

Quando la solitudine è una malattia

dalla nostra inviata a Lodi e a Codogno (Lodi) JESSICA CHIA

Incertezza, solitudine, emarginazione. Sono i malesseri di cui soffre la nostra società e che, oggi, possono esporre i più fragili a patologie psichiatriche. A 46 anni dalla legge 180 e a cento, domani 11 marzo, dalla nascita di Franco Basaglia, lo psichiatra che «ribaltò un mondo», «la Lettura» ha provato a capire qual è l'eredità di questa legge e quali sono i «nuovi» disagi psichiatrici.

Ad accompagnarci in questo percorso è lo psichiatra Giancarlo Cerveri (Milano, 1970), direttore del Dipartimento di salute mentale e dipendenze dell'Asst di Lodi. Dal padiglione Bignami del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) dell'ospedale di Codogno (per arrivarci si passa davanti al Pronto soccorso dove nel 2020 fu scoperto il primo paziente del Covid), Cerveri illustra come funziona un reparto di psichiatria: «Abbiamo 15 posti letto per pazienti acuti (per esempio, chi arriva con trattamento sanitario obbligatorio, o chi è a rischio suicidario, ndr) su circa 240 mila abitanti della provincia. In Italia abbiamo i posti letto per acuti tra i più bassi d'Europa; in Belgio, per esempio, si arriva a sei volte tanto. Quando è stata strutturata la 180, dovevano essere uno ogni 10 mila abitanti. Ma questi ricoveri sono pochi rispetto ai bisogni reali».

Il padiglione è in un'area distaccata dall'ospedale perché, spiega Cerveri, questa è un'eredità storica: fino al Novecento c'erano tre istituzioni isolate: i lebbrosari, i sanatori per i malati di tubercolosi e i manicomi, che sono rimasti separati fino alla fine del secolo scorso. «Presi in carico in psichiatria (escluse le dipendenze, ndr), abbiamo 2.700 persone l'anno, tra i 18 e i 65 anni, in cura ai servizi di salute mentale. Fino al 2019 erano circa 2.300. Il numero di consulenze psichiatriche in Pronto soccorso, prima circa 900 l'anno, nel 2023 sono state 1.300». Va considerato l'effetto Covid, ma un aumento di richieste, fa sapere il direttore, c'è stato in tutta Italia. E questi 2.700 pazienti sono più donne, «perché chiedono più spesso aiuto e c'è una prevalenza della depressione, dell'ansia, dei disturbi alimentari. I maschi sono più esposti all'abuso di sostanze, e sono in maggioranza autori di reato con patologia psichica». Le patologie più frequenti di chi vie-

ne preso in carico sono depressione, schizofrenia, disturbi di personalità.

Gli attuali servizi sono stati pensati, alla chiusura dei manicomi, per una popolazione che era conosciuta e stabile. Nel tempo, però, si sono verificati cambiamenti radicali, spiega Cerveri. Oggi se ne individuano 4 principali. Il primo riguarda l'abuso di sostanze: «In passato si abusava di oppioidi, come l'eroina che ha un effetto calmante, ma non è una sostanza irritante per il sistema nervoso centrale. Negli ultimi vent'anni sono aumentate le sostanze che danno paranoia, anomalie del comportamento e amplificano il rischio di sviluppare patologie psichiatriche». Oggi chi abusa di cocaina, metanfetamine, cannabinoidi, e ha gravi anomalie del comportamento, finisce in psichiatria. Questo vuol dire che un numero di posti letto, già ridotti, è occupato da un problema che prima non esisteva».

Altro tema è quello dei migranti, che sono «esposti a condizioni di trauma, spesso terrificanti, come quello del viaggio. Ci sono elementi di disperazione che conducono a un disturbo del pensiero e del comportamento, perché entrano in conflitto con un contesto da cui si sentono rifiutati, scacciati, e con cui non riescono a integrarsi. Il risultato è che poi mettono in atto comportamenti aggressivi e irrazionali. E la risposta delle forze dell'ordine è condurli da noi». Anche la precocizzazione dell'esordio delle patologie psichiatriche (15-16 anni) è un tema attuale e poco presente all'epoca della legge 180 (tra le ipotesi di questo aumento: le modificazioni delle abitudini del sonno; l'accesso precoce agli stupefacenti; ambienti familiari che spingono a una diagnosi precoce). «Abbiamo sempre più a che fare con minorenni che hanno problematiche comportamentali, disturbi con oscillazioni dell'umore, c'è il rischio suicidario; e abusano di sostanze. Spesso non abbiamo risposte adeguate, e siamo costretti a ricoverarli in reparto».

