

### I.3. Il ricovero di un adolescente presso la clinica Psichiatrica cantonale: una misura inevitabile?

*Silvano Testa*, direttore medico della Clinica Psichiatrica Cantonale, Mendrisio

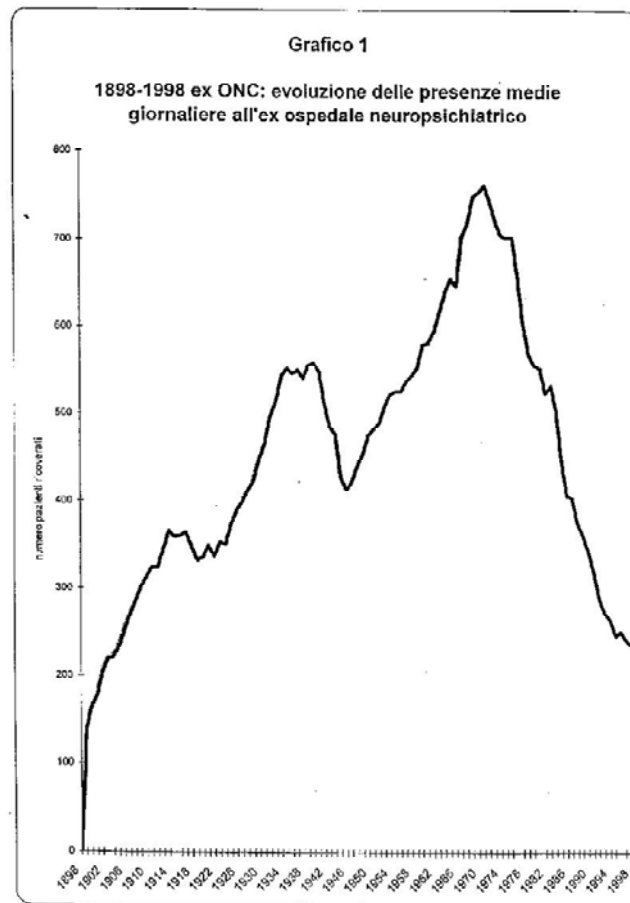
Credo che sia davvero importante che voi sappiate - e che se ne possa discutere insieme - dell'elevato numero di adolescenti, e in particolare di minorenni, che ogni anno vengono ospedalizzati qui in Clinica.

Un fenomeno - come vedremo - tutto sommato recente ma che dura ormai da qualche anno senza soluzione di continuità, o - meglio - senza soluzione alcuna!

Chi sono questi giovani, perchè arrivano qui, ma anche ... Ha un senso che arrivino qui?

Ha un senso dare una valenza di malattia a comportamenti sicuramente inadeguati ma che rinviano a difficoltà d'altro genere, a deficit educativi, a problemi relazionali, ad un senso di vuoto, di non appartenenza, ad un sentimento di esclusione?

Prima di entrare direttamente nel merito della questione, permettetemi però qualche considerazione più generale in merito agli elementi che entrano in gioco nel definire il senso, l'opportunità, le ragioni di un ricovero in una clinica psichiatrica pubblica come la nostra.



Lo farò a partire da un grafico che evidenzia l'evoluzione delle presenze medie giornaliere a Casvegno, presso quello che è stato prima il Manicomio Cantonale, poi l'ONC (Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale) e che oggi è la Clinica Psichiatrica Cantonale.

Il Manicomio Cantonale è stato inaugurato nel 1898.

Per molti anni il numero di pazienti quotidianamente degenti a Casvegno è andato progressivamente aumentando fino agli inizi degli anni settanta, a segnalare fra l'altro i limiti di

allora per quel che era delle reali possibilità di cura, per cui il Manicomio era anzitutto luogo di accoglienza, di supporto e protezione, di accompagnamento e reclusione.

Ma non tutto in questo grafico è riconducibile alla presa a carico specialistica, ai suoi limiti, alla sua evoluzione e ai suoi successi. Durante la prima e la seconda guerra mondiale, pur se malati, strani, bizzarri, era meglio e finalmente possibile per i nostri pazienti starsene fuori, in mezzo alla gente, a lavorare, ad occuparsi ad esempio dei campi e del bestiame, al posto di chi era partito soldato.

