

# Messaggio

numero  
**8204**

data  
26 ottobre 2022

competenza  
DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

## Rapporto sulla mozione del 21 settembre 2020 presentata da Lea Ferrari e Massimiliano Ay "Creare delle Comunità terapeutiche cantonali per i disturbi alimentari in Ticino"

Signora Presidente,  
signore e signori deputati,

abbiamo esaminato la mozione 21 settembre 2020 presentata da Lea Ferrari e Massimiliano Ay, con la quale si chiede l'istituzione nel Cantone di almeno una comunità terapeutica per la presa a carico dei disturbi del comportamento alimentare, che offra un percorso terapeutico in cui l'aspetto dietologico-nutrizionale sia connesso agli aspetti emotivi, cognitivi e relazionali in una dimensione comunitaria.

### I. PREMESSA

Da anni, il tema dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) è sempre più al centro dell'attenzione. Basti pensare che, tipicamente riscontrati e diagnosticati soprattutto nei paesi occidentali, i disordini alimentari sono negli Stati Uniti la prima causa di morte per malattia mentale. Volgendo lo sguardo all'Europa, prendendo come esempio il caso italiano, i disturbi alimentari colpiscono ogni anno 8'500 persone, di cui 8-9 donne su 100'000 si ammalano di anoressia e 12 di bulimia, mentre tra gli uomini i nuovi casi di anoressia sono 0.02-1.4 ogni 100'000 persone e i casi di bulimia sono circa 0.8<sup>1</sup>.

In Svizzera, con un'inchiesta differenziata<sup>2</sup> eseguita su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica dall'ospedale universitario di Zurigo e dall'università di Zurigo, nel 2010 è stata sondata per la prima volta l'insorgenza dei diversi disturbi alimentari nel nostro Paese. La ricerca ha rilevato che, complessivamente, il 3,5% in della popolazione svizzera è stato colpito nel corso della sua vita da un disturbo alimentare. Dallo studio sono emerse le seguenti prevalenze concernenti le tre forme più frequenti di disturbi alimentari: nelle donne, l'1.2% è affetto da anoressia nervosa, il 2.4% da bulimia nervosa e il 2.4% da disturbo da alimentazione incontrollata; negli uomini, lo 0.2% da anoressia, lo 0.9% da bulimia e lo 0.7% è affetto da disturbo da alimentazione incontrollata.

I disturbi del comportamento alimentare possono assumere forme e livelli di gravità assai differenziati. In effetti, come riportato in un articolo del Journal of Psychopathology<sup>3</sup>:

<sup>1</sup> Dati della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)

<sup>2</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html>

<sup>3</sup> *Disturbi dell'alimentazione, Eating disorders* di M. Casacchia, C. Mela, E. Chiaravalle, Clinica Psichiatrica, Università de L'Aquila <https://www.jpsychopathol.it/article/disturbi-dell'alimentazione/> Issue 1-2000

*“È stato a lungo dibattuto se i disturbi dell'alimentazione rappresentino un “continuum”, che va dal comportamento alimentare normale alla sindrome franca, o se invece costituiscano categorie discrete, qualitativamente distinte, che comprendono anche il semplice “seguire diete” (dieting) e “fare abbuffate” (binge) (Polivy & Herman, 1987).*

*Coloro che sostengono l'ipotesi del “continuum” specificano che esistono numerosi disturbi distribuiti in modo continuo nella popolazione generale e che il problema non consiste nel fatto che un individuo abbia o no il disturbo, ma piuttosto che quota di esso ne presenti (Striegel-Moore, 1992).*

*Numerosi studi hanno dimostrato, infatti, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, considerate come forme cliniche conclamate, colpiscono solo la metà delle persone che si rivolgono ai servizi per la cura di problemi dell'alimentazione. Nella popolazione generale, tuttavia, le forme atipiche, definite anche come sindromi parziali, subcliniche, sottodiagnostiche, subliminari, subfrequentanti e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, sono notevolmente più rappresentate delle forme conclamate (Shisslak e Coll., 1995).”*

