



REGIONE DEL VENETO

*Segreteria regionale per la Sanità
Direzione regionale Attuazione Programmazione Sanitaria
Servizio Tutela Salute Mentale*



ASSISTENZA E TRATTAMENTO DEI DCA NEL VENETO

Sottoprogetto della Ricerca Sanitaria Finalizzata
Studio Multicentrico per la costituzione di una biobanca genetica per i disturbi del comportamento alimentare **BIO.VE.D.A.** (BIObanca VEneta per i Disturbi dell'Alimentazione)
DGR 1614 del 17 giugno 2008

**A cura del
Dipartimento di Salute Mentale ULSS 5 Arzignano (VI)**

Agosto 2012

INDICE

INTRODUZIONE	pg. 3
1. LA RICERCA SANITARIA FINALIZZATA BIO.VE.D.A.	
Rilevazione delle modalità di assistenza ai DCA nella Regione Veneto	pg. 4
1.1 Obiettivi	pg. 4
1.2 Strumenti	pg. 4
1.3 Target	pg. 4
1.4 Modalità e tempi di esecuzione	pg. 4
1.5 I questionari: aree tematiche	pg. 5
1.5.1 Questionario per i Centri di Riferimento DCA	pg. 5
1.5.2 Questionario per i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)	pg. 6
1.5.3 Questionario per le Case di Cura private (CDC)	pg. 8
2. PRESENTAZIONE E ANALISI DEI DATI	pg. 9
2.1 Centri di Riferimento DCA	pg. 9
2.2 Dipartimenti di Salute Mentale	pg. 16
2.3 Case di Cura Private	pg. 24
3. RISULTATI	pg. 32
3.1 Centri di Riferimento DCA	pg. 32
3.2 Dipartimenti di Salute Mentale	pg. 33
3.3 Case di Cura Private	pg. 34
4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	pg. 35
5. BIBLIOGRAFIA	pg. 36
APPENDICE	pg. 37
A. QUESTIONARIO CASE DI CURA	
B. QUESTIONARIO CENTRI DI RIFERIMENTO	
C. QUESTIONARIO DSM	

INTRODUZIONE

LA REGIONE VENETO E I DCA: PRESUPPOSTI PER UNA RILEVAZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) si configurano oggi come problema sociosanitario specifico e particolare che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento, con numeri tali da diventare un fenomeno di allarme sociale. La loro prevalenza nel Veneto risulta molto alta: una ricerca (Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P, 2003) su un campione rappresentativo della popolazione generale di Padova stima che il 10% della popolazione femminile (18-24 anni) soffre o ha sofferto di un disordine alimentare di rilevanza clinica. Si citano altresì dati di prevalenza nella popolazione adolescenziale generale: la prevalenza è di 1%; sulla base degli studi di prevalenza si possono inoltre prevedere in Italia, su 1000 giovani donne (12-25 anni), 3 casi di AN, 10 di BN, e 70 di DCA-NAS (Cuzzolaro, 2002; Dalle Grave, 1996). L'incidenza di anoressia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) nella popolazione a rischio è stimabile nel suo complesso attorno al 3-4%, cui va aggiunto un 5% dei casi non ancora clinicamente rilevabili. Il rapporto maschi/femmine è 1:10 per AN; 1:20 per BN. Età: per AN sono presenti due picchi di frequenza sui 14 e sui 18 anni; mentre il quadro di BN insorge intorno ai 18-20 anni. La distribuzione per classi sociali è invece uniforme; anche se l'incidenza della AN non è significativamente maggiore nelle grandi città rispetto ai piccoli centri e alle campagne, mentre quella della BN è molto maggiore nei grandi centri urbani.

Alla base di ogni protocollo di trattamento è la cura psichiatrica effettuata in combinazione con altre specifiche modalità di cura, mediche, psicoterapeutiche e riabilitative (APA, 2007). La complessità clinica di questi quadri richiede il coinvolgimento di figure professionali afferenti a diverse discipline, lo sviluppo di specifiche competenze, l'acquisizione della capacità di condividere tra i servizi i progetti terapeutici e di integrare le diverse tipologie di intervento, mettendo in atto collaborazioni tra servizi specifici, medici di medicina generale e reparti ospedalieri.

La Regione Veneto, tra le prime in Italia, ha individuato un sistema di interventi in materia di DCA (DGR. n. 3540 del 19 ottobre 1999) e ha promosso una rete di servizi i cui attori principali sono i Centri di Riferimento provinciali e regionali, i Dipartimenti di Salute Mentale e le Case di Cura private specializzate.

Per comprendere quali sono le relazioni tra i Servizi e i percorsi di cura intrapresi si è proposta una ricerca che analizzasse le modalità di operare dei Servizi e le collaborazioni tra loro.

La Regione Veneto nell'allegato B del DGR. n. 1614 del 17 giugno 2008 ha approvato la Ricerca Sanitaria Finalizzata denominata: "*Studio Multicentrico per la costituzione di una biobanca genetica per i disturbi del comportamento alimentare: **BIO.VE.D.A.** (BIObanca VEneta per i Disturbi dell'Alimentazione)*".

Il Responsabile Scientifico è il Prof. Paolo Santonastaso, Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova.

La ricerca si articola in tre Progetti:

- *Progetto 1: Costituzione di una biobanca genetica (BIO.VE.D.A.)*
- *Progetto 2: Rilevazione delle modalità di assistenza ai DCA nella Regione Veneto*
- *Progetto 3: Relazione tra alterazioni morfometriche cerebrali nell'AN e polimorfismi del gene*

BDNF

Questo report descriverà il Progetto 2 che si occupa di studiare le modalità di intervento dei Centri di Riferimento, Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Case di Cura e le collaborazioni tra essi. I referenti del progetto sono il Dott. Claudio Busana, Direttore del DSM dell'Azienda Ulss 5 Ovest Vicentino e il Dott. Stefano Zanolini, Dirigente della Unità Operativa Strutture Intermedie del DSM AUIss 5.

1. SOTTOPROGETTO DELLA RICERCA SANITARIA FINALIZZATA BIO.VE.D.A. Rilevazione delle modalità di assistenza ai DCA nella Regione Veneto

1.1 OBIETTIVI

Obiettivo del progetto era rilevare le modalità di cura e di assistenza dei soggetti con DCA nelle Aziende ULSS del Veneto e verificare i rapporti di collaborazione tra Centri di Riferimento per i DCA e i Dipartimenti di Salute Mentale, con particolare attenzione alla presa in carico e alla gestione a lungo termine dei pazienti complessi. La ricerca è stata estesa anche alle Case di Cura Private data l'importanza che rivestono nello specifico di questi disturbi.

Questa rilevazione consente di disporre di dati aggiornati sulla modalità di trattamento dei DCA nella Regione Veneto e sui rapporti di collaborazione con i DSM e le Case di Cura private, come base per una riflessione sulle future strategie di cura e assistenza.

1.2 STRUMENTI

Lo strumento scelto è la somministrazione di questionari costruiti ad hoc in tre versioni: una destinata ai Direttori di DSM delle Aziende ULSS del Veneto, una ai Responsabili dei Centri di Riferimento Provinciale e Regionale per DCA e una ai Responsabili dell'area DCA delle Case di Cura Private.

Per l'analisi dei dati, si è utilizzato lo strumento SPSS (Statistical Package for Social Science). SPSS è un pacchetto per l'analisi statistica e la gestione dei dati per analisti e ricercatori. La scelta di questo strumento è dovuta alle caratteristiche di semplicità, potenzialità di elaborazione dati e di realizzazione di output di facile lettura. Diversamente da altri pacchetti di analisi dei dati SPSS Statistics è più facile da usare, ha un basso costo di gestione e può supportare l'intero processo analitico. SPSS Statistics è composto da SPSS Statistics Base e altri moduli che offrono funzionalità specifiche. E' stato acquistato un pacchetto composto da Statistics Base, Advanced, Regression, Custom Tables ed Exact tests, comprensivo di un anno di assistenza. Per mezzo di questo strumento sono stati creati i database e sono state fatte le analisi descrittive dei dati; sono state create le tabelle e sviluppati i grafici.

1.3 TARGET

Per quanto riguarda il questionario rivolto ai Centri di Riferimento, il target è rappresentato dai Responsabili dei Centri, ovvero $n = 5$. I Centri di Riferimento coinvolti sono: Centri di Riferimento Provinciali di Portogruaro, di Treviso, di Vicenza, e i Centri di Riferimento Regionali di Padova e Verona.

Per quanto riguarda il questionario rivolto ai Dipartimenti di Salute Mentale, il target è rappresentato dai Direttori dei DSM del Veneto, ovvero $n = 21$. Nello specifico, sono stati coinvolti i Dipartimenti di Salute Mentale delle seguenti Aziende Ulss: 1 Belluno, 2 Feltre (BI), 3 Bassano Del Grappa (Vi), 4 Alto Vicentino, 5 Ovest Vicentino, 6 Vicenza, 7 Pieve Di Soligo, 8 Asolo, 9 Treviso, 10 Veneto Orientale, 12 Veneziana, 13 Mirano, 14 Chioggia, 15 Alta Padovana, 16 Padova, 17 Este, 18 Rovigo, 19 Adria, 20 Verona, 21 Legnago, 22 Bussolengo.

Infine, per quanto concerne il questionario rivolto alle Case di Cura Private, il target è rappresentato dai Referenti DCA delle Case di Cura, ovvero $n=5$. Sono state individuate 5 Case di Cura che si occupano di DCA: Villa Garda, Villa Margherita, Villa S. Chiara, Parco dei Tigli, Villa Napoleon.

1.4 MODALITA' E TEMPI DI ESECUZIONE

Il progetto ha previsto una fase preparatoria e di formazione, una fase di azione ed una fase finale.

FASE PREPARATORIA (da dicembre 2009 a giugno 2010):

In questa fase il gruppo di lavoro costituito da Claudio Busana, Stefano Zanolini e Alessandra Belfontali ha costruito i questionari di rilevazione (3) procedendo per identificazione delle aree tematiche di interesse e costruendo quindi gli items di indagine e le modalità di risposta.

E' seguita una fase di addestramento dei ricercatori all'utilizzo del questionario.

Sono stati contattati via mail tutti i Capi Dipartimento dei DSM, i Responsabili dei Centri di Riferimento DCA e i Referenti DCA delle Case di Cura e sono stati inviati loro i questionari accompagnati da una lettera di presentazione in cui venivano specificati scopi e obiettivi della ricerca.

FASE DI AZIONE (da giugno 2010 a giugno 2011):

I ricercatori Laura Andolfo, Alessandra Belfontali, Flavio Franceschi, Ileana Rodofile e Roberta Tessari hanno ricontattato tutti i Capi Dipartimento dei DSM, i Responsabili dei Centri di Riferimento DCA e i Referenti DCA delle Case di Cura, per la compilazione congiunta del questionario e la raccolta. I ricercatori si sono recati presso i Dipartimenti di Salute Mentale, i Centri di Riferimento DCA, le Case di Cura Private.

Sono stati compilati tutti i questionari dei Centri di Riferimento DCA e delle Case di Cura Private e 20 questionari (su 21, escluso DSM 10) dei Dipartimenti di Salute Mentale.

I ricercatori Alessandra Belfontali e Ileana Rodofile hanno predisposto i tre database SPSS per l'inserimento dei dati.

FASE FINALE (da luglio 2011 a settembre 2011):

I ricercatori Alessandra Belfontali e Ileana Rodofile hanno inserito nei database i dati dei questionari raccolti per procedere successivamente all'analisi dei dati tramite lo strumento di analisi SPSS.

1.5 I QUESTIONARI: AREE TEMATICHE

I questionari utilizzati sono tre: il questionario relativo ai DSM, il questionario relativo ai Centri di Riferimento DCA e il questionario relativo alle Case di Cura.

1.5.1 QUESTIONARIO PER I CENTRI DI RIFERIMENTO DCA

Il questionario si compone di tre aree distinte:

- Parte 1: DATI GENERALI
- Parte 2: INVIO E TRATTAMENTO
- Parte 3: TABELLA RIEPILOGATIVA

Le domande sono complessivamente 21 e prevedono diverse modalità di risposta: domande chiuse, domande aperte e scala di frequenza (mai, talvolta, frequentemente, sempre).

PARTE 1: DATI GENERALI

Vengono raccolte tutte le informazioni che riguardano i Centri di Riferimento:

- presenza o meno di Day Hospital e/o Centro Diurno;
- figure professionali che compongono l'équipe;
- esistenza o meno di riunioni d'équipe programmate, di che tipologia e con quale frequenza;
- possibilità del Centro di Riferimento di accogliere utenti dalle Az. ULSS della provincia e quali;
- modalità di collaborazione con i servizi territoriali della propria Az. ULSS e con altre Az. ULSS della provincia;
- presenza o meno di collaborazioni con esperti privati;
- trattamento o meno di pazienti con obesità semplice;

- raccolta e invio dei dati di attività e prestazioni destinati ai flussi dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale.

PARTE 2: INVIO E TRATTAMENTO

In questa sezione si analizzano le modalità con cui i pazienti affluiscono ai Centri di Riferimento, e le collaborazioni con i DSM e le Case di cura private soprattutto per quanto riguarda i casi clinici più complessi che perdurano nel tempo:

- chi è l'inviante;
- presa in carico condivisa o meno con il Centro di Salute Mentale (CSM), in caso di invio diretto al Centro di Riferimento e per quali casi;
- dove viene ricoverato il caso con complicanze mediche severe;
- dove viene ricoverato il paziente non collaborante;
- esistenza o meno di accordi di collaborazione coi reparti ospedalieri;
- esistenza o meno di un programma di collaborazione con le Case di cura private, e quali ne sono le modalità per i casi complessi;
- chi eroga le prestazioni per quanto riguarda gli interventi in fase acuta;
- da chi vengono seguite le forme che perdurano nel tempo;
- presenza o meno di monitoraggio dell'autolesionismo.

PARTE 3: TABELLA RIEPILOGATIVA

In questa sezione viene elencato il tipo di intervento (medico, psichiatrico, psicoterapeutico e psicosociale) e dove viene erogato:

	Centro di Riferimento DCA	DSM/NPI	Altre Agenzie (specificare)	Intervento non previsto
Visite mediche, endocrinologiche				
Visite psichiatriche				
Psicoterapia di gruppo dedicata DCA				
Farmacoterapia				
Aspetti nutrizionali, corretta alimentazione				
Psicoterapia individuale e familiare				
Rapporti coi MMG				
Sostegno alla famiglia, psicoeducazione				
Inserimento in strutture residenziali (comunità, appartamenti)				
Inserimento in servizi semiresidenziali (Centri Diurni)				
Attività di prevenzione e sensibilizzazione				
Auto mutuo aiuto				
Sostegno alla frequenza scolastica				
Inserimento Lavorativo				

1.5.2 QUESTIONARIO PER I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM)

Questo questionario analizza sei diverse aree:

- Parte 1: RISORSE DSM
- Parte 2: COLLABORAZIONI
- Parte 3: INVIO E TRATTAMENTO
- Parte 4: ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE
- Parte 5: TRATTAMENTI A LUNGO TERMINE
- Parte 6: PREVENZIONE

Sono presenti in tutto 31 domande, che anche in questo caso prevedono diverse modalità di risposta: domande chiuse, aperte, e scale di frequenza (mai, talvolta, frequentemente, sempre).