E questi elementi extraclinici li ritroviamo - sia pure in modo meno appariscente - nel drastico ridimensionarsi delle degenze in Clinica a partire dai primi anni settanta del secolo scorso. Un ridimensionamento certo dovuto ad interventi sempre più mirati ed efficaci. Da qui degenze più brevi, ma anche un'offerta più ampia di Servizi ambulatoriali, di Servizi decentrati sul territorio, Servizi nati per accompagnare chi usciva finalmente in tempi relativamente brevi dalla Clinica, ma Servizi che per finire hanno assunto anche un'altra funzione, di filtro e di gestione precoce di possibili ricadute (con la possibilità quindi di incidere in modo significativo al ribasso sul numero di riammissioni).

Detto dell'importanza dell'affinamento dei metodi di cura e di presa a carico così come dell'importanza dei Servizi ambulatoriali, vi sono altri elementi non direttamente riconducibili a quel che è della psichiatria ma che hanno indubbiamente contribuito a questo ridimensionamento delle presenze medie giornaliere in Clinica.

Penso in particolare a quelle decine di giovani debili che negli anni sessanta e settanta sono stati ricoverati a Mendrisio in quanto non più gestibili fuori a seguito spesso di non meglio precisati "disturbi del comportamento". Segno dei tempi, allora li si chiamava "i bambini", anche se all'ammissione avevano spesso già 18-20 anni.

Un tempo crescevano a casa, in famiglia, e - pur strani e bizzarri - in paese li si accettava così come erano....

Poi, con l'urbanizzazione, con la atomizzazione dei nuclei famigliari, per loro (e per i loro genitori) tutto è diventato più difficile.

Sono arrivati qui, e alcuni ci sono rimasti e sono invecchiati qui. Ma in tempi relativamente brevi, di nuovi "bambini" non ne abbiamo più avuti. Nella seconda metà del secolo scorso si sono progressivamente potenziati gli istituti preesistenti, e se ne sono creati di nuovi, si sono aperti dei foyer, laboratori protetti. Non solo non ne sono più arrivati, ma anche chi era già qui ne ha potuto approfittare. Se ne sono andati in diversi e molti di loro non li abbiamo più rivisti.

Ma erano anche loro pazienti psichiatrici o no?

E tutto ciò che ruota attorno alla Clinica è necessariamente d'ordine psichiatrico? O alla Clinica si delega la gestione di persone e situazioni problematiche, faute de mieux, in mancanza d'altro e in attesa d'altro?

E veniamo allora a queste situazioni ricorrenti, problematiche e "nuove" che già in altre occasioni ho definito emergenze istituzionali illegittime. Illegittime appunto in quanto di fatto ben poco hanno avuto a che vedere con quel che è proprio e specifico di una presa a carico psichiatrica.

Per emergenze istituzionali penso ovviamente a situazioni che vanno al di là del singolo caso. Penso a richieste di ospedalizzazioni per molti versi simili fra loro, ricorrenti e quindi quantitativamente significative e che obbligano la Clinica ad un ripensamento non solo a proposito di come organizzarsi e funzionare ma anche e soprattutto in merito alla sua ragione di essere...

E se ripenso alla storia di questo ospedale - in particolare ai suoi ultimi trenta anni - sono soprattutto tre le situazioni in cui ci siamo trovati a chiederci perché...

Perché proprio noi, perché proprio qui?