## II. ASPETTI CLINICI

Soffrire di un disturbo dell'alimentazione stravolge la vita di una persona e ne limita le sue capacità relazionali, lavorative e sociali. Si tratta di patologie estremamente complesse, caratterizzate dall'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. L'esordio avviene prevalentemente in piena adolescenza e, sempre più spesso, già in età pediatrica. Fatto, questo, che già ci introduce nella complessità della presa in carico dei DCA, la quale richiede l'integrazione di interventi tra due aree della psichiatria, la pedopsichiatria e la psichiatria degli adulti, nonché con la pediatria specialistica, significativa nella rilevazione dell'insorgenza del disturbo. Occorre anche valorizzare il ruolo del medico di famiglia, che risulta un partner essenziale nella presa in carico. Di seguito, un quadro riassuntivo dei dati di incidenza in Svizzera e delle caratteristiche cliniche:

### Anoressia nervosa

- 5 - 5.4 casi per 100'000 abitanti per anno (stabile dal 1970).
- Donne - picco d'incidenza tra 15-19 anni: 270 per 100'000 abitanti per anno.
- Uomini - picco d'incidenza tra 10-24 anni: 15.7 per 100'000 abitanti per anno.
- Esordio a 14-16 anni con una dieta ferrea.
- In alcuni casi è di breve durata ed auto-limitata e richiede un breve intervento (soprattutto nei più giovani con una malattia di breve durata).
- In altri casi il disturbo diventa stabile e richiede un trattamento intensivo.
- Nel 10-20% dei soggetti il disturbo è intrattabile e diventa cronico.
- Alcune caratteristiche residue sono comuni, in particolare l'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo.
- Le abbuffate si sviluppano frequentemente e in circa la metà dei casi c'è un passaggio verso la bulimia nervosa.

### Bulimia nervosa

- 6.1 - 6.6 casi per 100'000 abitanti per anno (in calo dalla fine del 1980).
- Donne - picco d'incidenza tra 16-20 anni: 200 per 100'000 abitanti per anno.
- Rara negli uomini.

- Esordio un po' più tardivo rispetto all'anoressia nervosa.
- Inizia in genere come l'anoressia nervosa (con una dieta ferrea) - in 1/4 dei casi ha un esordio come anoressia nervosa, ma in un tempo più o meno lungo si verificano delle abbuffate che interrompono la dieta facendo sì che il peso rimanga nell'intervallo della normalità.
- Il disturbo è auto-perpetuante.

Per quanto riguarda gli interventi di cura, le linee guida dell'American Psychiatric Association (APA) del 2006<sup>4</sup> evidenziano i seguenti ambiti:

- scelta adeguata del setting terapeutico;
- riabilitazione nutrizionale;
- interventi psicosociali;
- terapia familiare;
- farmacoterapia;
- terapia combinata con farmacoterapia e psicoterapia;
- altri interventi in ambito somatico;
- programmi di mutuo aiuto.

Si può dunque comprendere come l'ampiezza e l'articolazione terapeutica necessaria nel trattamento di questi disturbi - che tratti sia la "psiche" sia il "corpo" di questi pazienti - richieda la presenza di diversi professionisti formati in ambito psichiatrico/psicologico, internistico, infermieristico, dietologico, ergoterapico e fisioterapico, impegnati in un lavoro congiunto e indispensabilmente multidisciplinare. Risulta inoltre fondamentale il "luogo" di cura, inteso come spazio fisico in grado di accogliere il paziente nelle fasi (soprattutto) iniziali di compromissione anche somatica, e come spazio di recupero e riabilitazione verso una vita integrata e il più possibile equilibrata.

È importante considerare che nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, anche in caso di trattamento, la mortalità resta superiore al 3% in presenza di complicanze psichiatriche. Infatti, spesso il disturbo alimentare è associato ad altre patologie psichiatriche: in particolare alla depressione, ma anche i disturbi d'ansia, l'abuso di alcool o di sostanze, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi di personalità. Possono essere presenti comportamenti auto aggressivi, come atti autolesionistici e tentativi di suicidio. Di conseguenza, anche i soggetti in remissione necessitano di un accompagnamento e un monitoraggio ambulatoriale per prevenire eventuali ricadute. Per tale motivo, in corso di trattamento si segue la graduale modifica degli atteggiamenti disadattativi legati all'alimentazione e alla distorsione dell'immagine corporea. Sono inoltre introdotte specifiche strategie di problem-solving.