PARTE 1: RISORSE DSM

Viene esaminata l'organizzazione del DSM, con particolare riferimento al trattamento dei DCA:

- si studiano tre diverse modalità organizzative:
 - ogni psichiatra prende in carico gli utenti provenienti da una zona del territorio, qualsiasi sia il quadro psicopatologico (compresi quindi i DCA);
 - alcuni medici psichiatri si occupano specificatamente di determinati settori psicopatologici/organizzativi;
 - sono istituiti dei gruppi di lavoro specializzati in particolari patologie o compiti;
- qual è la modalità organizzativa che il DSM prevede per il trattamento dei DCA nel caso in cui nessun medico psichiatra sia specializzato in questo campo;
- quali Servizi dell'Az. ULSS sono coinvolti nel trattamento dei DCA, con suddivisione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali.

PARTE 2: COLLABORAZIONI

Sono qui studiate le modalità di collaborazione tra il DSM e il Centro di Riferimento DCA:

- esistenza o meno di accordi e, se affermativo, di protocolli di collaborazione con il Centro di Riferimento DCA;
- esistenza o meno di incontri regolari tra l'équipe del Centro di Riferimento e il CSM e, se affermativo, con quale cadenza;
- coinvolgimento o meno del Medico di Medicina Generale e dei familiari nell'invio al Centro di Riferimento;
- dove viene ricoverato il caso clinico acuto urgente.

PARTE 3: INVIO E TRATTAMENTO

Si studia come avviene l'invio del paziente con DCA dal CSM al Centro di Riferimento o alle Case di Cura private:

- modalità di invio al Centro di Riferimento DCA:
 - il paziente viene inviato o meno al Centro di Riferimento per la prima valutazione;
 - la prima visita avviene al CSM che successivamente invia al Centro di Riferimento;
- possibilità o meno di inviare i pazienti con DCA dal DSM direttamente alle Case di Cura private;
- esistenza o meno, all'interno del CSM, di una miniequipe multi professionale specifica per i DCA e da quali figure è composta;
- individuazione o meno di un case manager del CSM per i pazienti più complessi con DCA;
- quali interventi vengono attivati al CSM e quali invece vengono demandati ad altri servizi;
- possibilità o meno per il paziente di essere visto periodicamente al CSM;
- quali servizi/strutture del DSM possono essere attivati per trattare un utente con DCA;
- possibilità o meno per i familiari di pazienti con DCA di essere coinvolti nel trattamento con interventi programmati e, se affermativo, che tipo di interventi vengono proposti.

PARTE 4: ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Si indagano le modalità del ricovero dei casi clinici acuti urgenti e di quelli non acuti:

- dove viene ricoverato il caso clinico acuto urgente per il trattamento delle complicanze mediche e per periodi non superiori alle tre settimane
- possibilità o meno di ospedalizzazione del paziente con DCA non acuto all'interno della propria Az. ULSS per il trattamento di problemi alimentari e, se affermativo, dove;
- qual è il medico consulente durante la fase di ricovero in reparto internistico dell'ospedale locale.

PARTE 5: TRATTAMENTI A LUNGO TERMINE

Si analizza la modalità della presa in carico di un paziente che richiede un trattamento a lungo termine:

- a chi è affidata la presa in carico;
- esistenza o meno di accordi/protocolli di collaborazione tra DSM e Centro di Riferimento DCA specifici per questa presa in carico;
- tipo di interventi messi in atto coi familiari;
- quali strutture del DSM vengono utilizzate (tra Strutture Residenziali e Strutture Semiresidenziali).

PARTE 6: PREVENZIONE

Si verifica se il DSM propone attività di prevenzione per i DCA e se si tratta di prevenzione primaria, secondaria, terziaria e che tipo di attività vengono attivate.

1.5.3 QUESTIONARIO PER LE CASE DI CURA PRIVATE (CDC)

Questo questionario indaga tre diverse aree:

- Parte 1: DATI GENERALI
- Parte 2: INVIO E TRATTAMENTO
- Parte 3: MODALITA' E INTERVENTI DOPO LA DIMISSIONE

Sono presenti in tutto 21 domande, che anche in questo caso prevedono diverse modalità di risposta: domande chiuse, aperte e scale di frequenza (mai, talvolta, frequentemente, sempre).

Vediamo nello specifico le diverse parti:

Parte 1: DATI GENERALI

Si rilevano:

- il numero di posti di cui dispone la Casa di Cura e quanti di questi sono destinati ai casi con DCA;
- il reparto in cui vengono ricoverati i casi con complicanze severe e l'accoglienza dei casi di doppia diagnosi;
- la presenza di day hospital e centro diurno;
- la composizione dell'équipe;
- le modalità di collaborazione con i Centri di Riferimento, con le Aziende Ulss e con i servizi territoriali.

Parte 2: INVIO E TRATTAMENTO

Si rilevano:

- le modalità di invio;
- le modalità di trattamento nei casi che si prolungano nel tempo;
- gli interventi effettuati e in collaborazione con chi.

Parte 3: MODALITA' E INTERVENTI DOPO LA DIMISSIONE

Si rilevano:

- le collaborazioni nelle situazioni più complesse che durano nel tempo;
- i trattamenti ambulatoriali dopo il ricovero;
- le collaborazioni regolari dopo la dimissione.

2. PRESENTAZIONE E ANALISI DEI DATI

2.1 CENTRI DI RIFERIMENTO DCA

Vengono presentati i dati più significativi di tutti i Centri di Riferimento Provinciali e Regionali.

• DATI GENERALI

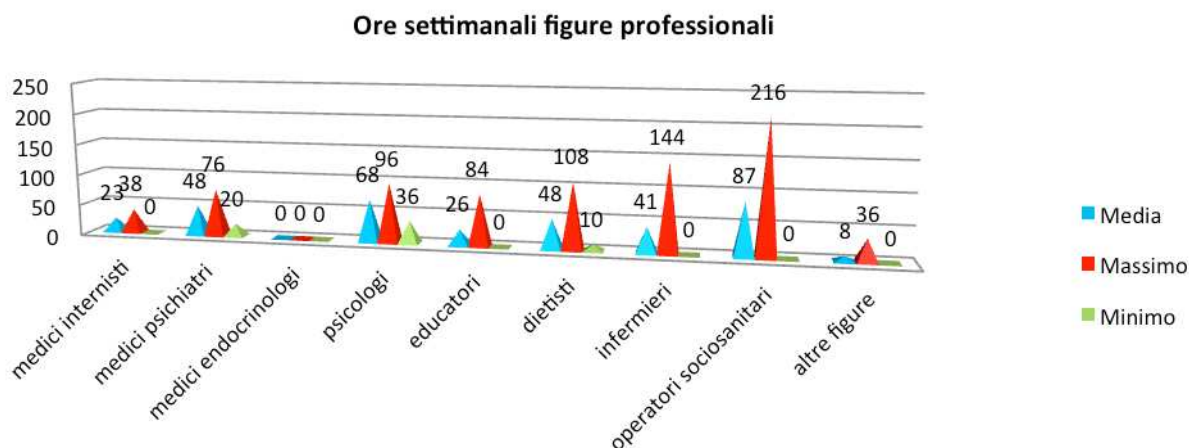
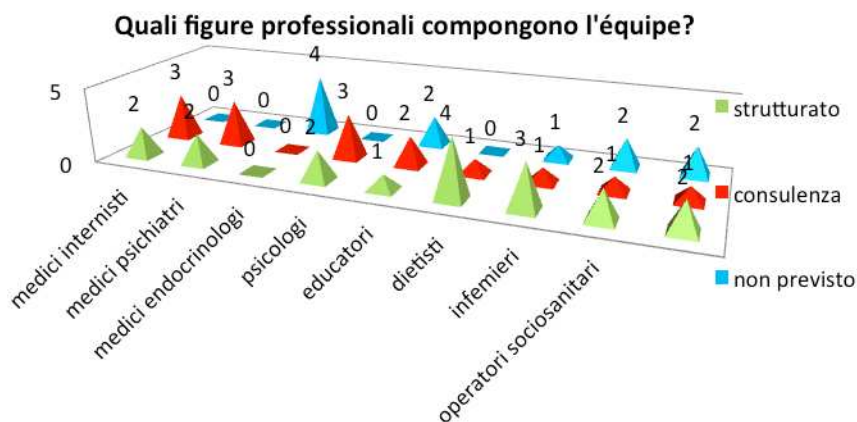
1. Il Centro di Riferimento dispone di Day Hospital e/o Centro Diurno?

Dalle analisi emerge che 3 Centri su 5 dispongono di Day Hospital (o terapia prolungata. Prestazioni continuative: fleboclisi, visite (psichiatrica/psicologica, medico/endocrinologica, dietologica), trattamenti individuali e/o di gruppo, pasti assistiti, attività riabilitative...) e/o Centro Diurno (con frequenza non continuativa e attività diurna per almeno 4 ore. Prestazioni: pasto assistito, trattamenti e attività programmate).



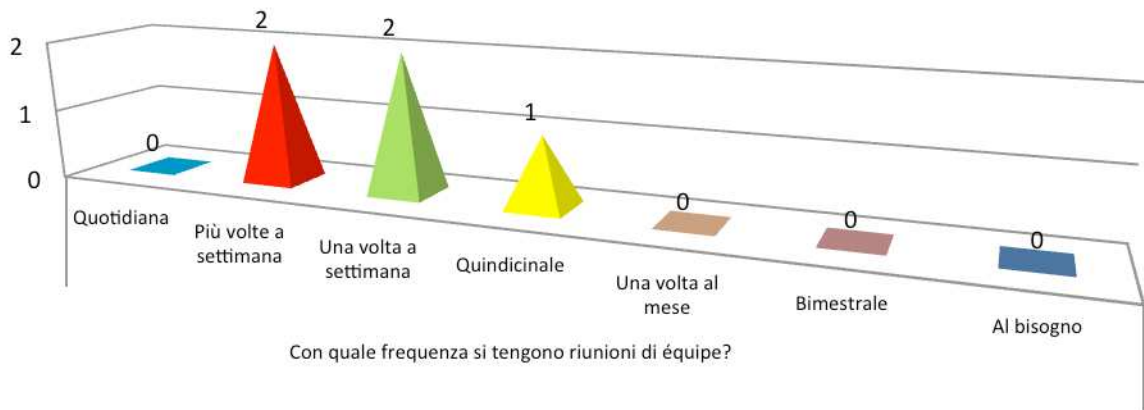
2. Quali figure professionali compongono l'équipe? E per quante ore alla settimana?

Le figure professionali nominate sono medici internisti, medici psichiatri, medici endocrinologi, psicologi, educatori, dietisti, infermieri, operatori socio-sanitari e altro (tra cui spiccano operatori per attività riabilitative artistiche o motorie). Si è inoltre domandato l'inquadramento di tali figure con differenziazione tra un'attività strutturata o di consulenza.



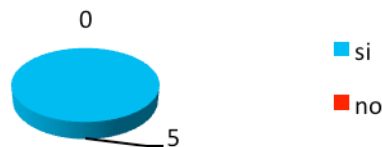
3. Riunioni d'équipe: frequenza

Si evince che le riunioni d'équipe vengono svolte soprattutto con le cadenze da più volte a settimana a quindicinale.



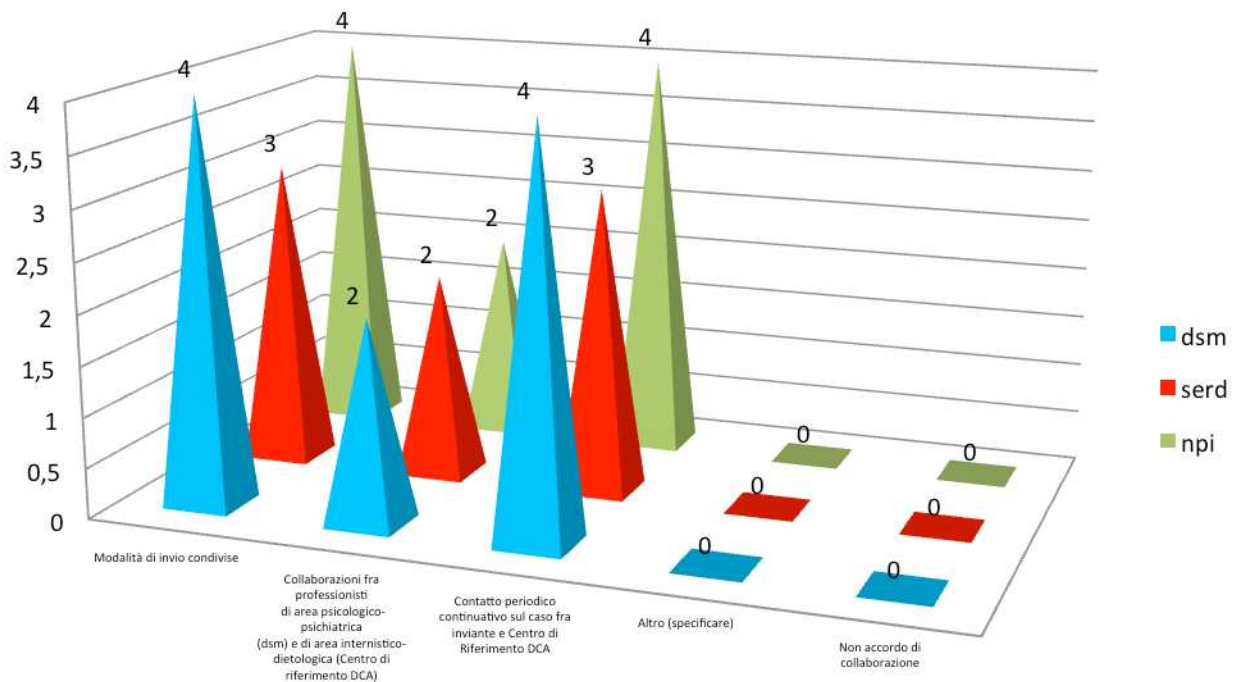
4. Il Centro di Riferimento DCA accoglie utenti delle Az. ULSS della provincia?

Emerge che questa è una pratica condivisa da tutti i Centri di Riferimento DCA.



5. Modalità di collaborazione con i servizi territoriali della propria Az. ULSS

Si indagano quali sono le modalità di collaborazione con DSM, SERD, NPI: modalità di invio condivise; collaborazioni fra professionisti dell'area psicologico-psichiatrica (DSM) e dell'area internistico-dietologica (Centro di Riferimento DCA); o contatto periodico continuativo sul caso fra inviante e Centro di Riferimento DCA.



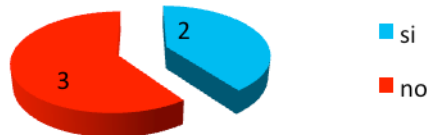
6. Collaborazioni con esperti privati

Per 3 Centri di Riferimento DCA su 5 sono in vigore collaborazioni con esperti privati.



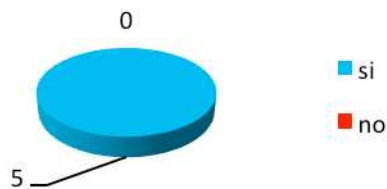
7. Il Centro ha in trattamento pazienti con obesità semplice?

2 Centri di Riferimento DCA su 5 prendono in carico pazienti con obesità semplice.



8. Vengono inviati i dati delle attività e delle prestazioni nei flussi informativi dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale?