Sul tema dei giovani, Cerveri spiega anche quali sono le patologie legate all'utilizzo eccessivo di internet e dei social: «Oltre al fenomeno degli hikikomori (chi si isola dal mondo, ndr), queste forme di dipendenza si inseriscono all'interno di disturbi più generali. Parlia-

mo di ragazzi che hanno disturbi d'ansia e che spesso legano la loro performance, il loro valore, all'efficacia che hanno sui social, che diventano un elemento perturbante nella loro vita».

Ci sono infine i pazienti autori di reato che dopo la chiusura, nel 2015, degli ospedali psichiatrici giudiziari, oggi sono accolti nelle Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) che, però, «non sono un numero sufficiente e c'è una lista d'attesa, in tutta Italia, per entrare. Queste persone vengono così affidate ai servizi di salute mentale, che però non hanno risorse e preparazioni per rispondere, anche rispetto alle misure di sicurezza. Poi c'è il tema della violenza che subiscono operatori e pazienti, come il caso di Barbara Capovani, uccisa nel 2023 da un suo paziente, il cui ricovero era stato disposto dall'autorità giudiziaria, in attesa della Rems. Questo spiega anche il timore, e un po' la disaffezione, per l'eccessivo carico di responsabilità, per cui abbiamo anche un problema di reclutamento del personale». Su questo, aggiunge lo psichiatra Antonio Calento, che lavora in Spdc soprattutto con autori di reato, «la legge Basaglia aveva tolto alla psichiatria il ruolo di custodia dei pazienti dal punto di vista della pericolosità. Negli ultimi anni, invece, si sta rientrando per quella strada e ci viene dato l'incarico di eseguire una misura in un luogo in cui non andrebbe eseguita».

Cerveri accompagna «la Lettura» a visitare la Comunità riabilitativa ad elevata assistenza (Cra) di Lodi, cioè la residenza per ricoveri prolungati, con 16 posti letto (c'è anche il centro diurno), dove arrivano pazienti post acuti o riabilitativi. La responsabile, la psichiatra Elisabetta Pionetti, introduce alla struttura, che fu aperta nel 1998 per ricevere le pazienti dell'istituto manicomiale femminile, e che oggi ospita degenze che vanno dai 18 ai 36 mesi, per una fascia d'età 18-50 anni. «Qui arrivano pazienti in fase molto attiva — spiega Pionetti — che hanno perso abilità, e si lavora su tutti i fronti, compreso quello della formazione lavoro e dell'inserimento con gli enti del territorio. Lavoriamo sulle gravi patologie: disturbi psicotici, schizofrenici, di personalità e forme depressive e bipolari».

I ricoverati attuali sono soprattutto uomini con situazioni sociali difficili, con convivenze familiari impossibili da riattivare, oppure con livelli di autonomia deteriorati. «Al momento abbiamo anche tre persone in misura di sicurezza. Gli stranieri qui per noi sono un carico di lavoro importante perché il giudice continua a rinnovare la misura finché non hanno un tetto e un'attività, che però è impossibile senza il permesso di soggiorno». In quasi trent'anni di attività, spiega Pionetti, sono cambiate tante cose, come la diffidenza dall'esterno: «All'inizio non riuscivamo a trovare appartamenti in affitto per i pazienti. Adesso siamo nei tavoli con la provincia e gli enti degli inserimenti lavorativi. E facciamo divulgazione, anche con i bambini, per sensibilizzare contro lo stigma sociale».

A piedi, con Cerveri raggiungiamo il Cps (Centro psicosociale) di Lodi che, in modo semplificato, corrisponde agli ambulatori di psichiatria. E Marco Vercesi, psichiatra, a introdurci in quest'altra realtà: «Negli ultimi anni, rispetto ai quadri psicotici schizofrenici croniciizzati dall'esperienza manicomiale, l'utenza è varia. Noi abbiamo individuato alcune aree critiche seguite da équipe; alcuni esempi: l'autismo nell'adulto, con diagnosi in crescita, così come sono in crescita quelle di Adhd (disturbo da deficit di attenzione e iperattività, ndr), su cui in Italia, fino a una decina di anni fa, non eravamo molto preparati. Oppure la depressione resistente, cioè quadri di depressione di lungo tempo che non risponde a una serie di terapie farmacologiche». E già prima del Covid, aggiunge Vercesi, qui era nato il Centro giovani (18-25 anni) per individuare, per esempio, situazioni d'esordio di schizofrenia.

È la psichiatra del Cps, Maria Marasco, a tirare un po' le fila di questo lavoro: «Il desiderio di Basaglia era di reintrodurre i rinchiusi in manicomio nel tessuto sociale, e principalmente nelle loro famiglie, dove nascono il disagio e il dolore. Noi cerchiamo di fornire supporto a loro e a quelle situazioni che prima trovavano rassicurazione solo dall'allontanamento. La differenza tra il pre- e il post-Basaglia è che tutto ha un inizio e una fine, non sono più persone che hanno un "fine pena mai" rispetto ai trattamenti».