Ce lo siamo chiesti negli anni settanta/ottanta, quando si è posto sempre più acutamente il problema della presa a carico dei pazienti anziani anche psicologicamente non più autosufficienti. Con l'invecchiamento progressivo della popolazione e con la progressiva atomizzazione e riduzione dei nuclei famigliari non più in grado di farsi carico degli anziani gravemente handicappati da patologie demenziali quale il morbo di Alzheimer, la nostra clinica si è trovata

confrontata con il doversi assumere una popolazione sempre più importante in un'ottica prettamente custodialistica e di accompagnamento, con tutto quel corollario che ha a che vedere con i reparti chiusi, con il controllo e con la rinuncia a lavorare per un cambiamento ormai impensabile. E tutto ciò in un periodo anche ideologicamente connotato in tutt'altro senso, vale a dire quello dell'apertura dell'ospedale al suo interno, con l'apertura dei padiglioni, e dell'ospedale verso l'esterno, sul territorio.

In anni in cui sempre più si andava disegnando una visione della psichiatria per cui l'ospedale, il Manicomio, andava sempre più visto come semplice luogo di gestione momentanea delle situazioni di crisi, ci siamo trovati confrontati con un numero crescente di persone da accogliere, custodire e proteggere senza soluzione di continuità, per anni, fino alla fine...

Questa situazione di emergenza, che aveva fatto sì, tra l'altro, che numerosi medici ed infermieri dell'allora ONC esprimessero pubblicamente alla televisione, alla radio e sui giornali il proprio disagio, è di fatto progressivamente rientrata.

E come tutte le situazioni di emergenza istituzionale illegittima, è rientrata grazie all'offerta di altre modalità di presa a carico, con le nuove case anziani finalmente medicalizzate ma non solo. Non si sono offerti solo posti letto, ma si è cercato, in più modi, di aiutare a sgravare i famigliari in difficoltà, ad esempio con e nei Centri Diurni.

Il secondo momento di emergenza istituzionale che io ricordo non lo abbiamo in realtà mai dovuto affrontare, ma lo abbiamo vissuto, per molti mesi, nella nostra testa, con molte paure e disagi. Alla fine degli anni ottanta/inizio anni novanta abbiamo avuto diversi giovani malati di AIDS che sono morti qui in Clinica, dopo mesi e mesi di ricovero, sempre più dipendenti a seguito anche loro di un ingravescente decadimento cognitivo. Il diffondersi della malattia e quella che era allora considerata una prognosi per molti infausta in tempi relativamente brevi ci aveva addirittura indotto ad ipotizzare di destinare un nostro padiglione solo a questo tipo di pazienti in fase terminale.

Non se ne è poi fatto nulla, e questo sicuramente grazie ai progressi della medicina, grazie ai nuovi farmaci che hanno reso molto più rara un'evoluzione così drammatica della malattia.

Non se ne è fatto nulla, ma è stato un qualche cosa che allora ci aveva obbligato a riflettere molto su noi stessi, sulle nostre offerte di cura, sul chi deve fare che cosa e perché...

E oggi ci ritroviamo a riflettere su un'altra situazione di emergenza istituzionale, l'emergenza adolescenti, l'emergenza giovani, l'emergenza minorenni.

Un'emergenza che divenuta tale a partire dalla seconda metà degli anni novanta.

### Ricoveri in CPC

Classi di età					
	< 15	15-16	17-18	19-20	Totale
1995	0	0	2	18	20
1996	1	6	4	23	34
1997	0	2	5	23	30
1998	0	7	11	22	40
1999	1	4	15	16	36
2000	1	4	15	18	38
2001	1	8	16	30	55

E se l'adolescente in quanto tale è difficile da definire, se l'adolescenza è un periodo difficilmente collocabile con precisione nel tempo (per numerosi autori sembra che il periodo dell'adolescenza inizi prima, ma che d'altra parte duri più a lungo che non in passato) ho pensato bene - da un profilo statistico, ma non solo - di prestare una particolare attenzione ai pazienti minorenni ricoverati in questi ultimi anni in CPC.

	Minorenni ricoverati in CPC	Di cui alla prima ammissione
2001	20	14

		(6 M e 8 F)
2002	25	19 (12 M e 7 F)
2003	21	13 (9 M e 4 F)
2004	13	13 (9M e 4F)
2005	21	19 (15 M e 4 F)
2006	15	

Così, ad esempio, fra il 2001 e il 2005 ne sono stati ospedalizzati esattamente 100, di cui 78 (51 maschi e 27 femmine) alla prima ammissione.