### III. ATTIVITÀ DEL CENTRO DCA DELLA CLINICA PSICHIATRICA CANTONALE

Il Centro per i disturbi del comportamento alimentare (DCA), un reparto della Clinica psichiatrica cantonale (CPC), si colloca all'interno dell'Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine (OBV) con 6 posti letto per la cura in regime di ricovero. Nella nuova logistica dell'OBV è previsto un potenziamento di 2 ulteriori posti letto. Inoltre, a seguito della recente approvazione dalla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025 da

<sup>4</sup> The American Psychiatric Association's / Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition

parte del Gran Consiglio, è prevista l'attribuzione di 3 posti letto riservati a giovani pazienti al di sotto dei 16 anni, la cui collocazione è attualmente oggetto di approfondimento.

Il Centro DCA nasce nel 2003 come risposta all'esigenza di fornire un trattamento appropriato ed efficace per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, e ad oggi è l'unica struttura in Ticino nel suo genere con un approccio multidisciplinare. La struttura accoglie per il momento pazienti maggiori di 16 anni con ogni tipo di disturbo del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, iperalimentazione di origine psicogena), con caratteristiche e necessità cliniche molto differenti gli uni dagli altri. Il percorso di cura offerto può avvenire a livello ambulatoriale, o, nei casi più gravi, attraverso un ricovero. I pazienti sono seguiti individualmente da psichiatra, psicologa e dietista e tramite terapie di gruppo (psicoeducative, psicocorporee, psicoterapeutiche). Beneficiano inoltre di pasti assistiti da personale infermieristico o di terapie complementari, svolte da altre figure terapeutiche (fisioterapista, ergoterapista). Le diverse figure professionali lavorano a stretto contatto per affrontare la complessità della malattia.

Il Centro DCA offre supporto anche ai famigliari. La presa in carico offerta alle famiglie secondo l'approccio della terapia sistemica risulta essenziale nella cura di questi pazienti. Spesso, infatti, i familiari di pazienti affetti da DCA si trovano in difficoltà nell'affrontare la malattia e nel gestire le risposte emotive, pertanto viene offerto loro un sostegno psicologico e dei consigli sulla gestione dell'alimentazione. Inoltre, a seguito dell'abbassamento dell'età di insorgenza dei DCA, il lavoro con le famiglie è sempre più importante trattandosi di ragazze e ragazzi che vivono ancora con i genitori.

Il Centro DCA è attivo anche a livello d'informazione e prevenzione, con lo scopo di sensibilizzare maggiormente a queste patologie e promuovere una risposta adeguata e tempestiva di fronte ad un possibile caso di disturbo alimentare. Sono dunque effettuati interventi educativi/informativi nelle scuole superiori, oltre a lezioni didattiche nei percorsi di formazione infermieristica in psichiatria e alla Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, e serate informative per famigliari di pazienti affetti da DCA.

Nella cura dell'obesità il Centro DCA propone un innovativo trattamento multidisciplinare. In aggiunta, è incaricato di valutare l'idoneità tramite perizia delle persone che richiedono un intervento di chirurgia bariatrica e offre percorsi di sostegno psico-nutrizionali prima e dopo l'operazione.

Le psichiatre e le psicologhe del Centro DCA collaborano inoltre con i servizi di cardiologia e ginecologia dell'Ospedale Beata Vergine nella cura di pazienti con sintomi afferenti al registro psichiatrico e che abbiano vissuto una patologia cardiaca acuta o che si trovino nel peripartum (pre o post partum) e sviluppino sofferenza psichica. La collaborazione può richiedere colloqui di sostegno di qualche mese o una psicoterapia prolungata.

#### **IV. I NUMERI DEL CENTRO DCA DELLA CPC**

L'équipe del Centro DCA è composta da psichiatre psicoterapeute (140%), psicologhe psicoterapeute (240%), infermiere in salute mentale (430%), fisioterapiste (20%) ed ergoterapiste (20%). Vi sono poi altre figure di supporto che sono dipendenti EOC: la dietista e il medico nutrizionista, con ruolo di consulenti, e il fisioterapista, che accompagna i pazienti per un'ora al giorno nell'attivazione motoria nella sala di fisioterapia dell'OBV.

