20 a) n° _____		Utenti femmine <input type="checkbox"/> 20 b) n° _____	
Età	9/13 anni <input type="checkbox"/> 20 c) n° _____	14/24 anni <input type="checkbox"/> 20 d) n° _____	25/35 anni <input type="checkbox"/> 20 e) n° _____	>35 anni <input type="checkbox"/> 20 f) n° _____
Diagnosi	AN <input type="checkbox"/> 20 g) n° _____	BN <input type="checkbox"/> 20 h) n° _____	BED <input type="checkbox"/> 20 i) n° _____	EDNOS <input type="checkbox"/> 20 l) n° _____

<b>21. Provenienza della utenza (in percentuale rispetto al totale delle 1° visite 2007)</b>	
<input type="checkbox"/> 21 a) Assl nella quale è dislocata la struttura	_____ %
<input type="checkbox"/> 21 b) Altra Assl della Provincia	_____ %

<input type="checkbox"/> 21 c) Altra Assl della Regione	_____	%
<input type="checkbox"/> 21 d) Assl di altra Regione	_____	%

**22. Nella struttura è previsto**

L'uso e la somministrazione di farmaci:

- 22 a) sì
- 22 b) no

L'uso e la somministrazione preparati e tecniche di medicina non convenzionale:

- 22 c) sì
- 22 d) no

L'uso di integratori alimentari:

- 22 e) sì
- 22 f) no

L'uso del sondino nasogastrico:

- 22 g) sì
- 22 h) no

L'esecuzione routinaria e programmata di:

- 22 i) esami di laboratorio
- 22 l) ECG
- 22 m) BIA
- 22 n) Altro, specificare: .....

Lo svolgimento di attività terapeutiche:

- 22 o) individuali
- 22 p) di gruppo
- 22 q) no

Lo svolgimento di attività nutrizionali/dietologiche:

- 22 r) sì
- 22 s) no

Lo svolgimento di attività riabilitative peculiari per i DCA:

- 22 t) sì
- 22 u) no

Specificare:

.....  
.....

**23. Strumenti diagnostici e clinici adottati**

L'utente viene pesato e valutato (valutazione della composizione corporea: bioimpedenziometria, plicometria):

- 23 a) in occasione della prima visita
- 23 b) solo quando ritenuto necessario
- 23 c) ad ogni visita di controllo, specificare la frequenza:.....
- 23 d) altro.....

L'utente viene sottoposto a visita medica:

- 23 e) in occasione della prima visita
- 23 f) solo quando ritenuto necessario
- 23 g) ad ogni visita di controllo, specificare la frequenza:.....
- 23 h) altro.....

Vengono eseguiti test psicodiagnostici del DCA al momento della prima visita?

- 23 i) sì
- 23 l) no

specificare i test utilizzati:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Viene ripetuta la somministrazione dei test?

- 23 m) sì
- 23 n) no

23 o) Con quale frequenza?.....

Vengono utilizzati strumenti di valutazione dell'esito del trattamento? (test, peso, BMI,...)

- 23 p) sì
- 23 q) no

Specificare: .....

.....

Tutta l'équipe utilizza la medesima cartella clinica?

- 23 r) sì
- 23 s) no

Esiste una cartella clinica elettronica?

- 23 t) sì
- 23 u) no

<b>24. Personale dipendente della struttura dedicata al trattamento dei DCA al 31 12.07</b>				
Profilo professionale	Dipendenti		Convenzionati, assimilati e volontari	
	N. operatori complessivi	N. operatori equivalenti	N. operatori complessivi	N. operatori equivalenti
24 a) Medici psichiatri				
24 b) Medici di altre specialità				
24 c) Psicologi				
24 d) Dietisti				
24 e) Infermieri				
24 f) Assistenti sociali				
24 g) Tecnici riabilitazione psichiatrica				
24 h) Educatori professionali				



24 i) OTA/O.S.S.				
24 l) Fisioterapisti/operatori riabilitazione motoria				
24 m) Operatori di tecniche espressive (teatro/danza/musicoterapia) e terapeutico-riabilitative				
24 n) Amministrativi				
24 o) Altro (specificare)				
Totale				

N.B. compilare la scheda facendo riferimento al personale in servizio al 31/12/2007.

Per Dipendenti si intende tutto il personale dipendente dell'Azienda ULSS o Ospedaliera, in servizio al 31/12/2007 all'interno dell'U.O., con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, incluso anche quello assente per congedo ordinario, malattia o in aspettativa.

Per Convenzionati e Assimilati si intende tutto il personale, in servizio al 31/12/2007, con qualsiasi forma di convenzione stipulata direttamente con l'Azienda ULSS, ovvero tutto il personale dipendente da strutture private accreditate compresi gli specializzandi con borsa.

Il Numero Operatori Complessivi include tutti gli operatori che operano presso la struttura indipendentemente dal numero di ore prestate.

Il Numero Operatori Equivalenti si calcola dividendo il monte-ore complessivo settimanale degli operatori per 38 nel caso di medici e psicologi e per 36 nel caso degli altri operatori, arrotondando la cifra ai due decimali.

**25. Nel vostro ambito territoriale esistono associazioni ONLUS (senza scopo di lucro) che si occupano di disturbi del comportamento alimentare?**

- 25 a) sì
- 25 b) no

Potete indicare, se ne siete a conoscenza, i riferimenti di tali ONLUS?

Nominativo della ONLUS:.....

Nominativo del Responsabile: .....

Indirizzo: .....

Recapito telefonico: .....

Recapito e-mail: .....

Sito internet: .....

Altro: .....

**Commenti e considerazioni**

**Firma e timbro del Responsabile della struttura/servizio (vedere punto 3)**

**Nominativo leggibile in stampatello**

**Firma**

**Data**

**Firma e timbro del Responsabile della struttura di appartenenza del servizio (distretto, presidio ospedaliero, direzione sanitaria, direzione sociale)**

**Nominativo leggibile in stampatello**

**Firma**

**Data**

Da spedire firmato a: Silvia Ferri ASL 2 Centro Disturbi alimentari Palazzo Francisci Via Cesia 65 Todi ( Perugia )

Per qualunque chiarimento in merito alla compilazione della scheda si prega di contattare:

Silvia Ferri [mappadca@gmail.com](mailto:mappadca@gmail.com) cell. 3395949843