Sono giovani che abbastanza spesso sono rimasti solo qualche giorno in Clinica.

### DURATA DELLA DEGENZA IN CPC DEI MINORENNI ALLA LORO PRIMA AMMISSIONE

<b>2003</b>	}	Degenza media: 32 giorni	
		< 15 giorni	5
		fra 15 giorni e 1 mese:	2
		> 1 mese:	6

<b>2004</b>	}	Degenza media: 50 giorni	
		< 15 giorni	4
		fra 15 giorni e 1 mese:	1
		> 1 mese:	8

Ospedalizzazioni brevi che di per se stesse stanno a segnalare come il ricovero in CPC sia stato “utilizzato” come momentanea **misura di contenimento** in situazioni di crisi acuta, di ingestibilità temporanea, in assenza di particolari aspettative o esigenze di ordine terapeutico... Penso alla fuga da casa, alle minacce, ai passaggi all’atto (spesso nei confronti dei famigliari), a situazioni di promiscuità sessuale divenute intollerabili.

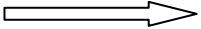
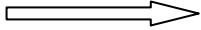
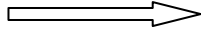
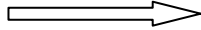
Ma allora perché proprio qui, e con che conseguenza per quel che è dei vissuti delle persone coinvolte?

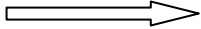
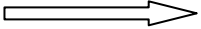
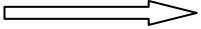
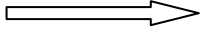
Cosa vuol dire essere stato ricoverato a Mendrisio, quando sappiamo cosa questo purtroppo rappresenti nell’immaginario dei ticinesi, per i quali finisci qui solo se sei davvero “matto”. Se sei esaurito, stressato, in difficoltà, ci sono invece le cliniche psichiatriche private.

Ma “matto” a tal punto da necessitare un ricovero (poi però spesso solo di pochi giorni) già a 12, 13, 14 anni?

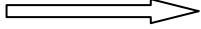
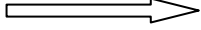
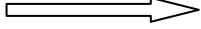
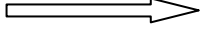
Perché i minorenni ricoverati in questi anni in CPC non sono solo dei quasi 18enni, dei quasi adulti.

### ETA' ALLA PRIMA AMMISSIONE IN CPC

<b>2003:</b>	1		12 anni (1 ♂)
	2		14 anni (1 ♂+1 ♀)
	3		15 anni (3 ♂)
	7		17 anni (4 ♂ + 3 ♀)

<b>2004:</b>	1		<12 anni (1 ♂)
	1		14 anni (1 ♀)
	6		16 anni (5 ♂ + 1 ♀)
	5		17 anni (3 ♂ + 2 ♀)

### A proposito dei 15 minorenni ospedalizzati nel 2006

1		14 anni
3		15 anni
6		16 anni
7		17 anni

Emergenza legittima o illegittima? Prima ho già avuto occasione di segnalarvi la mia perplessità (e - come vedremo - non solo mia) in merito ad un buon numero di ricoveri coatti di minorenni in CPC.

D'altra parte non possiamo non riconoscere come già a 13, 14 o 15 anni si possa soffrire di un disturbo psichiatrico maggiore. Penso ad una depressione con marcata suicidalità, o a uno scompensamento psicotico ad impronta delirante e/o allucinatoria.

E oggi sembra che succeda verosimilmente più spesso di 15-20 anni fa, forse anche a seguito del sempre più frequente e concomitante elevato ricorso a sostanze quali l'alcol, la canapa ad alti dosaggi, la cocaina, le anfetamine.

Ci si può comunque chiedere se anche per questi giovanissimi pazienti, il ricovero in una clinica psichiatrica come questa sia l'ideale.

Ma forse manca la massa critica per immaginare qualche cosa d'altro, di diverso, tutto per loro...