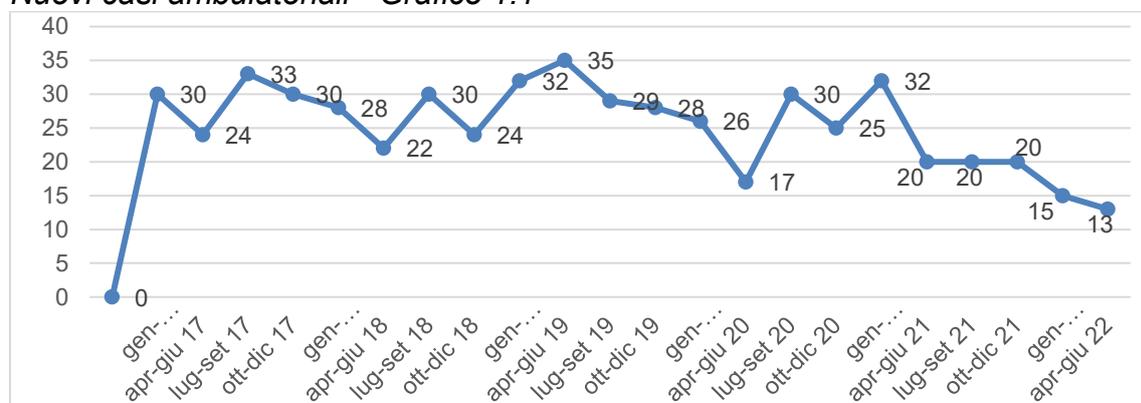
Con 210 pazienti in carico, la maggior parte dell'attività del Centro è svolta a livello ambulatoriale (dato aggiornato a settembre 2022). Sempre a settembre 2022, 35 persone erano in attesa di essere convocate per la prima visita di valutazione diagnostica e 15 per un ricovero. Nel 2021 sono state effettuate 36 ammissioni (34 pazienti), delle quali 8 di pazienti minorenni, e sono state registrate 575 consultazioni ambulatoriali da parte dei medici e 1'831 da parte di psicologi.

Nel corso degli anni, in particolare dal 2015 in linea con i dati internazionali, il Centro DCA ha registrato un progressivo aumento di richieste per ricoveri e per prese in carico ambulatoriali. Durante la pandemia, inoltre, i disturbi dell'alimentazione sono aumentati tra i più giovani, situandosi spesso nella fascia dei 16-20 anni e colpendo anche i minori tra i 10 e i 12 anni<sup>5</sup>. Poiché la cura della complessità dei DCA richiede circa 2 anni di intervento e i ricoveri hanno una durata variabile tra i 2 e i 6 mesi (nei casi di anoressia severa), il turn over è lento e causa inevitabili solleciti di pazienti che si vedono rimandata questa offerta di cura specialistica. Anche a seguito della pandemia, il tempo tra la segnalazione e la convocazione per la prima visita si è dilatato da 1 a 3 mesi.

## 1. Nuovi casi ambulatoriali

Di seguito, riportiamo la situazione dei nuovi casi seguiti in regime ambulatoriale (aggiornati al 30 giugno 2022).

Nuovi casi ambulatoriali - Grafico 1.1



Come illustrato nel Grafico 1.1, l'andamento dei nuovi casi dal 2019 a giugno 2022 mostra un netto calo nel periodo del primo lockdown. Per contro, comparando i casi dal 1° gennaio al 31 marzo di ogni anno non troviamo grandi differenze, salvo nel 2022 (30 nel 2017, 28 nel 2018, 32 nel 2019, 26 nel 2020, 32 nel 2021, 15 nel 2022). Nella valutazione di questi dati bisogna considerare che l'accoglienza di nuovi pazienti è limitata dall'intensità e dalla durata della presa in carico di quelli già seguiti. Nel 2021 quasi un terzo dei nuovi casi