Con Cerveri proviamo allora a guardare un po' più dall'alto quelle che sono le cause dei malesseri della nostra società: «Un tema rilevante — dice — è l'incertezza rispetto agli equilibri che il nostro Paese ha raggiunto, come il clima, la geopolitica, il declino della fertilità... Questo crea una sollecitazione di fondo sulla popolazione, rendendo i fragili più esposti a soffrire di una patologia psichiatrica, come è successo per il Covid. Il rischio dell'incertezza è di perdere il nostro presente e le opportunità del futuro. Un altro tema che vediamo in tutta la popolazione, ma soprattutto in quella anziana, è la

solitudine. Siamo animali sociali e abbiamo bisogno di relazioni per stare bene; lo abbiamo visto con il Covid: uscire dall'isolamento è stato diverso per un quattordicenne rispetto a un adulto di 67 anni. Questo vale anche per i giovani che si isolano: quando si è rifiutati dal gruppo, la solitudine diventa schiacciante».

«L'aspetto più difficile del mio lavoro — risponde infine Marasco — è convincere il paziente che lui sta a pieno titolo, con tutti i diritti e come tutti, all'interno della società. E ritorniamo al superamento dello stigma, che subiamo anche noi psichiatri». Conclude Cerveri: «È difficile lavorare senza avere gli strumenti per aiutare le persone. E se la persona non guarisce, è frustrante. Dopo Basaglia, a noi psichiatri è mancata la narrazione: non riusciamo a raccontare che cosa sta succedendo, veniamo visti o come i violenti che legano le persone o come quelli che rilasciano soggetti pericolosi. Non passa, invece, la quantità di gente che ci chiede aiuto e quelli che stanno meglio dopo. E non si investe sulla salute mentale perché è un ambito che non piace».



Nacque l'11 marzo 1924, cent'anni fa, il medico che rivoluzionò la cura dei disturbi mentali. E contribuì a rivoluzionare l'Italia liberando da stigma e reclusione pazienti che avevano bisogno di tutto tranne che di essere reclusi. In queste pagine cerchiamo di indagare cosa resta di quel sogno e di cosa soffre chi soffre di disagi psichici. Per esempio l'isolamento di **giovani e anziani**, lo spaesamento dei **migranti**, l'abuso di **droghe e cibo**, l'incertezza sul **futuro**, il gorgo di **web e social**



i

L'anniversario

Nato a Venezia cent'anni fa, l'11 marzo 1924, Franco Basaglia si laurea in Medicina all'Università di Padova nel 1949. Dirige i manicomi di Gorizia e Trieste, dove con i suoi collaboratori inizia a riformare la disciplina psichiatrica, fino a ispirare la legge 180 del 1978, in tema di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Nel 1973 fonda la società Psichiatria Democratica.

Muore il 29 agosto 1980 per un tumore cerebrale

I servizi in Italia

Il Dipartimento di salute mentale (Dsm) è l'insieme delle strutture e dei servizi che permettono un percorso al paziente affetto da una patologia mentale, che va dall'esordio al decorso del trattamento. Primo punto d'accesso sono i servizi di salute mentale territoriali, dove ci si può arrivare o in autonomia, o inviati dal proprio medico di base. In Lombardia si chiamano Centri psicosociali (Cps), ambulatori che svolgono: consulenza; assunzione in cura; presa in carico. Altra modalità di accesso è il

Pronto soccorso, attraverso cui avvengono i ricoveri dei pazienti più gravi in Spdc, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

Gli interventi residenziali

Per quelle persone che non riescono, per tempi prolungati, a rimanere in casa, o che non hanno un'autonomia sufficiente, ma non sono così gravi da dover essere ricoverati in Spdc, ci sono le strutture residenziali o semi residenziali (o Centri diurni, dove i pazienti svolgono attività di tipo riabilitativo e risocializzante insieme agli operatori). Le strutture residenziali (o Comunità psichiatriche; qui i pazienti

dormono e vivono per un periodo stabilito) accolgono persone che hanno dei bisogni riabilitativi elevati e scarsa autonomia. In tutte queste strutture il ricovero ha una finalità riabilitativa o assistenziale ed è volontario

Le immagini

In alto: scatto di Gianni Berengo Gardin/Contrasto, tratto da *Morire di classe*, a cura di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia (Einaudi, 1969; *il Saggiatore*, 2024). A sinistra, dall'alto: Basaglia nel suo studio nel 1979 (Ansa); l'installazione collettiva *Marco Cavallo* (1973) all'Expo 2015 di Milano, simbolo della chiusura dei manicomi (foto di Luca Matarazzo)