E allora, un po' a malincuore, consideriamo queste emergenze come emergenze “legittime”, il che non si esime per altro dal cercare possibili alternative, altri luoghi di presa a carico, e le collaborazioni che si vanno via via instaurando e approfondendo fra i nostri Servizi pedopsichiatrici e alcuni reparti di pediatria degli Ospedali dell'EOC sono sicuramente un passo positivo in tal senso.

Ma non tutte sono ospedalizzazioni in qualche modo “legittime”...

Insieme ad alcuni miei colleghi della Clinica abbiamo voluto ripassare in rassegna le cartelle cliniche di questi nostri pazienti, chiedendoci come e quanto il loro ricovero fosse legittimo, in qualche modo giustificato o quanto non fosse invece ingiustificato se non addirittura controproducente e o diseducativo.

### Indicazione psichiatrica alla prima ammissione in CPC

	Indicazione		
	evidente	dubbia	molto

				discutibile
2003	13 amm.	6	2	5
2004	13 amm.	6	1	6

L'analisi dell'indicazione psichiatrica all'ammissione di 39 minorenni in CPC **fra il 2001 e il 2002** ci ha portato a ritenere giustificata l'ammissione di 21 pazienti (53 %)

Indicazione assente o dubbia per 18 pazienti (46 %)

Mi si potrà obiettare che in questa rilettura delle indicazioni al ricovero di un minorenne in CPC vi sia da parte nostra un'eccessiva dose di soggettività, ma i nostri dati sono in buona parte suffragati dai commenti dell'inviante (psichiatra, pedopsichiatra, giudice dei minorenni, così come le Commissioni tutorie regionali).

Commenti del tipo:

"Mi spiace... Non vorrei farlo... Ma è un'urgenza, non so dove potrei mandarlo se non lì".

E' quanto ad esempio mi sono sentito dire da un collega psichiatra intervenuto d'urgenza una notte, qualche mese fa. Dopo l'ennesimo litigio con i genitori un ragazzino 15enne si era chiuso nella sua stanza sfasciando tutto quello che gli arrivava a tiro... Si è ritrovato qui qualche ora dopo e credo che la cosa non abbia bisogno di ulteriori commenti...

Ho parlato prima di misure controproducenti se non addirittura a volte diseducativa.

**Controproducenti**, e già ho parlato dello stigma, del vissuto di chi si ritrova qui a 16 o 17 anni.

Quando ero studente in medicina mi si diceva che un buon medico doveva prima o poi poter esibire un certificato che lo riconoscesse come IAG, "in Amerika gewesen".

All'altro estremo abbiamo oggi dei giovani che faranno di tutto per far dimenticare a se stessi e agli altri di essere stati degli "IMG", degli "in Mendrisio gewesen".

Controproducente se non - come dicevo - **addirittura diseducativo...**

Ricordo a questo proposito una telefonata ricevuta mesi fa. Mi ha chiamato il responsabile della sicurezza di un grande magazzino del Luganese. Aveva appena fermato, per l'ennesima volta, un ragazzino che stava rubando qualche cosa...

Essendo recidivo l'ha informato della sua intenzione di denunciarlo alla polizia, al che si è sentito rispondere che non era il caso, che era forse meglio sentire noi, qui in Clinica, perché lui non era un delinquente, ma un paziente psichiatrico, in passato già ricoverato a Mendrisio...

Allora la diagnosi o il ricovero psichiatrico in quanto tale diventa un alibi e una possibile giustificazione ad ogni possibile forma di recidiva. La logica insomma del: "non è colpa mia ... Il fatto è che sono malato...".

Ma veniamo ad altro, ed in particolare ad un aspetto interessante che è emerso analizzando i dati a proposito dei minorenni ricoverati in CPC in questi ultimi anni.