<sup>5</sup> Secondo un articolo pubblicato dall'Ospedale San Raffele di Milano "tra i fattori determinanti di rischio nei soggetti affetti da disturbo alimentare vi è senza dubbio l'isolamento prolungato come effetto del lockdown, che ha generato ansie e paure, e una conseguente perdita di controllo, e che nei soggetti affetti da DCA si traduce in restrizioni alimentari sempre più rigide. Inoltre, la limitata possibilità di movimento, anche e soprattutto per ciò che concerne i vincoli legati all'attività fisica, hanno esasperato la paura dell'aumento di peso, accentuando la restrizione dietetica. Ma anche l'esposizione a grandi quantità di cibo, come effetto della quarantena, può aver determinato in alcuni soggetti l'esatto contrario, e cioè episodi di grandi abbuffate."

Messaggio n. 8204 del 26 ottobre 2022

erano pazienti con diagnosi di anoressia nervosa la cui presa in carico risulta molto onerosa. Una richiesta maggiore di consulenze o prese in carico non si risolve pertanto subito con l'accoglienza di nuovi pazienti. Per ogni caso aperto al DCA ambulatoriale, comprese le consulenze brevi, nel 2021 sono in effetti stati effettuati in media 13 interventi all'anno (con un massimo di 82).

## 2. Caratteristiche dei nuovi casi ambulatoriali e stazionari

I dati evidenziano una proporzione crescente di pazienti molto giovani. Se i pazienti con meno di 20 anni rappresentavano negli anni precedenti tra l'11% e il 17% dei nuovi casi, nel 2021 hanno raggiunto il 34.8% (con 16 minorenni). L'abbassamento dell'età si correla anche alla diagnosi: i pazienti con diagnosi di anoressia nervosa entrati in cura ambulatoriale nel 2021 rappresentano il 32.6% di tutti i nuovi casi. Negli anni precedenti rappresentavano il 10-17% della casistica. Questo aumento si collega di fatto al dato demografico (l'età media dei pazienti con diagnosi di anoressia nel 2021 è di 21.1 anni).

*Caratteristiche dei nuovi casi - Tabella 2.1*

	2017 (117)		2018 (104)		2019 (124)		2020 (98)		2021 (92)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sesso</b>										
- uomo	23	19.7	12	11.5	18	14.5	17	17.3	9	9.8
- donna	94	80.3	92	88.5	106	85.5	81	82.7	83	90.2
<b>Età</b>										
- meno di 20 anni	13	11.1	18	17.3	19	15.3	12	12.2	32	34.8
- 20-29 anni	26	22.2	28	26.9	26	21.0	26	26.5	18	19.6
- 30-39 anni	17	14.5	26	25.0	24	19.4	16	16.3	15	16.3
- 40-49 anni	31	26.5	15	14.4	27	21.8	21	21.4	13	14.1
- 50-59 anni	22	18.8	14	13.5	21	16.9	14	14.3	8	8.7
- 60 anni e più	8	6.8	3	2.9	7	5.6	9	9.2	6	6.5
<b>Età media</b>	38.3		33.5		37.4		37.2		31.5	

*Diagnosi dei nuovi casi - Tabella 2.2*

	2017 (117)		2018 (104)		2019 (124)		2020 (98)		2021 (92)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anoressia nervosa	12	10.3	18	17.3	13	10.5	17	17.3	30	32.6
Bulimia nervosa	14	12.0	8	7.7	16	12.9	7	7.1	10	10.9
Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici	37	31.6	38	36.5	57	46.0	39	39.8	31	33.7
Altri disturbi da alterato comportamento alimentare	26	22.2	31	29.8	12	9.7	10	10.2	11	12.0
Altre diagnosi	28	23.9	9	8.7	26	21.0	25	25.5	10	10.9

### 3. Caratteristiche di tutti i casi presi a carico

Nelle tabelle che seguono sono indicate le caratteristiche e le diagnosi di tutti i pazienti in carico al Centro DCA, sia i casi in corso da anni precedenti sia i nuovi pazienti, sommati.