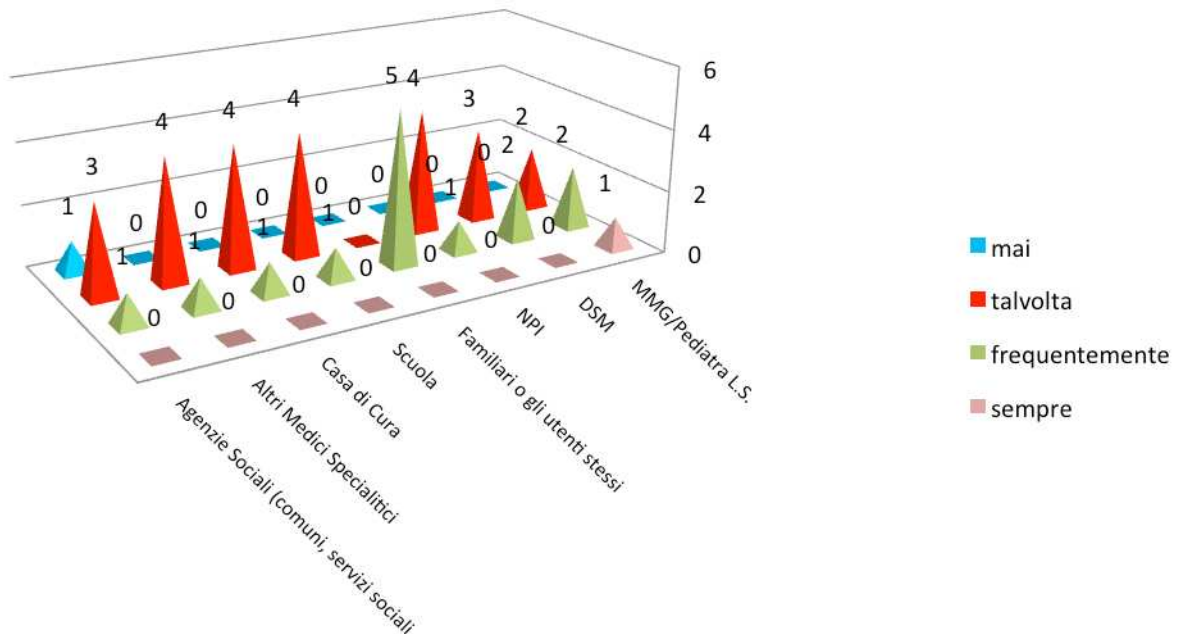
Tutti e 5 i Centri di Riferimento DCA rispondono affermativamente.



• INVIO E TRATTAMENTO

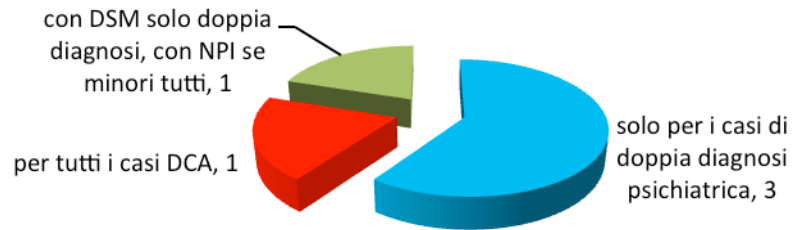
1. Chi è l'inviante?

Si chiede chi invia il paziente al Centro di Riferimento DCA: MMG o Pediatra LS; DSM; NPI; i familiari o gli utenti stessi; la Scuola; la Casa di Cura privata; altri medici specialistici; o agenzie sociali (comuni, servizi sociali territoriali).



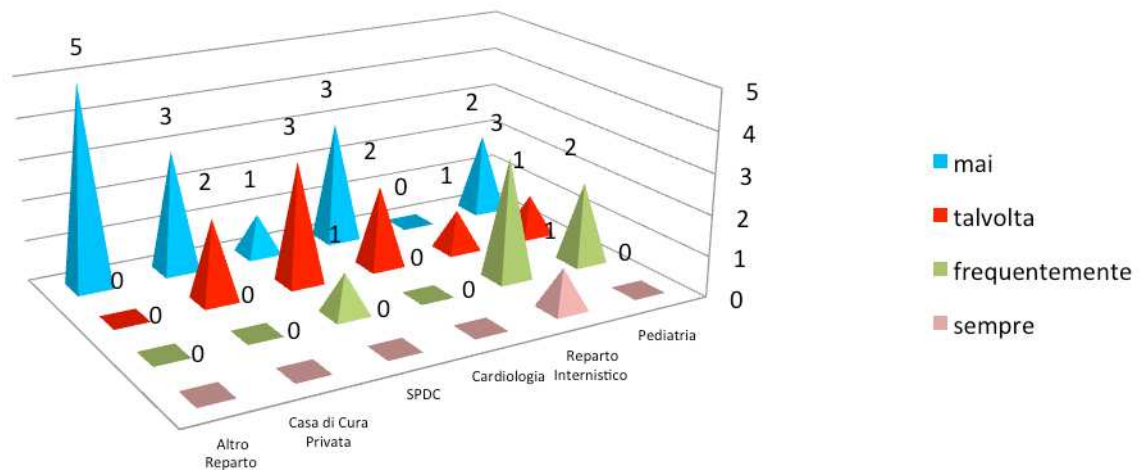
2. In caso di invio diretto, per quali casi la presa in carico viene condivisa con DSM/NPI?

3 Centri su 5 rispondono che la presa in carico viene condivisa in quei casi in cui si evince doppia diagnosi psichiatrica.



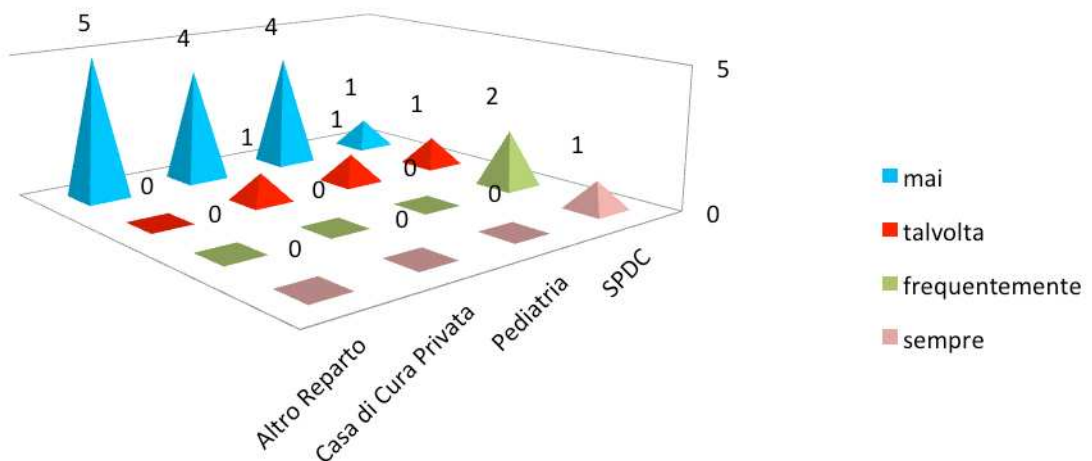
3. Dove ricovera il Centro di Riferimento in caso di complicanze mediche severe?

Quale frequenza di ricovero in Pediatria, Reparto Internistico, Cardiologia, SPDC e Casa di Cura Privata.



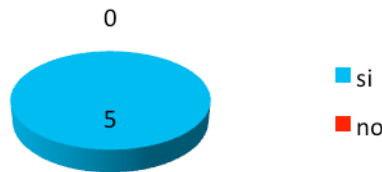
4. Dove viene fatto il ricovero del paziente non collaborante?

I servizi che compaiono sono SPDC, Pediatria e Casa di Cura Privata.



5. Esistono accordi di collaborazione con i Reparti Ospedalieri?

Tutti e 5 i Centri di Riferimento DCA rispondono affermativamente.



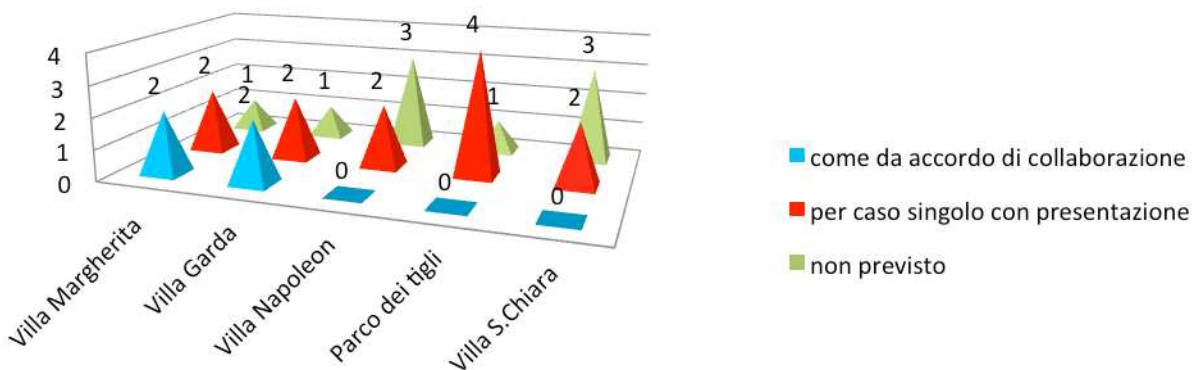
6. È stato predisposto un programma di collaborazione con le Case di Cura Private per i ricoveri?

3 Centri di Riferimento DCA su 5 rispondono affermativamente.



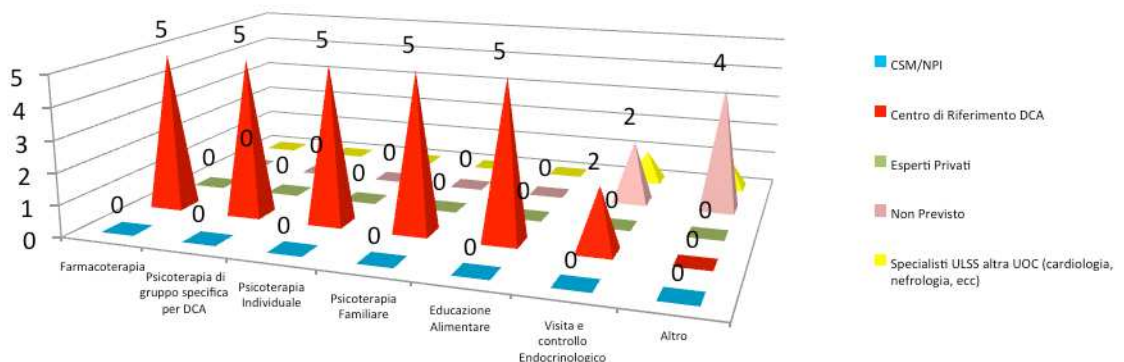
7. Quali sono le modalità di collaborazione con le Case di Cura Private per i casi complessi?

Tra le modalità di collaborazione, si evidenzia una differenza tra stipulare accordi di collaborazione e cooperare per caso singolo su presentazione.



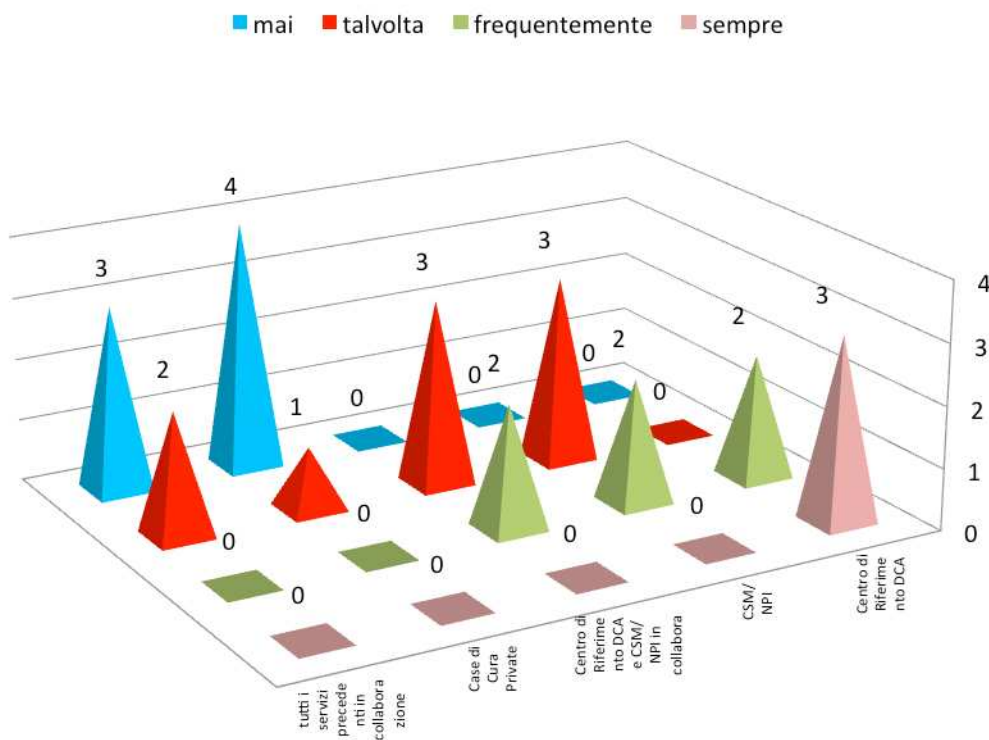
8. Per quanto riguarda gli interventi in fase acuta (inferiori alle 3 settimane), chi eroga le seguenti prestazioni?

Gli organi che erogano prestazioni sono il CSM/NPI, il Centro di Riferimento DCA, gli esperti privati, o specialisti dell'ULSS di un'altra UOC (cardiologia, nefrologia, ecc). Le prestazioni invece afferiscono alla farmacoterapia, alla psicoterapia di gruppo specifica per DCA, alla psicoterapia individuale o familiare, all'educazione alimentare e alle visite e controlli endocrinologici.



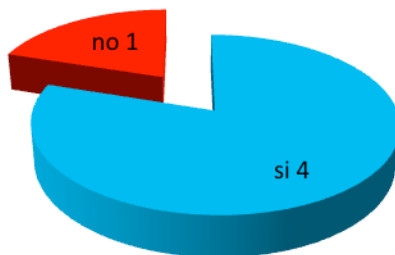
9. Da chi vengono seguite le forme che perdurano nel tempo?

Gli organi che seguono queste forme cliniche possono essere il Centro di Riferimento DCA, il CSM/NPI, o il Centro di Riferimento DCA in collaborazione con il CSM/NPI, le Case di Cura Private, o tutti i servizi precedenti in collaborazione.