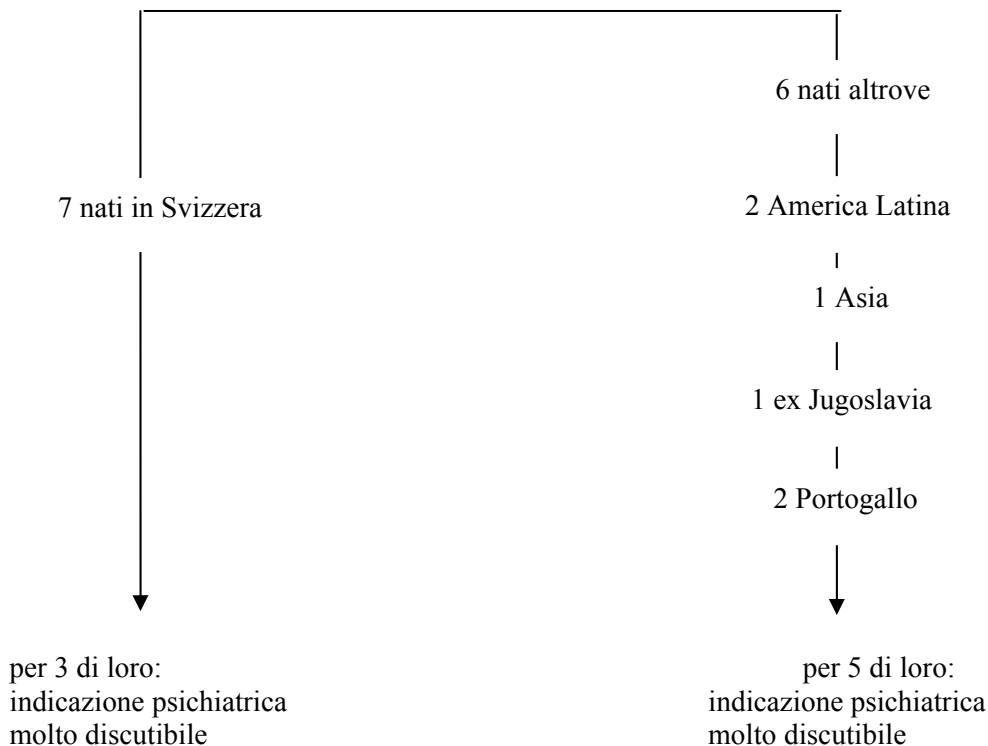
A titolo esemplificativo vi mostro i dati emersi dalle ospedalizzazioni dei minorenni in CPC nel 2003.

**Anche un problema**

di identità  
di appartenenza  
di cittadinanza

?

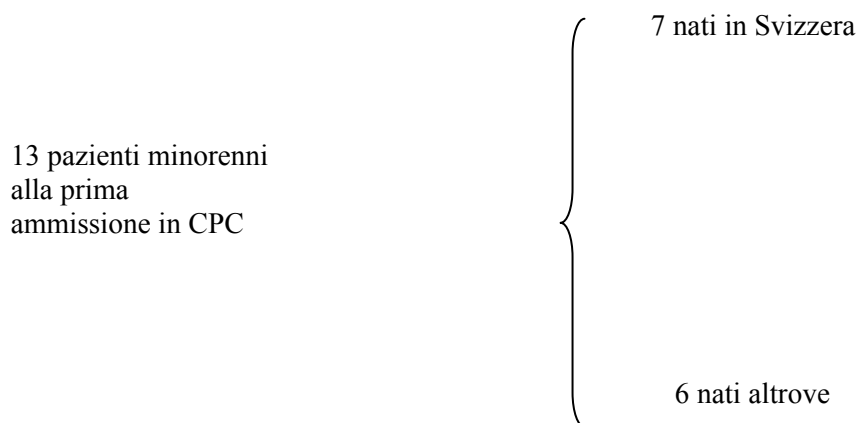
2003: 13 minorenni alla prima ammissione in CPC



Un dato emblematico e significativo, che non può non interrogarci a proposito di quel che è del mancato senso di appartenenza, di identità, di cittadinanza di certi nostri giovani.  
Un dato non casuale.