*Caratteristiche di tutti i casi 2017-2021 - Tabella 3.1*

	2017 (187)		2018 (187)		2019 (219)		2020 (218)		2021 (197)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sesso</b>										
- uomo	32	17.1	28	15.0	33	15.1	39	17.9	22	11.2
- donna	155	82.9	159	85.0	186	84.9	179	82.1	175	88.8
<b>Età</b>										
- meno di 20 anni	23	12.3	27	14.4	36	16.4	23	10.6	39	19.8
- 20-29 anni	41	21.9	49	26.2	44	16.4	55	25.2	48	24.4
- 30-39 anni	28	15.0	36	19.3	44	20.1	40	18.3	28	14.2
- 40-49 anni	47	25.1	36	19.3	48	21.9	44	20.2	35	17.8
- 50-59 anni	35	18.7	32	17.1	35	16.0	40	18.3	33	16.8
- 60 anni e più	13	7.0	7	3.7	12	5.5	16	7.3	14	7.1
<b>Età media</b>	38.7		35.7		37.0		38.1		35.8	

*Diagnosi di tutti i casi 2017-2021 - Tabella 3.2*

	2017 (187)		2018 (187)		2019 (219)		2020 (218)		2021 (197)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Anoressia nervosa	25	13.4	36	19.3	33	15.1	36	16.5	50	25.4
Bulimia nervosa	22	11.8	18	9.6	23	10.5	22	10.1	24	12.2
Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici	44	23.5	58	31.0	90	41.1	90	41.3	70	35.5
Altri disturbi da alterato comportamento alimentare	62	33.2	59	31.6	43	19.6	34	15.6	29	14.7
Altre diagnosi	34	18.2	16	8.6	30	13.7	36	16.5	24	12.2

### V. ESPERIENZE DI COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER DCA

Per valutare la possibilità di una struttura comunitaria per DCA, nel corso del 2019 alcuni collaboratori del Centro hanno visitato le strutture di Losanna e Berna dedicate alla cura dei pazienti con DCA, la cui gestione e funzionamento sono simili alla realtà del reparto ospedaliero gestito dall'OSC presso l'OBV: come nel caso ticinese, né Losanna, né Berna sono dotate di una struttura intermedia residenziale per i DCA.

Alcuni membri dell'équipe si sono anche confrontati con i colleghi italiani di Villa Miralago e della Casa di Bianca, entrambe in provincia di Como, visitando le loro strutture: non sono tuttavia apparse strutture a cui fare riferimento, in quanto il modello di presa a carico non

è corrispondente. Per immaginare le caratteristiche di una comunità terapeutica ci si è dunque ispirati ad un'altra importante realtà italiana, in termini numerici: la Residenza Palazzo Francisci a Todi in Umbria, con la correlata Casa di Pandora. Sostenute dal Ministero della salute italiano, queste strutture sono deputate alla cura di pazienti con DCA per i quali il trattamento ospedaliero sia terminato o non indicato e o il trattamento ambulatoriale sia risultato insufficiente o inefficace. Accoglie pazienti da tutto il territorio italiano e impiega 30 operatori, oltre al personale di servizio, per 17 posti residenziali. La Casa di Pandora è un appartamento dove i pazienti possono sperimentare l'autonomia dopo il periodo di trattamento intensivo. Ha 4 posti letto ed è gestita dalla stessa équipe. Tale struttura può rappresentare o il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o un'alternativa al ricovero stesso.

## **VI. RIFLESSIONE SULLA NECESSITÀ DI DOTARE IL TICINO DI UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA PER DCA**

Ritenute le numerose e diversificate richieste di presa in carico rivolte alla CPC, rispettivamente al Centro DCA, si potrebbe ipotizzare la necessità di creare una comunità terapeutica a livello cantonale per i DCA simile alla Residenza Palazzo Francisci con la Casa Pandora, appena citate.

Tuttavia, la realizzazione di una comunità potrebbe non essere la risposta più adeguata alle richieste del nostro territorio se a monte di una struttura che rappresenta un proseguimento terapeutico in ambiente protetto, dopo una degenza ospedaliera acuta o una lunga esperienza di trattamento mirato ambulatoriale, non vi sia stata un'intensiva presa in carico multidisciplinare nel Centro DCA già esistente.