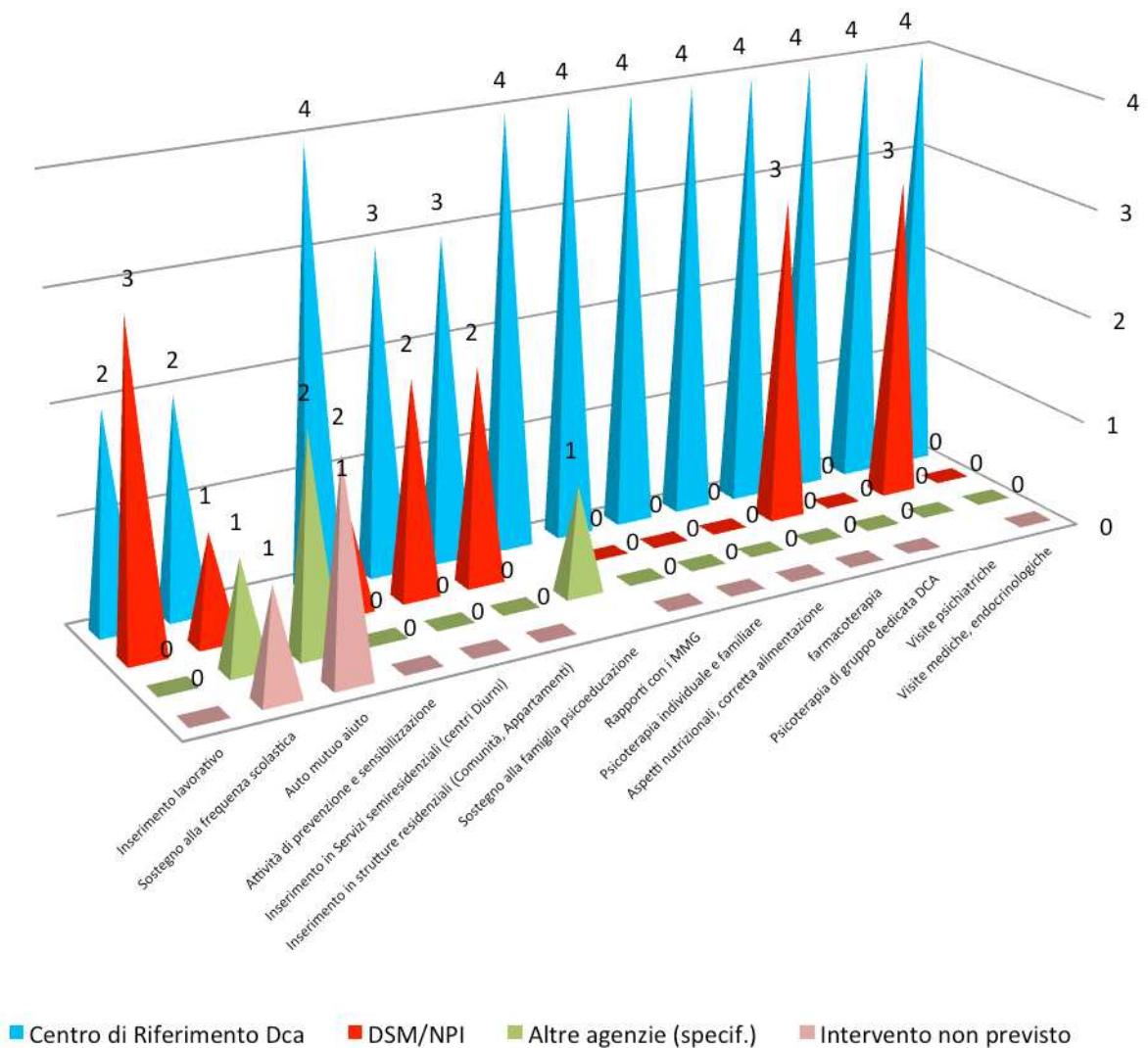
10. Viene monitorato l'autolesionismo?

Quattro Centri di Riferimento DCA su 5 rispondono affermativamente.



11. Chi realizza i seguenti interventi?

Gli interventi previsti vanno dalle visite mediche, endocrinologiche, psichiatriche, alla psicoterapia di gruppo DCA, alla farmacoterapia, agli aspetti nutrizionali e corretta alimentazione, alla psicoterapia individuale e familiare, ai rapporti coi MMG, al sostegno alla famiglia e psicoeducazione, all'inserimento in strutture residenziali (comunità alloggio e appartamenti), all'inserimento in strutture semiresidenziali (Centri Diurni), all'attività di prevenzione e sensibilizzazione, all'auto mutuo aiuto, al sostegno alla frequenza scolastica e infine all'inserimento lavorativo. Gli organi che li realizzano sono il Centro di Riferimento DCA, il DSM/NPI o altre Agenzie.



2.2 DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM)

Vengono presentati i dati più significativi che sono stati raccolti durante l'indagine e che riguardano 20 DSM su 21.

• **RISORSE DSM**

1. **L'organizzazione prevede che:**

l'organizzazione dei DSM può prevedere che ciascun medico psichiatra prenda in carico gli utenti provenienti da una zona del territorio, qualsiasi sia la patologia; o che alcuni medici psichiatri siano dedicati (esclusivamente o in netta prevalenza) a determinati settori psicopatologici/organizzativi; o ancora che siano istituiti gruppi di lavoro specializzati in particolari patologie o compiti.



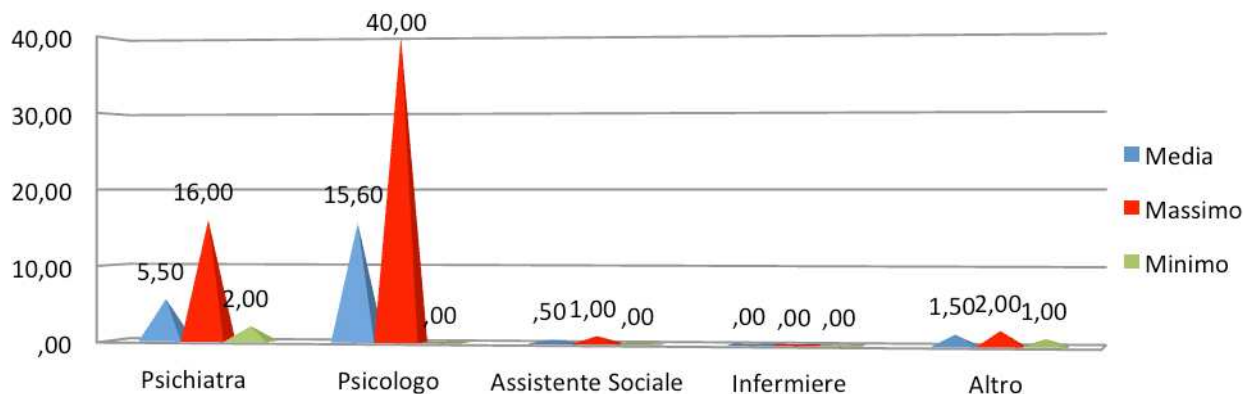
2. **Nel DSM opera una miniéquipe multi professionale specifica per i DCA?**

15 DSM su 20 rispondono negativamente, 1 a tempo pieno e 4 a tempo parziale.



3. **Ore settimanali delle figure professionali operanti nella miniéquipe DCA.**

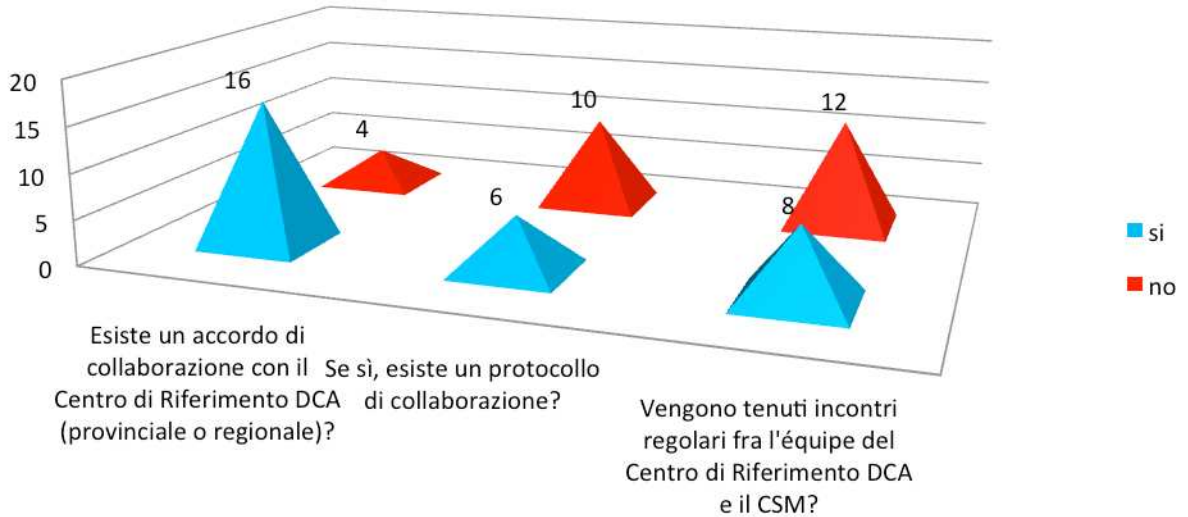
Di seguito le ore settimanali in media di: Psichiatra, Psicologo, Assistente Sociale e Infermiere.



• **COLLABORAZIONI**

1. Accordi e collaborazioni

Esiste un accordo di collaborazione con il Centro di Riferimento DCA? 16 DSM su 20 rispondono affermativamente. Dei 16, 6 dichiarano l'esistenza di protocolli di collaborazione; mentre 8 DSM su 20 hanno incontri regolari con l'équipe del Centro di Riferimento DCA.



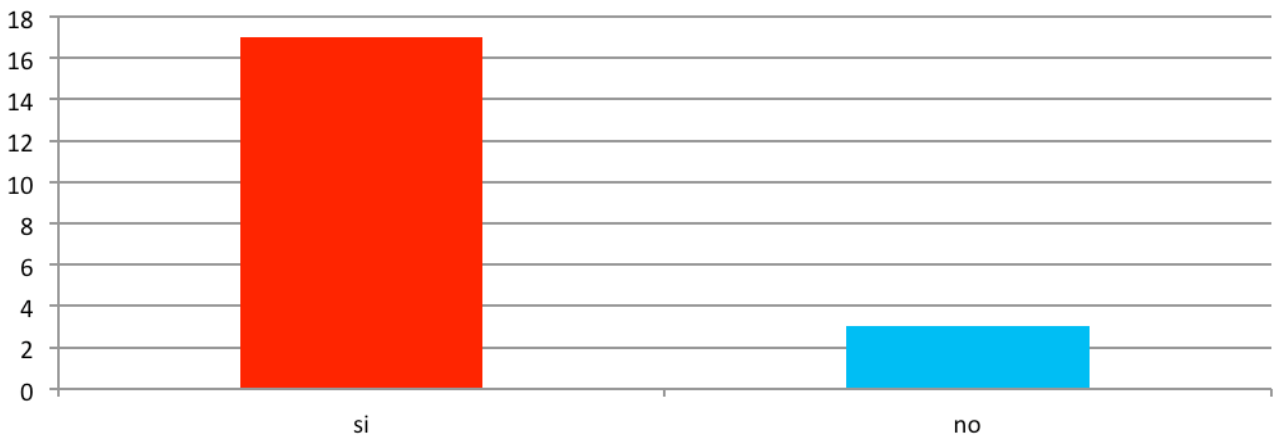
2. Con quale cadenza vengono tenuti incontri tra il CSM e il Centro di Riferimento DCA?

Degli 8 DSM che affermano di tenere incontri con l'équipe del Centro di riferimento DCA: 3 lo fanno una volta a settimana, 1 una volta al mese, 1 bimestralmente e 3 al bisogno.



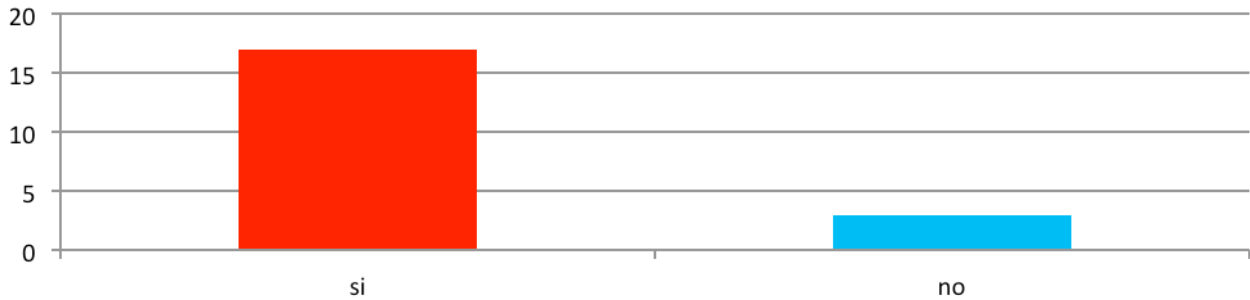
3. Nell'invio al Centro di Riferimento DCA viene coinvolto il MMG?

17 DSM su 20 rispondono affermativamente.



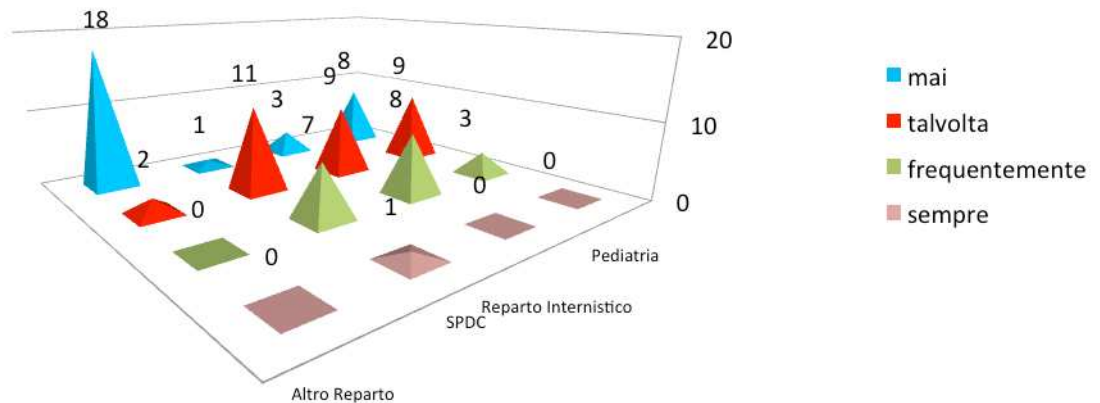
4. Nell'invio al Centro di Riferimento DCA vengono coinvolti i familiari?

17 DSM su 20 rispondono affermativamente.



5. Dove viene ricoverato il caso clinico acuto urgente?

I servizi che si attivano sono: Pediatria, Reparto Internistico e SPDC.

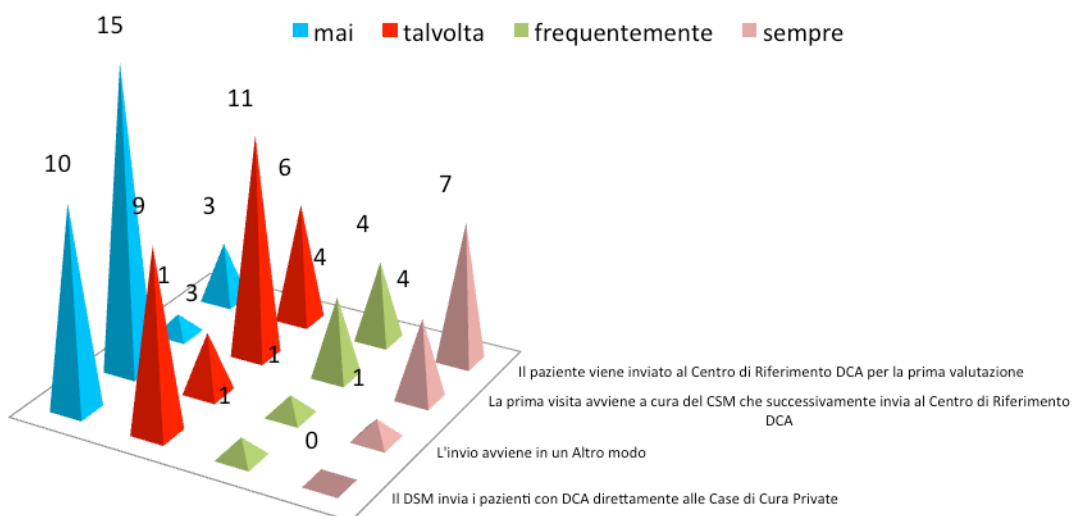


• INVIO E TRATTAMENTO

1. Modalità di invio al Centro di Riferimento DCA

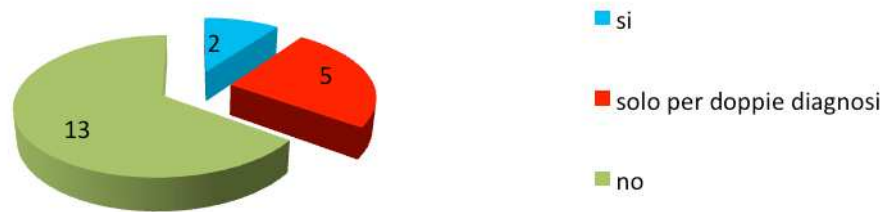
Le modalità di invio al Centro di Riferimento DCA si dividono in:

- il paziente viene inviato al Centro di Riferimento DCA per la prima valutazione;
- la prima visita avviene a cura del CSM che successivamente invia al Centro di Riferimento DCA;
- il DSM invia direttamente alle Case di Cura Private;
- l'invio avviene in un altro modo.