Così ad esempio:

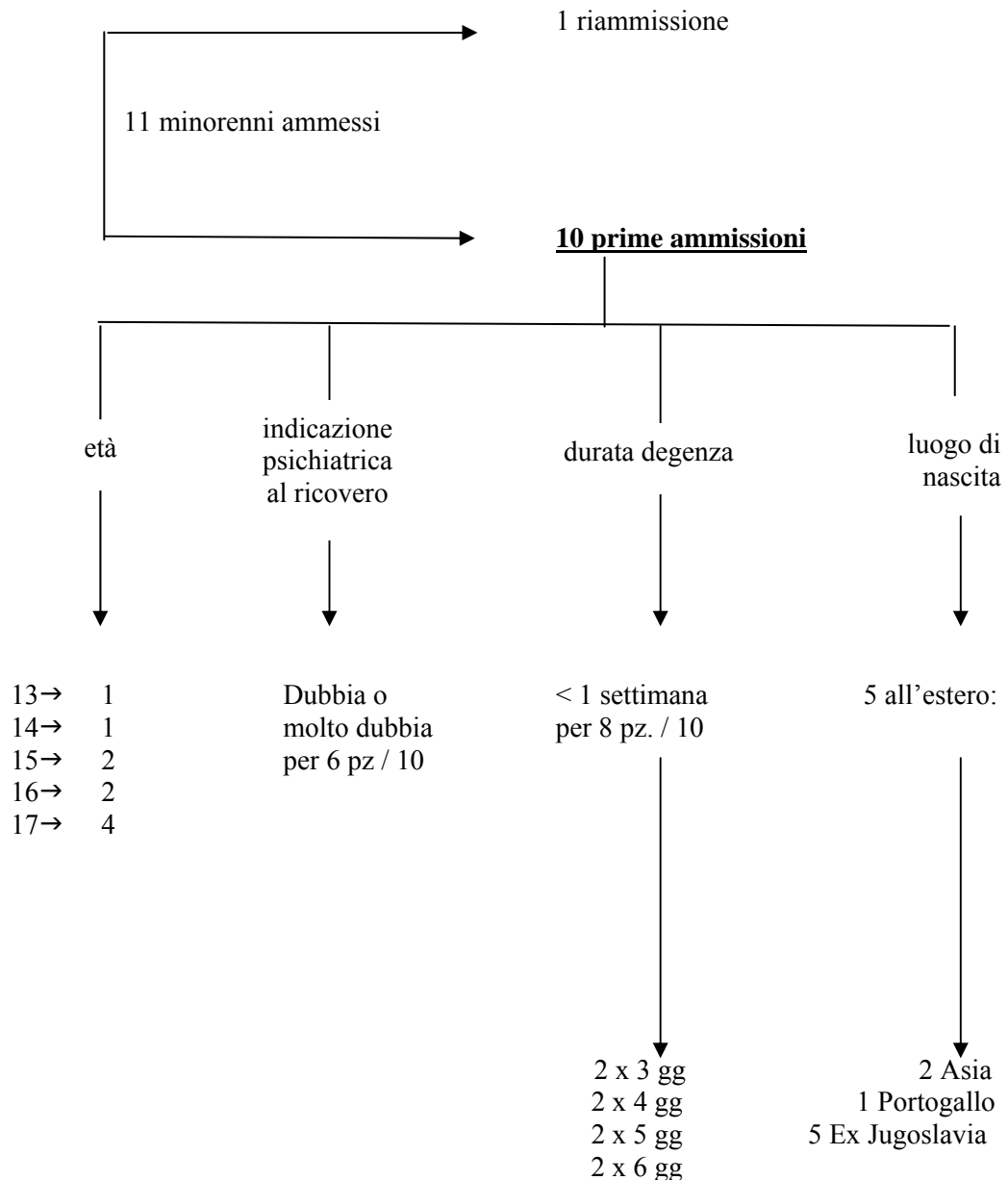
Anche nel 2004



E i dati dei primi sei mesi del 2007 confermano tutto quanto vi ho detti fin qui:

- a proposito dell'età alla prima ammissione
- a proposito dei nostri dubbi in merito alla legittimità di numerosi ricoveri in CPC (e le numerose degenze di pochi giorni sembrano confermare questa nostra impressione)
- a proposito di eventuali problemi riconducibili ad un carente senso di appartenenza, ad un diritto di cittadinanza vissuto come qualche cosa di deficitario e incompleto.

