

Il Consiglio di Stato

Signori
- Lea Ferrari
- Massimiliano Ay
Deputati al Gran Consiglio

Interrogazione 23 settembre 2019 n. 168.19

Qual è la situazione relativa ai disturbi alimentari nel Canton Ticino?

Signori deputati,

ci riferiamo alle domande poste nell'atto parlamentare n. 168.19 del 23 settembre 2019 riguardanti la situazione relativa ai disturbi alimentari nel Canton Ticino, a cui rispondiamo come segue.

Ambito scolastico

1. Le scuole prevedono un programma di prevenzione?
2. Le scuole consegnano del materiale di prevenzione ai genitori degli alunni?
3. Esistono delle strutture che promuovono campagne di sensibilizzazione?

La scuola non si occupa direttamente di prevenzione o sensibilizzazione. Un compito assunto invece da altri attori con i quali la scuola collabora e che sono descritti al punto 4 della presente risposta. Nondimeno, nell'ambito delle sue finalità, la scuola educa i suoi allievi all'adozione di sane abitudini sul piano della salute. Un obiettivo questo particolarmente presente nella scuola dell'obbligo e specificatamente formalizzato in quello che il *Piano di studio della scuola dell'obbligo ticinese* definisce come il contesto di formazione generale 'Salute e benessere'. Temi quali la 'prevenzione alimentare', 'l'autocontrollo nell'alimentazione' e 'l'assunzione di comportamenti adeguati per la propria salute' sono elencati tra gli obiettivi della formazione generale. Obiettivi che sono perseguiti anche grazie ai corsi di educazione alimentare frequentati dagli allievi della scuola media durante la terza classe (obbligatorio) e in quarta (opzionale).

4. Lo Stato si impegna in qualche modo a promuovere la sensibilizzazione nelle

L'Ufficio del medico cantonale, tramite il Servizio di promozione e di valutazione sanitaria, è attivo con il Programma "Alimentazione equilibrata e movimento", cofinanziato dalla fondazione Promozione Salute Svizzera. Il Programma si rivolge a bambini e giovani fino agli 11 anni e mira a promuovere abitudini e stili di vita favorevoli alla salute a livello di alimentazione equilibrata e movimento sin dalla gravidanza e dalla prima infanzia, coinvolgendo la maggior parte dei moltiplicatori di riferimento per questa fascia di età (in particolare educatori, docenti, genitori, operatori socio-sanitari). Le evidenze scientifiche mostrano infatti che per avere risultati efficaci in termini di buone abitudini alimentari e di movimento è necessario agire il prima possibile, quindi sin dalla prima infanzia. Il Programma

comprende una serie di progetti in vari contesti, tra i quali si segnalano alcuni interventi in ambito scolastico:

- *Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!*: progetto di promozione dell'alimentazione equilibrata e del movimento rivolto ai docenti delle scuole dell'infanzia e delle scuole elementari e alle famiglie dei rispettivi allievi. Dal 2005 sono stati coinvolti 46 istituti, per un totale di circa 670 docenti e 8100 allievi con le loro famiglie, tramite formazioni teoriche, pratiche e didattiche sull'alimentazione equilibrata e il movimento.
- *Fourchette verte*: associazione che assegna un marchio di qualità a ristoranti e mense collettive che rispettano i requisiti di qualità per una cucina sana. Tutte le scuole dell'infanzia del cantone hanno un marchio Fourchette verte e sempre più strutture rivolte ai bambini come i nidi per l'infanzia lo stanno ottenendo.
- *Raccomandazioni merende sane a scuola*: nel 2020 saranno pubblicate e diffuse delle raccomandazioni su merende, pranzi al sacco e bevande destinate alle direzioni scolastiche, docenti, operatori della scuola, allievi e genitori. Le raccomandazioni sono state sviluppate da un Gruppo di lavoro composto dall'Ufficio del medico cantonale, la Sezione delle scuole comunali, la Sezione dell'insegnamento medio, la Commissione per il servizio dentario scolastico e la Conferenza cantonale dei genitori.

Nell'ambito del tempo libero si segnala invece la collaborazione con "Tandem – Spicchi di vacanza" con il progetto "Merende equilibrate", che propone ai partecipanti di continuare con le buone abitudini anche durante l'estate.