Normalmente prima di un'esperienza in un ambiente protetto comunitario, è in effetti necessario un trattamento che preveda visite specialistiche psichiatriche e psicoterapeutiche, colloqui psicologici-psichiatrici individuali e di gruppo, colloqui nutrizionali individuali e di gruppo, pasti giornalieri assistiti da personale infermieristico specialista in salute mentale, gruppi terapeutici e psicoeducazionali, valutazione psicodiagnostica, valutazione della composizione corporea, incontri e presa in carico psicoterapeutica del nucleo familiare, attività motorie e creative, fisioterapia e ergoterapia individualizzata e di gruppo. Tutte queste prestazioni, come illustrato nei precedenti capitoli, sono già previste nella presa in carico del Centro DCA dell'OSC. In altri termini, ai pazienti con disturbo del comportamento alimentare occorre un'alta intensità di cura (in regime di degenza o ambulatoriale) nella fase iniziale del trattamento, per riuscire ad aderire ad uno stile di vita sana e per iniziare a prendere consapevolezza delle cause alla base del disturbo. Occorre quindi rafforzare piuttosto l'offerta terapeutica attuale prima di offrire uno spazio comunitario.

Proprio perché i pazienti necessitano di un costante e lungo accompagnamento (circa due anni in totale) verso un equilibrio psicofisico e ambientale, le figure professionali che si alternano nella presa in carico multidisciplinare devono essere impiegate nella misura più efficace e sinergica possibile.

## VII. CONCLUSIONI

Allo stato attuale, riteniamo che a livello cantonale, a fronte della casistica e in risposta alle accresciute richieste, sia prioritario privilegiare il rafforzamento dell'offerta stazionaria e ambulatoriale del Centro DCA dell'OSC, già operante e attivo. Il consolidamento del Centro per i DCA permetterebbe in effetti di dare seguito in tempi ragionevolmente (più) brevi alle richieste di presa in carico ancora in attesa, attesa che può peggiorare il quadro clinico e la sua evoluzione. In considerazione dell'abbassamento dell'età dei pazienti, è anche opportuno adeguare il profilo del personale terapeutico e sanitario, con l'inserimento di figure professionali specializzate in pedopsichiatria, psicologia dell'età evolutiva e in ambito educativo.

Di fatto, la collaborazione instaurata con l'EOC e l'OBV e la nuova Pianificazione sociopsichiatrica cantonale approvata all'unanimità dal Gran Consiglio il 20 settembre 2022 vanno in questa direzione. Auspicano infatti di poter ampliare il DCA con un aumento delle superfici e di 2 letti dedicati ai pazienti ai di sopra dei 16 anni ma anche di aggiungere 3 posti letto per una presa a carico più adeguata in regime di degenza anche dei più giovani, con un'estensione delle figure professionali operanti presso il Centro DCA.

Con questo rafforzamento nel primo e secondo livello specialistico multidisciplinare il DCA potrà essere ancora più efficace ed efficiente nel rispondere alle effettive esigenze dell'utenza. Questo sviluppo garantisce diversificazione ma al contempo continuità nella presa a carico nonché la maggior efficacia nell'impiego delle nuove risorse previste, obiettivo imprescindibile in un contesto generale di massimo rigore nell'assunzione di nuovi compiti da parte del Cantone o di enti esterni finanziati dal medesimo.

Nell'esigenza di definire chiare priorità nelle complesse risposte multidisciplinari da offrire a pazienti sofferenti di disturbi del comportamento alimentare, è ragionevole ritenere che solo una volta consolidato il servizio attualmente offerto dal Centro DCA sarà semmai ipotizzabile volgere lo sguardo sulla costituzione di nuove e future strutture comunitarie.

In conclusione, siamo pertanto dell'avviso che quanto previsto in particolare dalla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale recentemente approvata, pur non entrando nel merito della creazione di comunità terapeutiche, rappresenti comunque una risposta positiva alla preoccupazione sollevata nella mozione riguardo all'adeguatezza delle risorse e delle strutture dedicate alla presa a carico dei disturbi del comportamento alimentare.

Sulla base di queste considerazioni, reputiamo che la mozione possa essere ritenuta parzialmente accolta.

Vogliate gradire, signora Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: Claudio Zali

Il Cancelliere: Arnoldo Coduri