**Ammissioni di pazienti minorenni in CPC  
1 gennaio – 30 giugno 2007**



Ma come uscire da questa situazione, da questa logica per cui, in una situazione di urgenza, “meglio Mendrisio che niente”?

Nella prima parte di questa mia relazione ho cercato di dimostrare come, anche storicamente, si è riusciti a por fine a questi ricoveri per molti versi abusivi, a certe emergenze istituzionali illegittime, ripensando in modo creativo a quanto di diverso e di nuovo si possa e si debba offrire a chi è vittima di queste ospedalizzazioni improprie.

Ricordo a questo proposito un incontro di due giorni fra i cosiddetti addetti ai lavori, incontro voluto dal Dipartimento della Sanità e della Socialità e dal Dipartimento delle Istituzioni. Si era nel maggio dello scorso anno. Tema dell'incontro era: “Bisogni dei minorenni problematici in Ticino e misure a loro favore”, ed uno degli obiettivi era quello - e cito testualmente di “condividere l'identificazione delle prestazioni che i Centri e i Servizi preposti alla presa in carico dei minorenni devono saper erogare”.

Fra le principali lacune evidenziate allora e a cui si chiedeva di porre rimedio ne ricordo qui due, e in particolare:



- L'assenza di un Centro di Pronta Accoglienza ed Osservazione (PAO) destinato agli adolescenti dai 15 ai 18 anni, che necessitano urgentemente di un collocamento a scopo di protezione e che sono disposti a collaborare.

Ed anche (e cito nuovamente testualmente)

- "L'assenza di una struttura contenitiva per i casi urgenti di adolescenti particolarmente problematici, non collaboranti, che non possono rimanere dove vivono, che si trovano in una situazione di crisi non gestibile dalle strutture esistenti (Centri Educativi per Minorenni) e che non presentano disturbi tali da rendere necessario un ricovero in Clinica Psichiatrica".

Non se ne è ancora fatto nulla, ma è pur vero che certe strutture non si improvvisano. Penso in particolare ad una concreta proposta di questo gruppo di lavoro, vale a dire: "La creazione di una nuova struttura di Pronta Accoglienza e Osservazione in modalità di contenimento, per minorenni di 12-18 anni, per casi gravi, urgenti e refrattari a qualsiasi presa a carico concordata...Dovrebbe disporre di una decina di posti, per soggiorni che siano il più brevi possibili, ma al massimo di tre mesi..."

Ebbene quando in quell'occasione se ne è parlato, ci siamo sentiti dire, da un membro di una Commissione Tutoria Regionale: "Di ragazzi che ne potrebbero approfittare io ne avrei già una quindicina...!"

E allora c'è di che rabbrivire, c'è da averne paura.

C'è da temere che ciò che si vuole proporre e che si pensa di proporre come luogo di accoglienza e di gestione delle crisi possa invece diventare facile e immediato luogo di espulsione e di emarginazione di ogni forma di disagio, di ogni situazione che faticiamo a gestire.

E allora posso capire che ci si muova con i piedi di piombo, preoccupati dal definire con precisione il rispetto e la modalità di accesso ad una struttura di questo tipo...

Spero che lo si stia continuando a fare.

Ma intanto, con il ritmo di 1-2 al mese, altri minorenni vengono ricoverati qui in Clinica.

E intanto noi continueremo a dire - ogni volta che ce ne viene data l'opportunità - che a noi non va bene e che a questi ragazzi e ragazze va meno bene ancora.

Vi ringrazio dell'opportunità che mi avete dato di poterlo dire anche oggi.

## **Allegato**

### **Pazienti minorenni ricoverati in CPC**

**1 gennaio – 30 giugno 2007**

#### **11 pazienti**

L'inviante:	}	psichiatra privato	3
		pedopsichiatria	2
		medico PS	1
		medico CV	1
		altra clinica psichiatrica	1

[	Commissione Tutoria Regionale	2
	Magistrato dei minorenni	1