5. Quanto è importante, in cifre, la dispersione scolastica dovuta a disturbi alimentari?

6. Si può dire e sostenere con dei dati che il disturbo alimentare incide negativamente sull'accesso ad una formazione post-obbligatoria?

Attualmente non esistono studi che indagano la correlazione tra il fenomeno della dispersione scolastica e i disturbi alimentari. Non è quindi possibile rispondere alla domanda. Analogamente non è possibile presentare dei dati a sostegno della correlazione tra disturbi alimentari e accesso alla formazione post-obbligatoria.

7. Vi è una collaborazione tra il DSS e il DECS per prevenire e seguire allieve e allievi della scuola dell'obbligo? Se sì, potete esplicitare quale modus operandi è in atto?

Le collaborazioni tra DSS e DECS sono descritte nella risposta alla domanda 4.

Ambito curativo e ospedaliero

**Il DSS è a conoscenza e sta monitorando il fenomeno dei disturbi alimentari?
Se sì con quali strumenti?**

Vedi risposta 4 delle domande concernenti l'ambito scolastico.

Esiste una statistica secondo sesso ed età della diffusione dei disturbi alimentari nella popolazione ticinese?

Bisogna ricordare innanzitutto che i termini utilizzati di "disturbi alimentari" o "disturbi dell'alimentazione" racchiudono una serie di disturbi con precisi criteri diagnostici specificati nei manuali diagnostici e statistici dei disturbi mentali.

Non esiste una statistica specifica al Ticino rispetto a queste categorie diagnostiche psichiatriche, ma da una ricerca pubblicata nel 2016, svolta dall'Università di Zurigo¹ su un ampio campione rappresentativo della popolazione, risulta che l'1.1% dei residenti in Svizzera tra i 15 e i 60 anni ha avuto nell'ultimo anno un disturbo della condotta alimentare. Si può quindi stimare che in Ticino più di 2000 persone presentino questo tipo di disturbo. La prevalenza è quasi doppia per le persone di sesso femminile rispetto a quelle di sesso maschile e il gruppo di età più a rischio è quello che va dai 15 ai 29 anni. I dati epidemiologici di cui invece siamo in possesso per il Ticino riguardano il peso rilevato (e non il comportamento alimentare). Pur coscienti che non esiste una relazione univoca tra peso e disturbi alimentari, il peso è un indicatore possibile per stimare gli stessi a livello di salute pubblica.

Nel 2017, il Servizio di medicina scolastica dell'Ufficio del medico cantonale ha effettuato uno studio su un campione rappresentativo di allieve e allievi di scuola elementare del Canton Ticino. Mediante le metodologie statistiche più utilizzate a livello internazionale è stato possibile stimare le prevalenze di sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità nella popolazione di giovani allievi nei sette distretti scolastici. Ne risulta che il 73% delle bambine e dei bambini di scuola elementare è normopeso e una percentuale compresa tra il 14% e il 18% - a seconda della metodologia impiegata - è sovrappeso. Le classi più estreme - potenzialmente ascrivibili alla categoria del disturbo alimentare oggetto dell'interrogazione - fanno segnare le seguenti prevalenze: l'obesità compresa tra il 3% e il 7%; il sottopeso di livello medio-grave tra l'1% e il 2%. In termini comparativi, vi è da rilevare che le stime ottenute sono in linea con quelle registrate da un'analoga indagine effettuata nelle scuole elementari ticinesi nel periodo 2003-2004. Inoltre, a livello nazionale, il nostro cantone si pone in una posizione intermedia con prevalenze in linea con la media svizzera.

Va infine osservato che lo studio sopracitato del 2017 ha permesso altresì la definizione di un protocollo d'indagine standardizzato in termini di disegno sperimentale, metodologia di campionamento, raccolta e analisi dei dati. Ciò consentirà di effettuare, a cadenza regolare, un monitoraggio rappresentativo ed estendibile anche agli allievi delle scuole medie così da garantire, non solo il rilevamento puntuale, ma anche un confronto omogeneo dei dati nel corso del tempo e la definizione di tendenze di medio-lungo periodo inerenti il nostro Cantone.