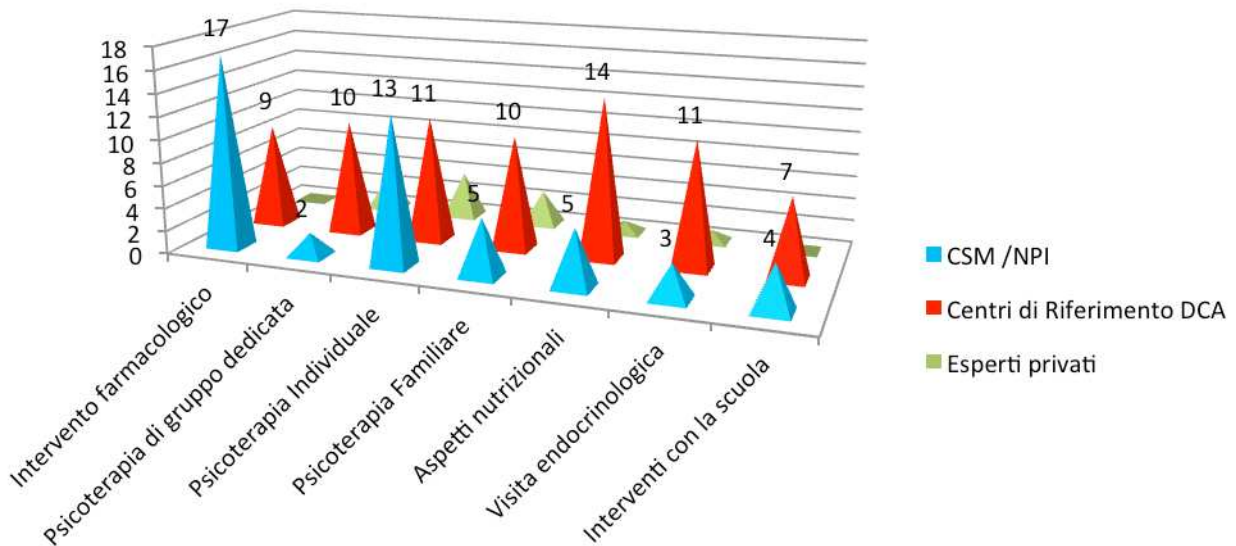
2. Viene di regola individuato un Case Manager del CSM per i pazienti più complessi con DCA?

13 DSM su 20 rispondono negativamente, 2 affermativamente e 5 solo per i casi di doppia diagnosi psichiatrica.



3. Quali interventi vengono attivati dal CSM e quali demandati ad altri servizi?

Gli interventi concernono la farmacoterapia, la psicoterapia di gruppo dedicata DCA, la psicoterapia individuale, quella familiare, gli aspetti nutrizionali, le visite endocrinologiche e gli interventi con la scuola.



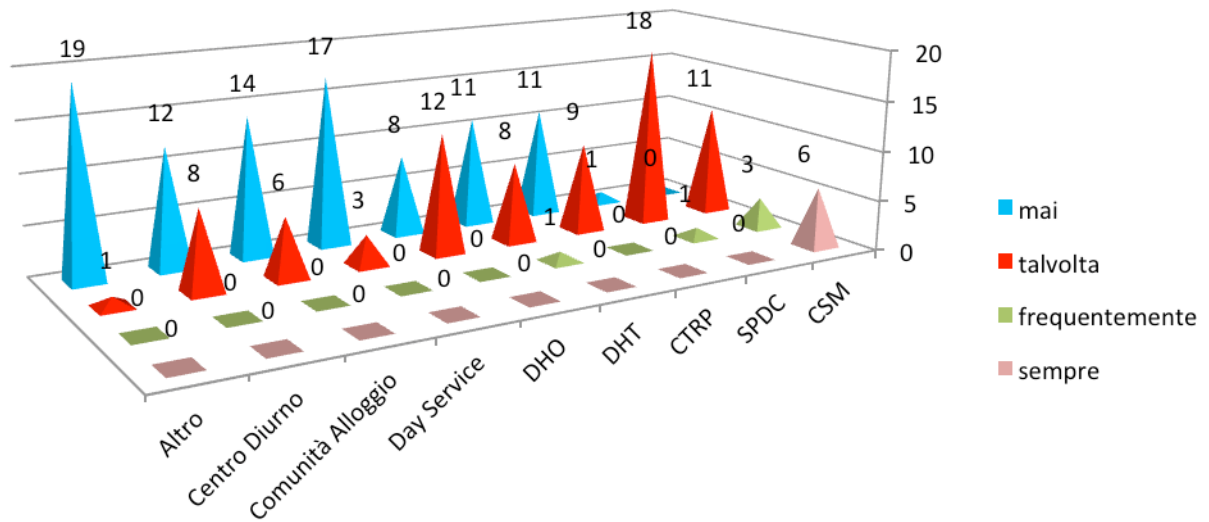
4. Il paziente viene visto periodicamente al CSM?

11 DSM su 20 rispondono "talvolta", 6 "frequentemente", 3 "sempre".



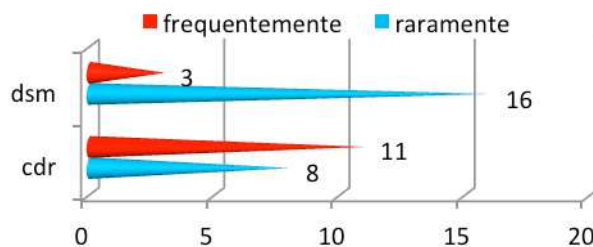
5. Quali servizi/strutture del DSM possono essere attivati per trattare un utente con DCA?

I servizi che si attivano vanno dal CSM, all'SPDC, alla CTRP, al Day Hospital Territoriale, al Day Hospital Ospedaliero, al Day Service, alla Comunità Alloggio, al Centro Diurno.

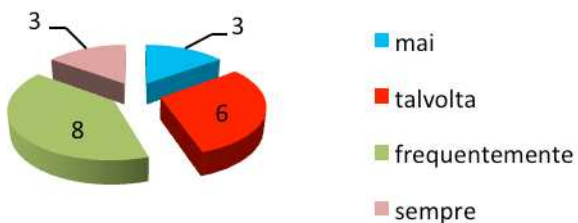


6. I familiari dei pazienti con DCA vengono coinvolti nel trattamento con interventi programmati?

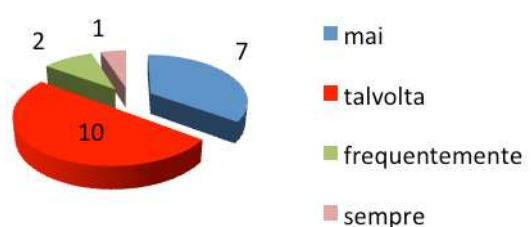
Il coinvolgimento dei familiari è maggiore da parte dei Centri di Riferimento per i DCA. Infatti 7 DSM su 20 rispondono "mai", 10 "talvolta", 2 "frequentemente", 1 "sempre". Per quanto riguarda i Centri di Riferimento DCA: 3 "sempre", 8 "frequentemente", 6 "talvolta", 3 "mai".



I familiari dei pazienti con DCA vengono coinvolti nel trattamento con interventi programmati dal Centro di Riferimento DCA

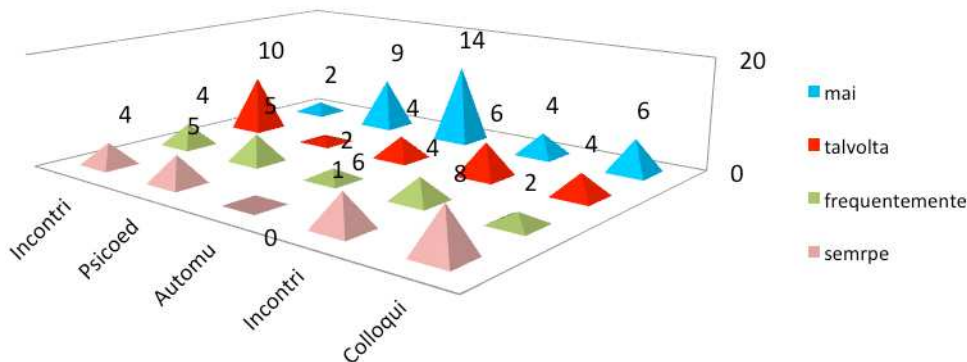


I familiari dei pazienti con DCA vengono coinvolti nel trattamento con interventi programmati dal DSM



7. Che tipo di interventi sono stati attivati coi familiari?

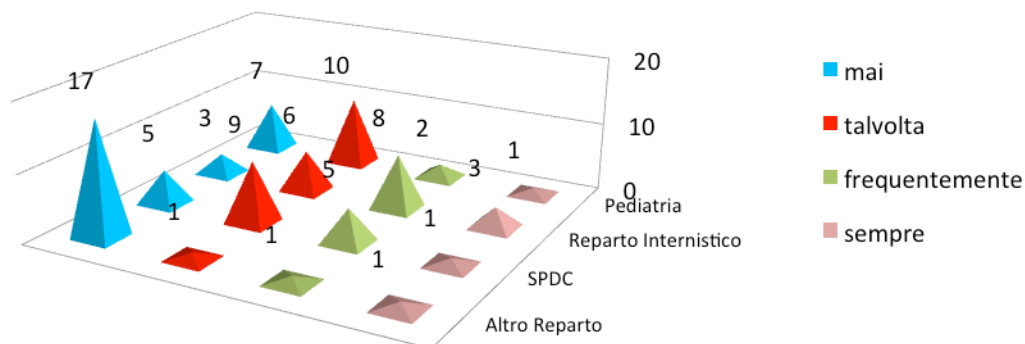
Dalle risposte affermative alla domanda precedente si desume che gli interventi messi in atto coi familiari variano tra: incontri al bisogno, psicoeducazione, auto mutuo aiuto, incontri di sostegno e colloqui periodici.



• ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

1. Dove viene ricoverato il caso clinico acuto urgente, per il trattamento delle complicanze mediche e per periodi non superiori alle tre settimane?

I servizi che si attivano sono: Pediatria, Reparto Internistico e SPDC.



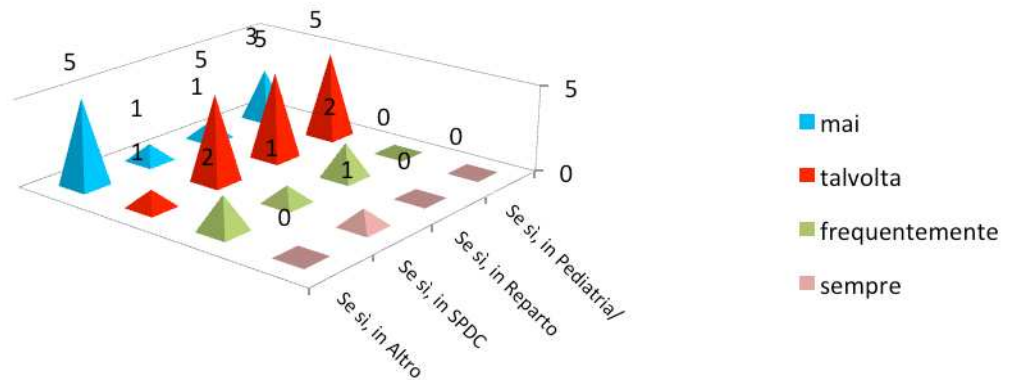
2. È possibile l'ospedalizzazione del paziente con DCA non acuto all'interno della propria Az. ULSS per il trattamento di problemi alimentari?

8 DSM su 20 rispondono affermativamente.



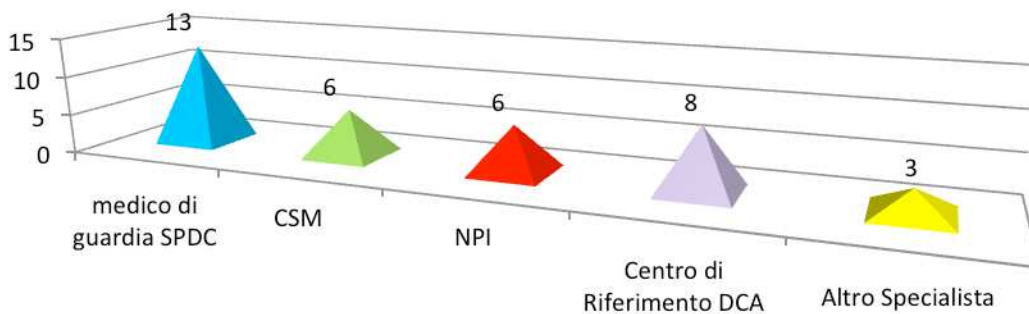
3. Dove viene ricoverato il paziente non acuto?

I DSM che hanno risposto affermativamente alla domanda precedente possono ricoverare in: Pediatria/NPI, Reparto Internistico o SPDC.



4. Chi è il medico consulente durante la fase di ricovero in reparto internistico dell'ospedale locale?

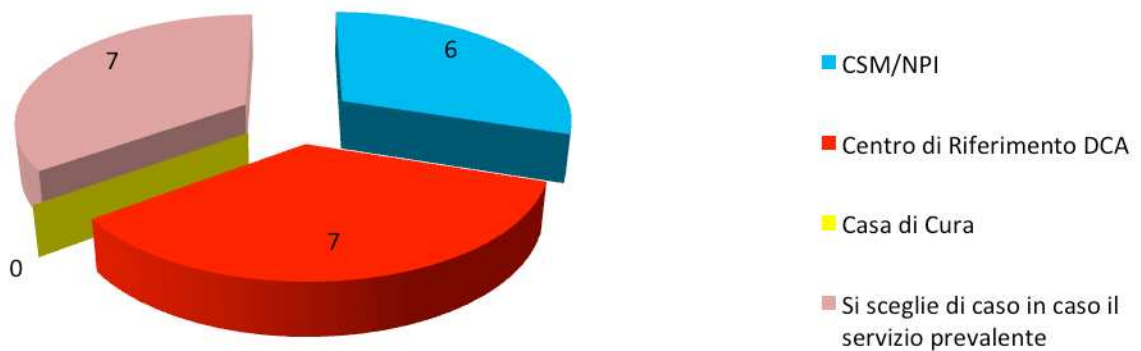
Le risposte si distribuiscono tra il medico di guardia dell'SPDC, CSM, NPI, Centro di Riferimento DCA e Altro Specialista.



• TRATTAMENTI A LUNGO TERMINE

1. A chi è affidata la presa in carico dei pazienti che richiedono un trattamento a lungo termine?

6 DSM su 20 rispondono al "CSM/NPI", 7 al "Centro di Riferimento DCA" e 7 "si sceglie di caso in caso il servizio prevalente".



2. Esistono accordi/protocolli di collaborazione tra DSM e Centro di Riferimento DCA per la presa in carico a lungo termine?

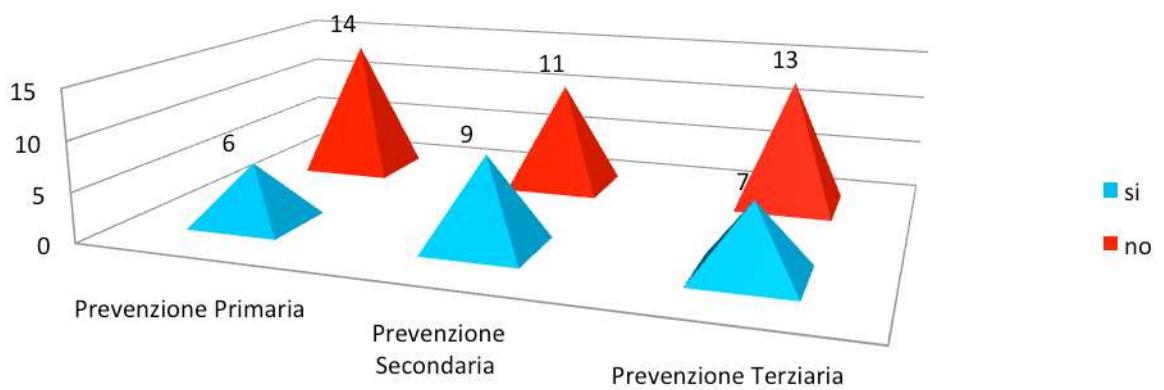
Le risposte si distribuiscono equamente.



• PREVENZIONE

1. Il DSM propone attività di prevenzione per i DCA?

Le risposte si distribuiscono tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria.



2.3 CASE DI CURA PRIVATE

Vengono presentati i dati più significativi riguardanti tutte le Case di Cura della ricerca.

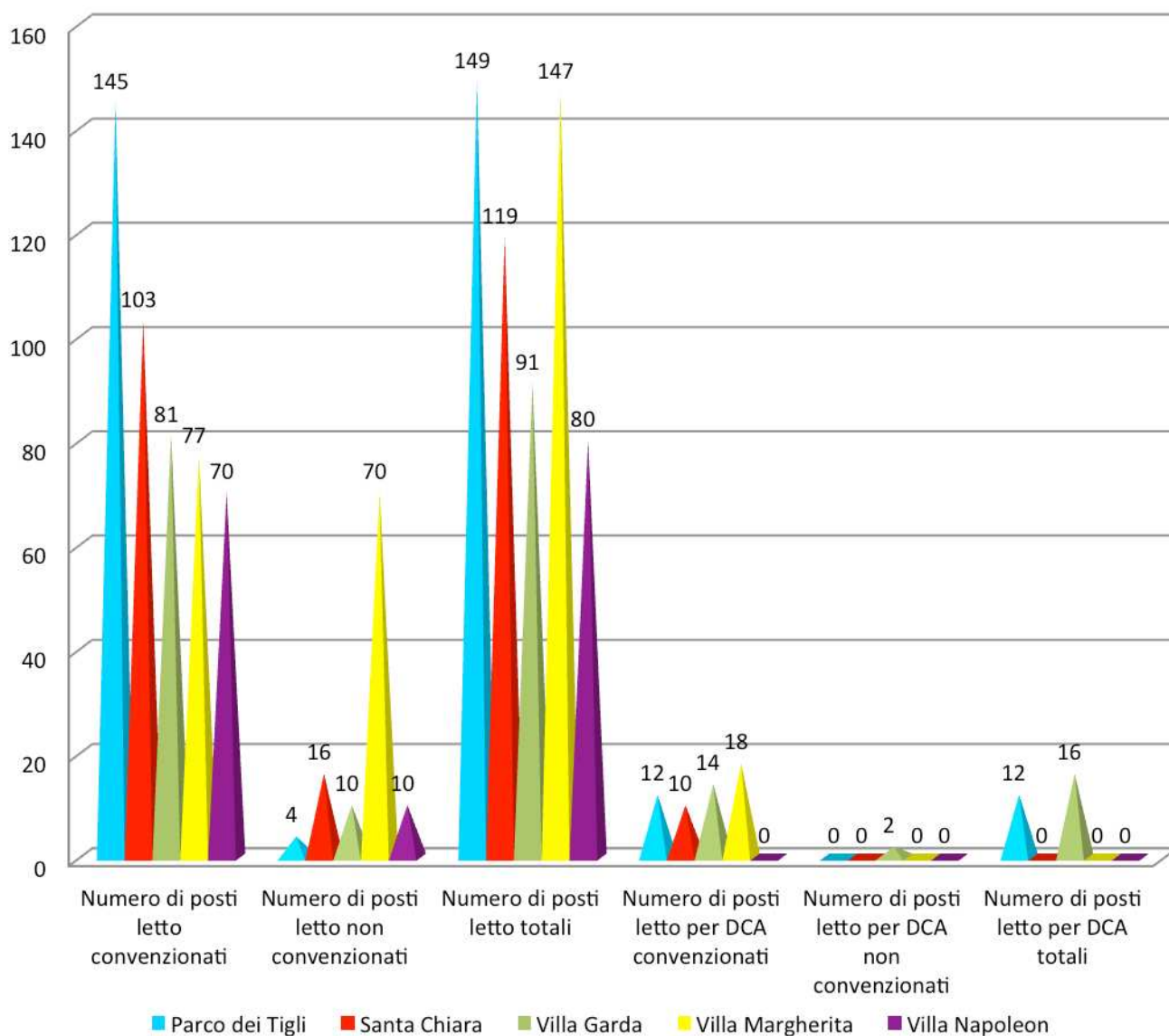
• DATI GENERALI

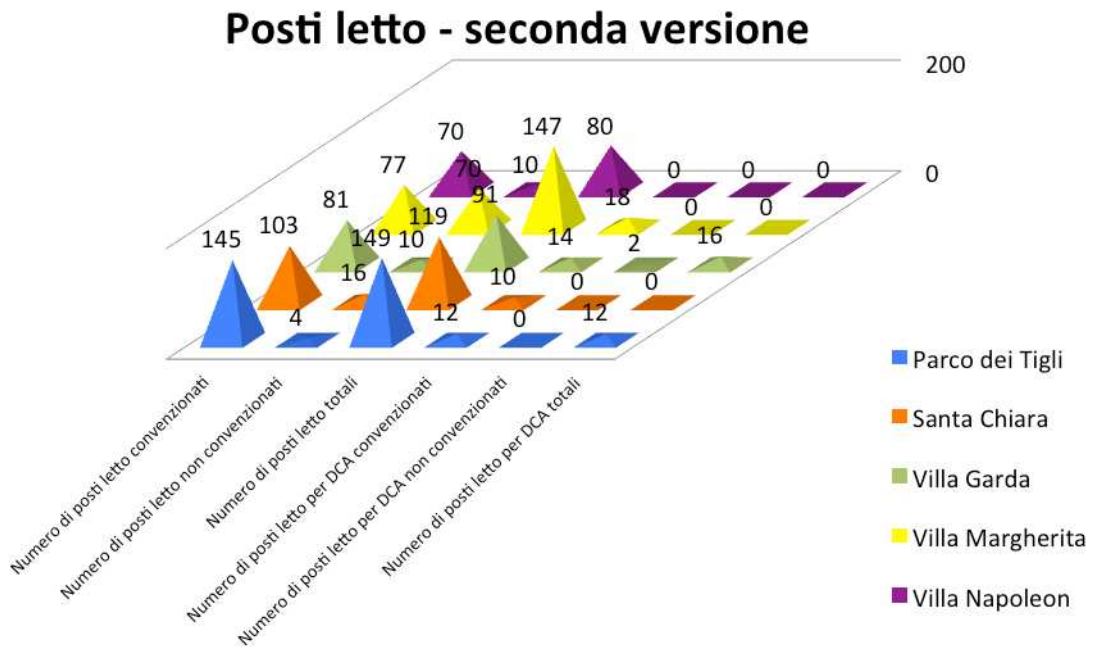
1– 2. Di quanti posti letto dispone la Casa di Cura?

È stato chiesto il numero di posti letto di cui dispone la Casa di Cura Privata, specificando il numero di:

- 1 posti letto totali:
 - posti letto convenzionati
 - posti letto non convenzionati
- 2 posti letto per DCA totali:
 - posti letto per DCA convenzionati
 - posti letto per DCA non convenzionati

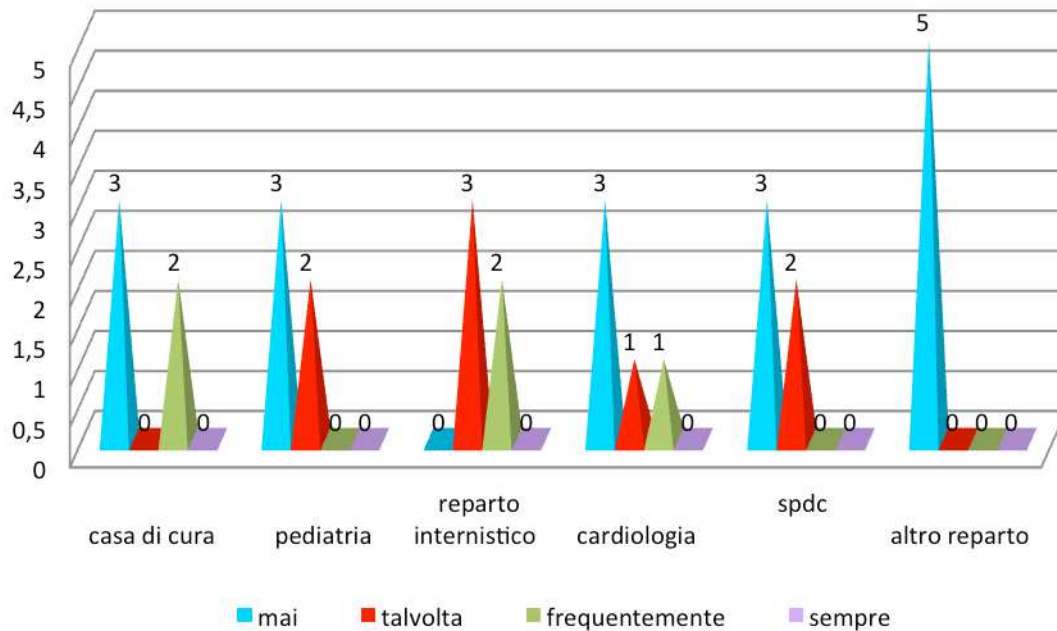
Posti letto





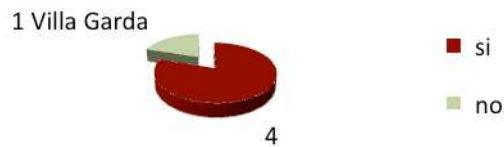
3. In caso di complicanze mediche severe, dove viene effettuato il ricovero?

I ricoveri avvengono in pediatria, reparto internistico, cardiologia, SPDC, o nella stessa casa di cura, mai in altro reparto.



4. La Casa di Cura dispone di posti letto per ricoverare pazienti con "doppia diagnosi" (DCA e psichiatrica)?

Una Casa di Cura risponde negativamente (Villa Garda).

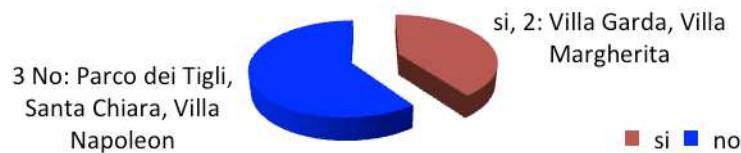


5. La Casa di Cura dispone di Day Hospital o terapia prolungata e prestazioni continuative: fleboclisi, visite (psichiatrica, endocrinologica, dietologica), psicoterapie, consumo pasto, partecipazione gruppo/gruppi?

6. La Casa di Cura dispone di Centro diurno con frequenza non continuativa: attività diurna per almeno 4 ore con prestazioni, consumazione pasto assistito, gruppi psicoeducativi e attività programmate?

Non essendoci una chiara distinzione tra *terapia prolungata* e *centro diurno con frequenza non continuativa* le risposte sono state raggruppate in un unico grafico.

La casa di cura dispone di Day Hospital o Centro Diurno?

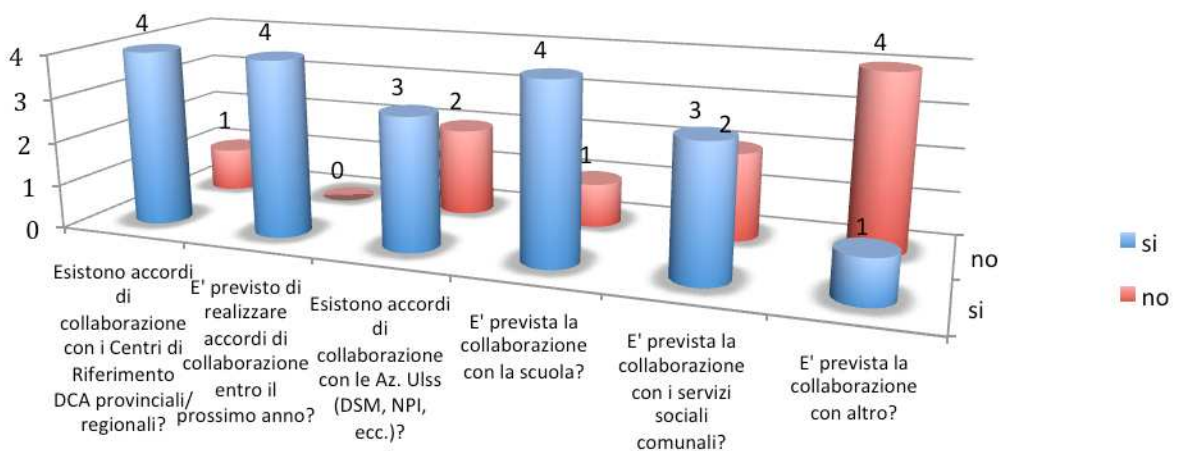


7. Accordi di collaborazione

Di seguito sono raggruppate tutte le informazioni relative a:

- Esistono accordi di collaborazione con i Centri di Riferimento DCA provinciali/regionali?
- Se no, è previsto di stipulare accordi di collaborazione entro il prossimo anno?
- Esistono accordi di collaborazione con le Az. ULSS (DSM, NPI, etc.)?
- È prevista la collaborazione con altri servizi territoriali (scuola, servizi sociali comunali, altro)?

Le Case di Cura Private hanno accordi di collaborazione con i Centri di Riferimento DCA e la scuola (4 su 5), e con le Az. ULSS e i servizi sociali comunali (3 su 5).