1. Quali sono le strutture di riferimento per persone che soffrono di disturbi alimentari? Quante e quali strutture esterne all'Ospedale Psichiatrico esistono? In queste strutture il personale è specializzato? Lo Stato sussidia in qualche modo le strutture sopracitate?

In base anche alla pianificazione ospedaliera, la struttura di riferimento in Ticino per persone maggiori dei 16 anni di età che soffrono di disturbi alimentari è il Centro di competenza per la presa a carico dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) della Clinica psichiatrica cantonale (CPC), collocato all'interno dell'Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine. Il percorso di cura può avvenire a livello ambulatoriale, o, nei casi più gravi, attraverso un ricovero.

Presso il reparto DCA l'utenza è presa a carico da un'équipe multidisciplinare composta da psichiatri e psicologi specializzati nella cura dei disturbi del comportamento alimentare e infermieri in salute mentale con competenze nel settore sviluppate nell'ambito della formazione continua oltre che pratica. Collaborano pure una dietista ed un medico nutrizionista come consulenti.

¹ M. Mohler-Kuo et al. (2016). The prevalence, correlates, and help seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46, 2749-2758.

I pazienti di meno di 16 anni con disturbi del comportamento alimentare che necessitano un ricovero, vengono solitamente ricoverati nei reparti pediatrici dell'EOC. Nel 2018 negli ospedali dell'EOC, i pazienti di meno di 16 anni con una diagnosi principale o secondaria di disturbi del comportamento alimentare sono stati 12.

Lo Stato partecipa al finanziamento della presa a carico in virtù di quanto stabilito dalla LAMal.

2. A quanto ammonta, se sussiste, la discrepanza tra persone che soffrono di disturbi alimentari registrate e quelle che hanno effettivamente usufruito di queste strutture?

Nel 2018 negli istituti psichiatrici ticinesi sono stati ricoverati 33 pazienti con diagnosi principale legata ai disturbi del comportamento alimentare, 28 dei quali presso il DCA e 5 nelle altre cliniche psichiatriche. I pazienti con diagnosi secondaria di questo tipo sono stati 43. Negli ospedali somatici acuti i ricoveri di pazienti dovuti a questa diagnosi sono stati 24 (a cui si possono aggiungere 19 pazienti con diagnosi secondaria di questo tipo).

A livello ambulatoriale, per quel che riguarda l'OSC, nel 2018 186 pazienti con diagnosi da alterato comportamento alimentare sono stati seguiti dal DCA, 41 pazienti sono stati presi in carico dai Servizi medico-psicologici per minori (SMP) e 121 pazienti dai Servizi psico-sociali per adulti (SPS). Gli SPS del Sopraceneri collaborano alla presa a carico delle persone seguite nell'ambito del Servizio di nutrizione clinica e dietetica dell'EOC.

Questi dati sono però estremamente parziali. Non è infatti possibile quantificare il numero di persone affette da disturbi alimentari che si sono rivolte a psicologi/psichiatri/psicoterapeuti privati.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure, la ricerca dell'Università di Zurigo citata in precedenza, afferma che solo il 39% degli uomini e il 46% delle donne che hanno un disturbo del comportamento alimentare chiederebbe un aiuto professionale per i propri problemi alimentari.

3. Fra le persone che hanno usufruito del servizio di queste strutture, quante si sono presentate nuovamente con lo stesso problema?

Considerando i ricoveri ospedalieri presso il DCA, che ammontano a circa 30 all'anno, negli ultimi 4 anni si sono ripresentate 2 persone con lo stesso problema.

4. In quanti casi e in quanto tempo si è raggiunto un buon risultato terapeutico?

In quasi tutti i casi si è raggiunto un buon risultato terapeutico in termini di efficacia e di mantenimento nel tempo dell'obiettivo raggiunto. Se si considera la presa a carico globale (stazionaria ed ambulatoriale), la durata della presa a carico del paziente con disturbo alimentare presso il reparto DCA è di circa due anni.

5. Ci sono cifre relative a quanti scelgono di seguire una terapia e quanti decidono di abbandonare la terapia?

Il tempo necessario al raggiungimento di un buon equilibrio psicofisico è dato sia dal tipo di disturbo alimentare dal quale il paziente è affetto (anoressia nervosa, bulimia nervosa, iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici, disturbi alimentari NAS), sia dal percorso terapeutico che il paziente accetta di seguire (ricovero, terapia ambulatoriale o entrambi).