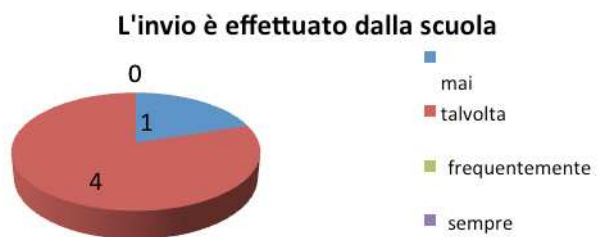
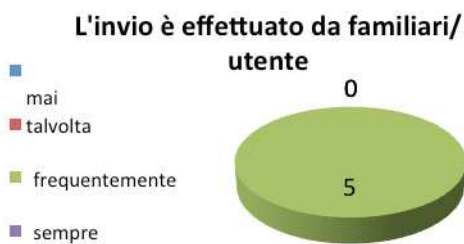
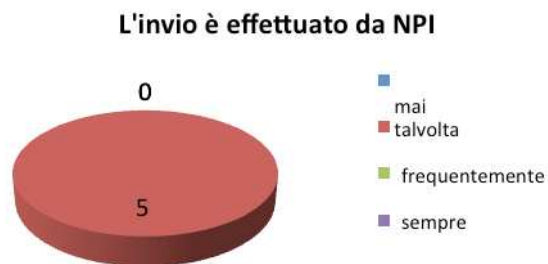
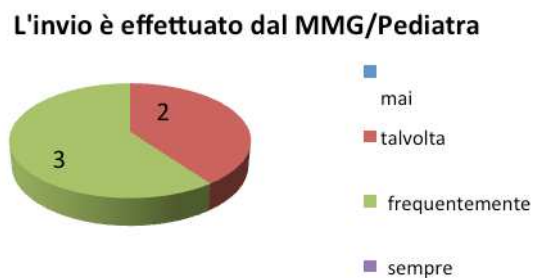
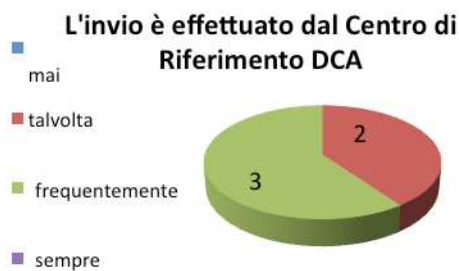
- **INVIO E TRATTAMENTO**

8. Chi invia il paziente per il ricovero?

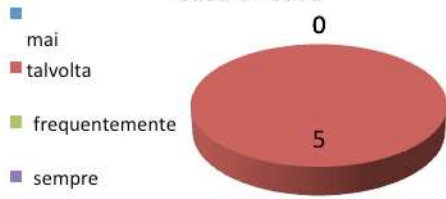
Di seguito si riportano i dati relativi all'invio del paziente in Casa di Cura Privata. Si è voluto investigare se l'invio è effettuato da:

- Centri di Riferimento DCA
- MMG/Pediatra
- DSM
- NPI
- Familiari/Utente stesso
- Scuola
- Stessa Casa di Cura
- Altri Medici Specialisti
- Altre Agenzie Sociali
- Altro

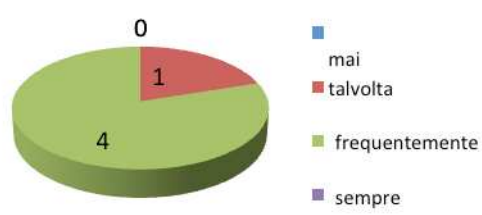
Seguono 10 grafici a torta e un grafico riassuntivo che mettono in evidenza come gli invianti siano soprattutto familiari o utenti stessi, altri medici specialisti e i Centri di Riferimento DCA.



L'invio è effettuato dalla stessa Casa di Cura



L'invio è effettuato da altri medici specialisti



L'invio è effettuato da altre Agenzie Sociali



L'invio è effettuato da Altro

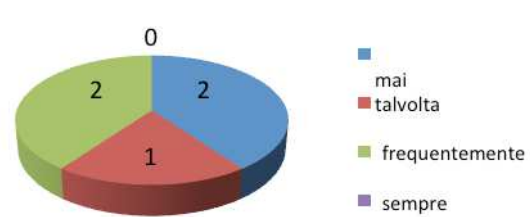
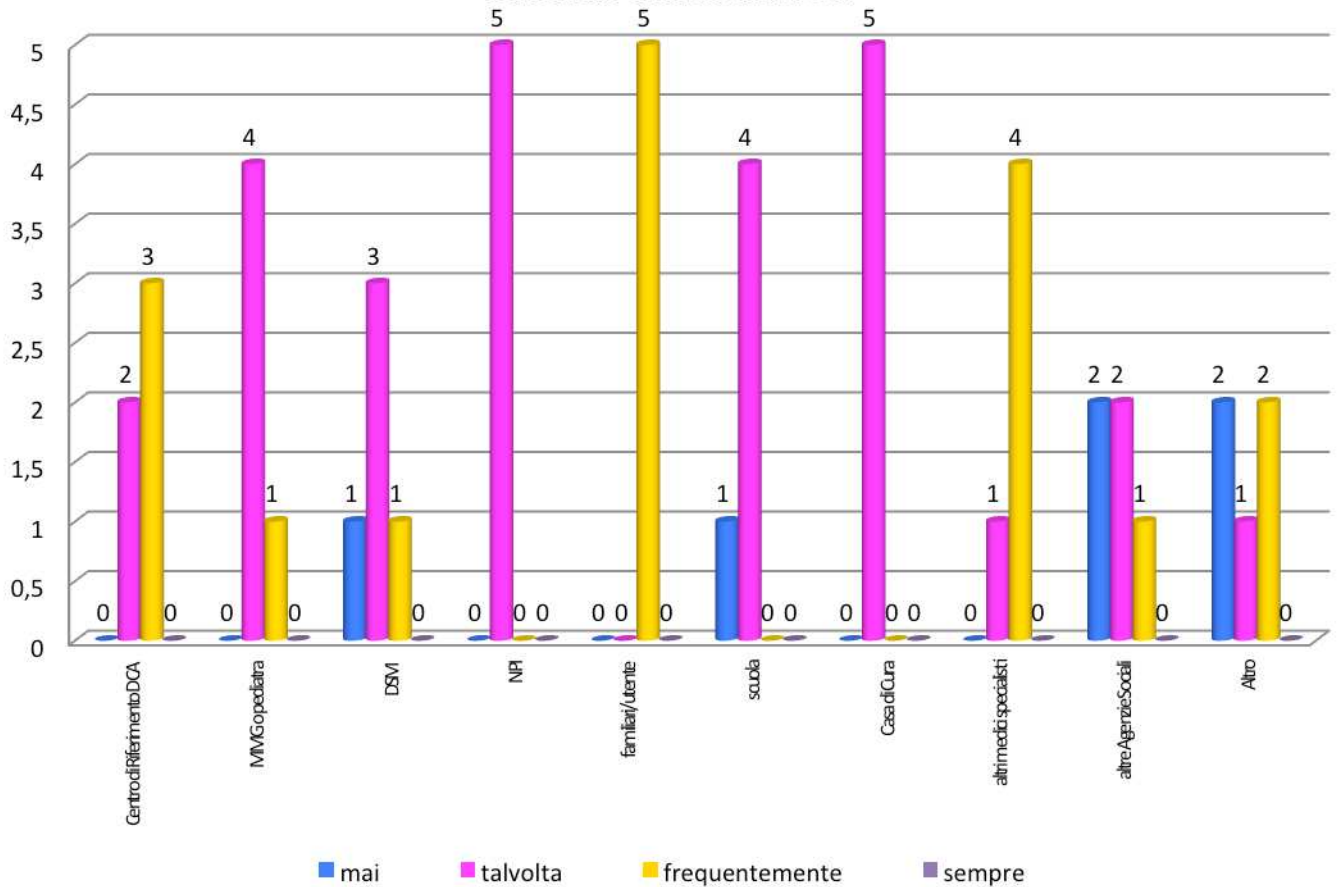


Grafico riassuntivo

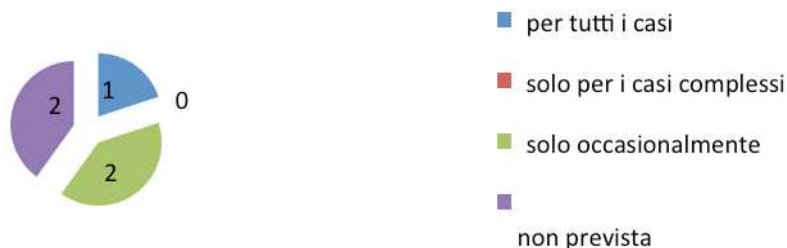


9. Come viene condivisa la presa in carico con il Centro di Riferimento DCA in caso di arrivo diretto alla Casa di Cura?

Si indaga come, nel caso di un arrivo diretto in Casa di Cura, si procede a condividere la presa in carico con il Centro di Riferimento DCA.

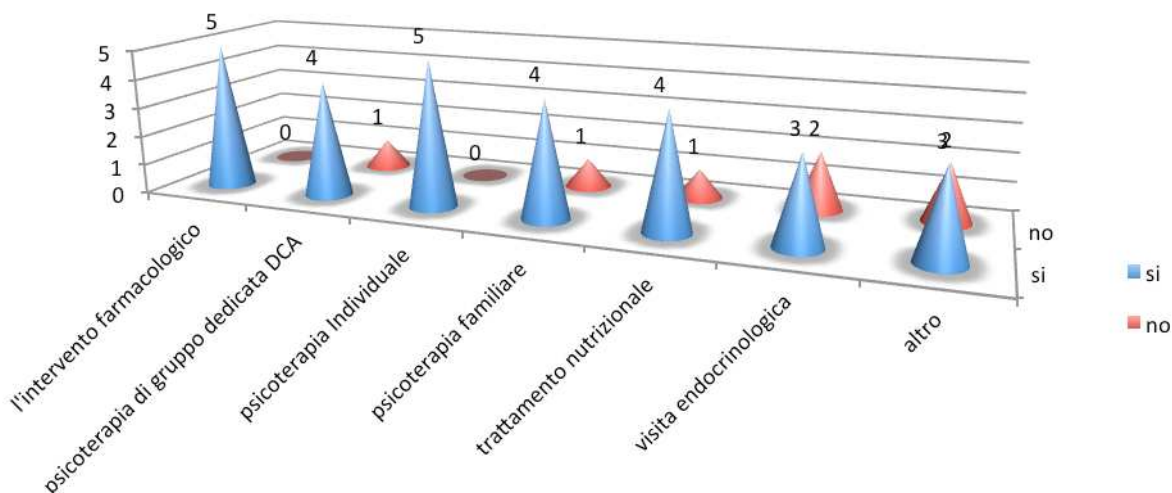
La condivisione della presa in carico si ripartisce tra:

- condivisione per tutti i casi
- condivisione solo per i casi complessi
- condivisione solo occasionale
- condivisione non prevista



10. Nelle situazioni che si prolungano nel tempo quali interventi sono previsti, anche ambulatorialmente?

Gli interventi che sono previsti nelle situazioni che perdurano nel tempo sono principalmente: intervento farmacologico, varie tipologie di psicoterapia e trattamento nutrizionale.



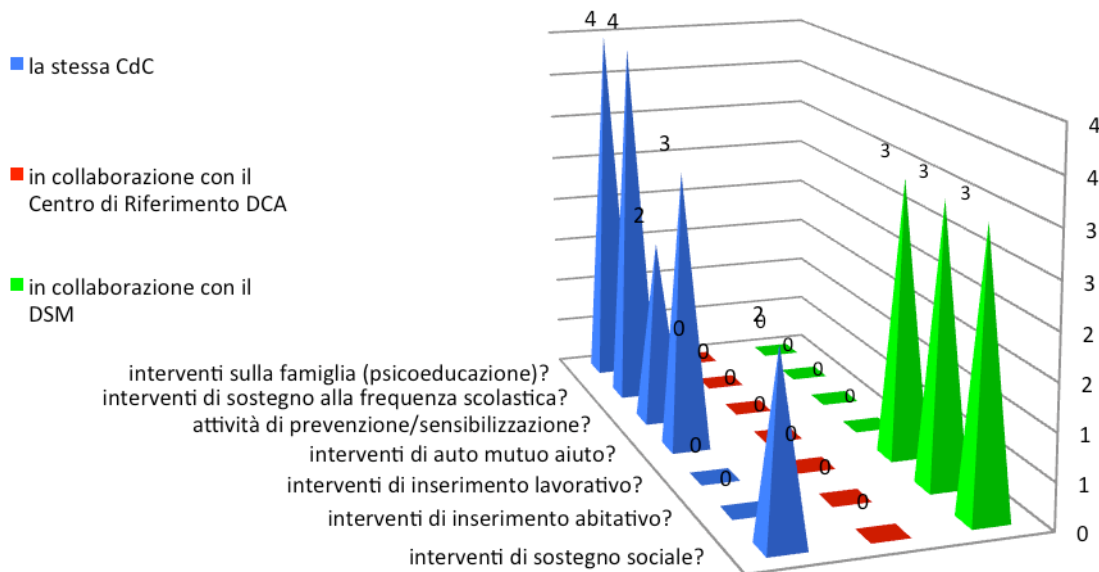
11. Quali interventi la Casa di Cura realizza autonomamente o in collaborazione?

Gli interventi osservati sono:

- interventi sulla famiglia (psicoeducazione)
- interventi di sostegno alla frequenza scolastica
- attività di prevenzione/sensibilizzazione
- interventi di auto mutuo aiuto
- interventi a favore dell'inserimento lavorativo
- interventi a favore dell'inserimento abitativo

- interventi di sostegno sociale

Le Case di Cura collaborano con i DSM per gli interventi di inserimento lavorativo e abitativo e per il sostegno sociale.



12. Viene monitorato l'autolesionismo?

La totalità delle Case di Cura Private monitora l'autolesionismo.

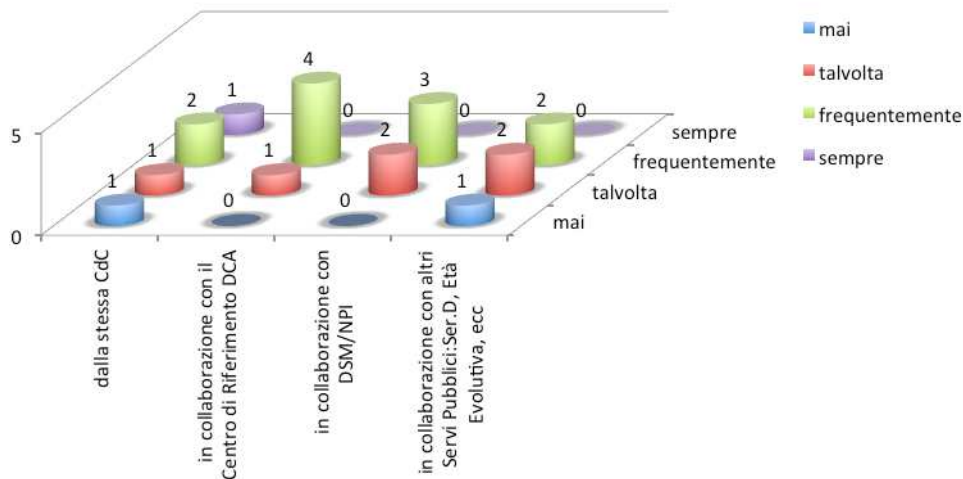
- **MODALITA' E INTERVENTI DOPO LA DIMISSIONE**

13. Da chi vengono seguite le forme più complesse che perdurano nel tempo?

Si indaga se le forme più complesse vengono seguite:

- dalla stessa Casa di Cura
- in collaborazione con il Centro di Riferimento DCA
- in collaborazione con il DSM/NPI
- in collaborazione con altri servizi pubblici: Età evolutiva, Ser.D., etc.

Le Case di Cura rispondono che le forme complesse che perdurano nel tempo vengono seguite in collaborazione con i Centri di Riferimento DCA e con il DSM/NPI. In un caso le forme complesse che perdurano nel tempo vengono seguite dalla stessa Casa di Cura.



14. E' previsto il trattamento ambulatoriale in Casa di Cura dopo il ricovero?

Per quanto riguarda il trattamento ambulatoriale dopo il ricovero, non sembra esserci una tendenza comune nelle Case di Cura: "mai" (Parco dei Tigli), "talvolta" (Villa Margherita), "frequentemente" (Villa Santa Chiara), "sempre" (Villa Garda e Villa Napoleon).

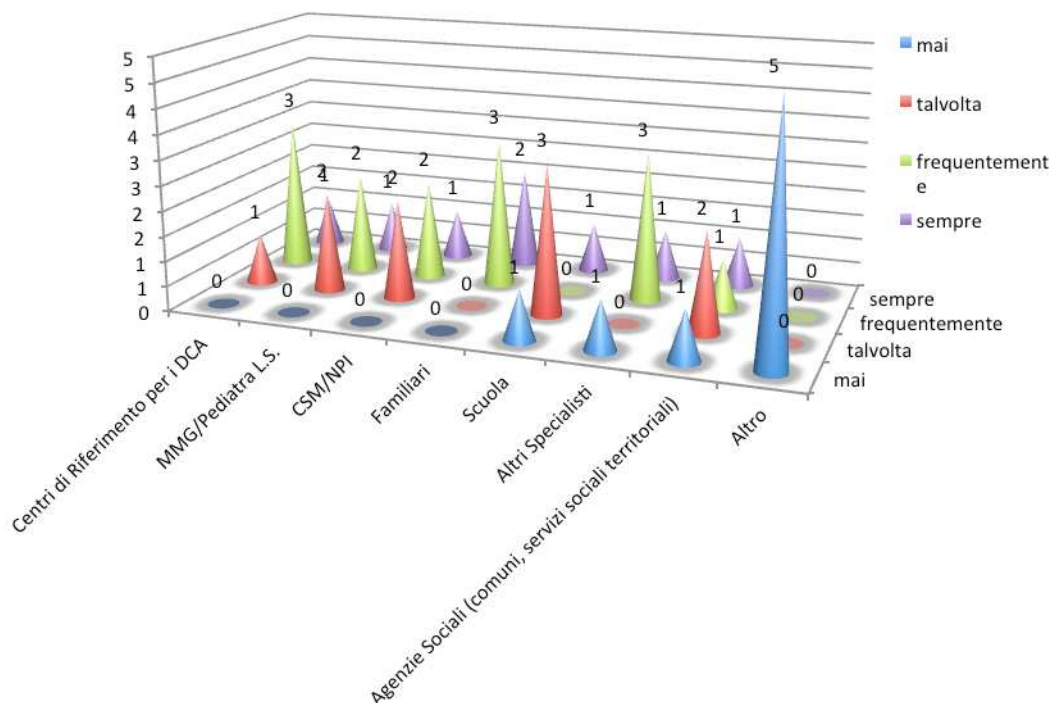


15. Dopo la dimissione, con chi si mantiene una collaborazione regolare?

Ci si interroga se, dopo la dimissione, le Case di Cura mantengono una collaborazione con:

- i Centri di Riferimento DCA
- i MMG/Pediatra L.S.
- i CSM/NPI
- i Familiari
- la Scuola
- Altri Specialisti
- Agenzie Sociali (comuni, servizi sociali territoriali)
- Altro

I soggetti con cui sono più frequenti le collaborazioni sono i familiari, i Centri di Riferimento DCA e altri specialisti.



3. RISULTATI

3.1 CENTRI DI RIFERIMENTO DCA

DATI GENERALI

Alla luce delle analisi svolte emerge che l'organizzazione dei cinque Centri di Riferimento DCA differisce prima di tutto per la presenza di Day Hospital per prestazioni continuative e di Centro Diurno con frequenza non continuativa e attività diurna che attualmente tre centri ne sono dotati: Vicenza, Portogruaro e Treviso.

Si rileva che le figure professionali che compongono l'équipe multidisciplinare sono medici internisti, medici psichiatri, psicologi i quali tutti sono prevalentemente a rapporto di consulenza e non strutturati. E' assente la figura dell'endocrinologo.

Le riunioni dell'équipe, che sono principalmente di tipo organizzativo e sui casi clinici, si distribuiscono prevalentemente sulla frequenza settimanale o per più volte alla settimana.

Si rileva altresì che le modalità di collaborazione con i servizi territoriali della propria Az. ULSS (DSM, SERT, NPI) si distribuiscono equamente tra "modalità di invio condivise" e "contatto periodico continuativo sul caso tra inviante e Centro di Riferimento DCA".

Le collaborazioni con esperti privati avvengono per tre Centri di Riferimento DCA su cinque, soprattutto per quanto riguarda le collaborazioni con gli psicologi sul singolo caso e con gli altri specialisti del SSN.

L'obesità semplice viene trattata da due Centri di Riferimento DCA su cinque (Verona e Vicenza).

Tutti i Centri inviano i dati delle attività e delle prestazioni ai flussi informativi dell'APT regionale.

INVIO E TRATTAMENTO

In questa sezione emerge chiaramente che gli invianti principali sono i familiari o gli utenti stessi; l'invio talvolta è fatto da DSM/NPI o da altre agenzie sociali, scuola e altri medici specialisti.

Nel caso di un invio diretto al Centro di Riferimento DCA emerge che la presa in carico viene condivisa con DSM/NPI solo nel caso di comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi).

Il ricovero delle complicanze mediche severe avviene principalmente in Reparto Internistico, meno frequentemente in Pediatria e SPDC.

Per il ricovero del paziente non collaborante viene attivato preferibilmente l'SPDC.

Emerge inoltre tutti i Centri di Riferimento DCA hanno in corso degli accordi di collaborazione con i reparti ospedalieri, mentre solo tre Centri di Riferimento DCA hanno predisposto un programma di collaborazione con le Case di Cura Private, per lo più per il singolo caso e su presentazione.

Nel caso di interventi in fase acuta (inferiori alle tre settimane), i Centri di Riferimento DCA si fanno carico di erogare prestazioni di farmacoterapia, psicoterapia di gruppo, individuale e familiare e di educazione alimentare.

Le forme che perdurano nel tempo vengono seguite quasi sempre dallo stesso Centro di Riferimento DCA e, frequentemente, in collaborazione con DSM/NPI.

L'autolesionismo viene monitorato da tre centri su cinque.

PRESTAZIONI

Per quanto riguarda infine le prestazioni, emerge che il Centro di Riferimento DCA si occupa prevalentemente di visite mediche, psicoterapia di gruppo dedicata ai DCA, aspetti nutrizionali e corretta alimentazione, psicoterapia individuale e familiare, rapporti con i MMG, sostegno alla famiglia e psicoeducazione.

E' attiva una collaborazione più stretta con il DSM/NPI relativamente alle visite psichiatriche, la farmacoterapia, l'inserimento in strutture residenziali (Comunità Alloggio, Appartamenti) e in servizi semiresidenziali (Centri Diurni), le attività di prevenzione e sensibilizzazione, il sostegno alla frequenza scolastica e l'inserimento lavorativo.

L'Auto Mutuo Aiuto è una modalità di intervento che è delegata alle Associazioni di volontariato.

3.2 DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE (DSM)

DATI GENERALI

L'organizzazione dei DSM prevede nella maggioranza dei casi che tutti gli psichiatri prendano in carico gli utenti provenienti da una zona del territorio, qualsiasi sia la patologia. In altri termini tutti i pazienti provenienti da una determinata area territoriale vengono visitati dallo psichiatra che "segue" quel territorio. Ma questa non è l'unica modalità organizzativa, in qualche DSM alcuni psichiatri sono dedicati a particolari patologie o settori organizzativi talora costituendo dei gruppi di lavoro specializzati. In 5 DSM su 20 sono state costituite miniéquipe multiprofessionali specifiche per i DCA, prevalentemente da psichiatri e psicologi.

La maggior parte dei DSM prevede accordi di collaborazione con i Centri di Riferimento DCA, anche se una piccola parte ha stipulato un protocollo di collaborazione. Meno della metà dei DSM afferma di organizzare incontri regolari tra il CSM e il Centro di Riferimento DCA (risulta che questi incontri o si svolgono regolarmente una volta a settimana oppure non sono regolamentati o solo al bisogno).

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei familiari nell'invio al Centro di Riferimento DCA è molto diffuso, sono 17 su 20 i DSM che rispondono affermativamente.

Il caso clinico acuto urgente viene ricoverato principalmente in Reparto Internistico/Pediatria e in SPDC.

INVIO E TRATTAMENTO

Le modalità di invio al Centro di Riferimento DCA sono prevalentemente due: il paziente viene inviato direttamente al Centro di Riferimento per la prima valutazione o in alternativa la prima visita avviene a cura del Centro di Salute Mentale (CSM) che successivamente invia al Centro di Riferimento DCA. Non avviene quasi mai che il CSM invii un paziente direttamente alle Case di Cura Private.

L'individuazione di un Case Manager del CSM per i pazienti più complessi con DCA avviene di rado e prevalentemente per i casi con doppia diagnosi.

Il CSM attiva soprattutto interventi di tipo farmacologico e di psicoterapia individuale, demandando (o comunque collaborando) al Centro di Riferimento DCA interventi di psicoterapia di gruppo, per i familiari, interventi sugli aspetti nutrizionali, le visite endocrinologiche e gli interventi con la scuola. La metà dei DSM prende in cura i pazienti con DCA e li visita periodicamente al CSM.

Il DSM attiva principalmente il CSM e l'SPDC per il trattamento di utenti con DCA; mentre altri servizi, come la CTRP, il Day Hospital Territoriale, il Day Hospital Ospedaliero, le Comunità Alloggio e i Centri Diurni sono attivati in misura molto meno frequente.

I familiari vengono coinvolti nel trattamento con interventi programmati in misura maggiore dai Centri di Riferimento DCA che non dai DSM i quali mettono in atto soprattutto colloqui periodici e incontri di sostegno.

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Il caso clinico acuto urgente, per il trattamento delle complicanze mediche e per periodi non superiori alle tre settimane, viene ricoverato principalmente in Reparto Internistico e in SPDC. Tuttavia in meno della metà dei DSM (8 su 20) è possibile l'ospedalizzazione del paziente con DCA non acuto in questi reparti, all'interno della propria Az. ULSS.

TRATTAMENTI A LUNGO TERMINE

La presa in carico dei pazienti a lungo termine è equamente distribuita tra CSM/NPI, Centro di Riferimento DCA e la scelta di caso in caso del servizio prevalente.

Gli accordi (protocolli) di collaborazione tra DSM e Centri di Riferimento DCA per la presa in carico a lungo termine sono attivi in metà dei DSM.

La diffusione nei DSM dell'attività di prevenzione dei DCA è pratica non frequente.

3.3 CASE DI CURA

DATI GENERALI

Le Case di Cura della ricerca hanno alcuni posti letto riservati ai casi con DCA. Le modalità del ricovero in caso di complicanze severe sono variabili. La maggior parte delle Case di Cura dispone di posti letto per ricoverare pazienti in doppia diagnosi. Due Case di Cura prevedono modalità di accesso diurno, Day Hospital o Centro Diurno (Villa Garda e Villa Margherita). Per quanto riguarda le collaborazioni, sembrano essere più consolidate le collaborazioni con i Centri Riferimento per i DCA, rispetto a quelle con le Aziende Ulss e i servizi sociali comunali.

INVIO E TRATTAMENTO

Le modalità di invio sono varie e comprendono l'invio da parte del Centro di Riferimento DCA, dai familiari, dagli utenti stessi, dal DSM, dalla scuola, dal medico di medicina generale, da altri specialisti. Non risulta esserci una modalità comune di condivisione della presa in carico. Per le situazioni che si prolungano nel tempo, gli interventi anche ambulatoriali più comuni sono quello farmacologico, psicoterapico e nutrizionale. La collaborazione con i DSM sembra realizzarsi maggiormente nelle attività di inserimento lavorativo, inserimento abitativo, sostegno sociale. L'autolesionismo viene sempre monitorato.

MODALITA' E INTERVENTI DOPO LA DIMISSIONE

Le collaborazioni dopo la dimissione sono regolari con i Centri di Riferimento DCA. Il trattamento ambulatoriale sembra essere una prassi frequente ma non per tutte le Case di Cura.

4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Questa ricerca ha consentito di rappresentare la situazione attuale dei Servizi che si occupano di diagnosi e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare e di mettere in evidenza le reciproche collaborazioni: Centri Regionali e Provinciali per il trattamento dei DCA, Dipartimenti di Salute Mentale e Case di Cura. E' stato preparato uno strumento di indagine suscettibile di essere riproposto per successivi follow up e che consenta delle future verifiche. Va precisato che i Centri di Riferimento DCA, i DSM e le Case di Cura si sono dimostrati molto disponibili alla rilevazione delle informazioni, mettendo in evidenza un desiderio di confronto e condivisione con gli altri Servizi. E' stata possibile pertanto una raccolta esauriente dei dati.

I Centri Regionali e Provinciali si confermano il Servizio di riferimento grazie al quale i DCA trovano un loro inquadramento specifico in ogni fase della malattia: dal trattamento dell'acuzie, alla presa in carico, alle cure a lungo termine. È risultata altresì significativa e migliorabile la loro collaborazione con i DSM, i quali hanno un ruolo rilevante per quanto concerne: l'invio, la cura (soprattutto dei casi con doppia diagnosi), la presa in carico congiunta, il collegamento con il territorio di appartenenza, il lavoro con le famiglie. La collaborazione fra Centri di riferimento e DSM consente sia l'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali sia quello lavorativo e abitativo. Importante è risultato essere altresì il ruolo delle Case di Cura che mettono a disposizione Posti Letto per il ricovero a tempo pieno e che sono parte integrante dei processi di cura e riabilitazione.

Il lavoro di rete, soprattutto quando si ha a che fare con situazioni cliniche così complesse e piene di sfaccettature come i DCA, si sta affermando come indispensabile strategia e diventa valore aggiunto soprattutto per la cura e la riabilitazione dei casi clinici nel medio-lungo periodo. E' auspicabile una maggiore sinergia tra DSM e Centri di Riferimento DCA per raggiungere una fascia più ampia di popolazione e realizzare attività di prevenzione.

In sintesi, la ricerca può costituire una base di riflessione sulle risorse e sulle criticità esistenti nella cura e nella riabilitazione dei DCA nel Veneto, utile altresì per confrontare diverse modalità operative e valutare sia il potenziamento della rete dei servizi sia l'incremento delle collaborazioni.

5. BIBLIOGRAFIA

Cuzzolaro, M. *Disordini alimentari in adolescenza*. In M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza*, (2002).

Cuzzolaro, M. *Aut nimis aut nihil. Bulimia anoressia ed altri disturbi del comportamento alimentare*. *Quon* 1q, 13-28, 1994.

Delle Grave, R. *Anoressia nervosa. I fatti*. Positive Press, Verona, 1996.

Favaro, A.; Ferrara, S.; Santonastaso, P. *The spectrum of Eating Disorders in young women: a prevalence study in a general population sample*. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708, 2003.

6. APPENDICE