Come visto precedentemente, nella maggior parte dei casi i pazienti sono seguiti per una durata totale di circa due anni.

6. Oltre alla terapia in struttura, è prevista una terapia in ambiente domestico che prevede un coinvolgimento o una formazione dei genitori?

I familiari dei pazienti seguiti presso il reparto DCA sono coinvolti sia in terapie della famiglia, se il loro familiare lo accetta, sia in incontri formativi di gruppo sui temi dei disturbi alimentari. Sono state effettuate anche alcune visite domiciliari da parte del personale infermieristico.

7. I medici generici e pediatrici hanno l'obbligo di mettere in contatto il paziente con uno specialista?

La Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (LSan) prevede all'art. 5 che ogni persona ha diritto a prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute, adeguate alla esigenza di cura nel rispetto dei principi della libertà, dignità e integrità della persona umana e tenendo conto del criterio di efficacia sanitaria e del principio dell'economicità. All'interno di questo quadro legislativo, il singolo medico gode di un ampio margine di apprezzamento ed azione che permette la presa in carico adeguata alla singola casistica. Un obbligo di indirizzare il paziente verso uno specialista in tale ambito potrebbe addirittura portare a cure non adeguate, a costi maggiori senza un miglioramento qualitativo e finanche far desistere i pazienti dall'annunciarsi per prese in carico a bassa soglia.

Inoltre il paziente capace di discernimento ha il diritto, appunto secondo i principi della libertà, dignità e integrità della persona umana, ad autodeterminarsi nella scelta se curarsi o meno e come curarsi. I limiti di tale principio sono codificati nelle disposizioni del diritto civile in materia di privazione della libertà a scopo d'assistenza (art. 426 CC), che considera la possibilità di cura "obbligatoria" nella misura in cui una persona in un grave stato di abbandono può essere ricoverata in un istituto idoneo se le cure o l'assistenza necessarie non possono esserle prestate altrimenti.

8. Quali sono le condizioni delle liste di attesa?

Attualmente la lista di attesa per un ricovero presso il reparto DCA è di circa tre mesi. Per quanto riguarda la presa a carico ambulatoriale presso il medesimo reparto, l'attesa per una prima convocazione è di circa un mese dal momento della prima segnalazione del caso. Eseguita la prima visita, il paziente viene coinvolto nel percorso di cura entro circa due settimane.

Ambito socio-economico

1. Si è a conoscenza della correlazione tra precariato/disoccupazione e disturbo alimentare? In cifre a quanto ammonta?

In letteratura pochi studi si sono interessati al legame tra situazione occupazionale e disturbi alimentari. Le differenze a livello di disturbi alimentari tra le persone occupate a tempo pieno, a tempo parziale o non occupate non sono risultate significative.

2. Una persona cui è stato diagnosticato un disturbo alimentare, quali spese deve affrontare (ammontare in cifre)?

3. A quali servizi gratuiti dello Stato può fare a capo?

4. In quali termini vi è un contributo da parte delle casse malati?

Il percorso di cura implica una presa a carico multidisciplinare, in regime di ricovero e /o ambulatoriale, della durata complessiva di circa due anni considerando i follow up: i costi dipendono dagli specialisti che incontra (psichiatra, psicologo, dietista, nutrizionista, infermiere) e dalle terapie che segue (valutazione iniziale con somministrazione di test psicologici; colloqui individuali o di gruppo, o entrambi; pasti assistiti da personale infermieristico; ecc.). In caso di degenza presso il DCA, vengono fatturate le spese in virtù del modello tariffale TARPSY, nel caso di una degenza in un ospedale somatico secondo il modello SwissDRG, mentre la presa a carico ambulatoriale è fatturata secondo TARMED.

Le spese che la persona in cura deve sopportare sono la franchigia e le partecipazioni ai costi previste dalla LAMal.

Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a circa 10 ore lavorative.

Vogliate gradire, signori deputati, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:


Christian Vitta

Il Cancelliere:


Arnoldo Coduri

Copia:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Direzione OSC (dss-osc@ti.ch)