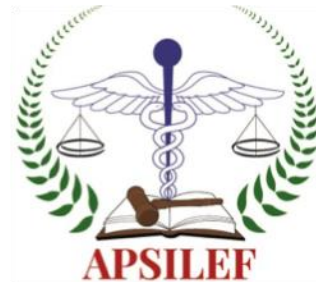
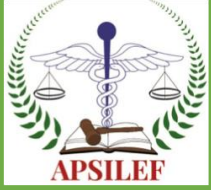


**LA PROTEZIONE
NELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI:
NORMATIVE-BUONE PRATICHE-RESPONSABILITA'**

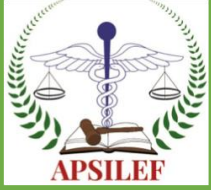
**Webinar FAD sincrona
giovedì 8 settembre 2022**



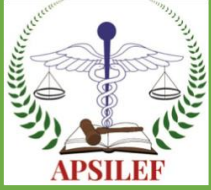


Cenni storici

Dr.ssa Rossella Buda

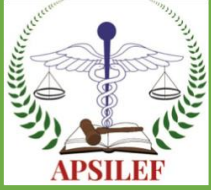


La malattia mentale permea la storia dell'umanità in modi molto diversi fino a giungere ai nostri giorni; giorni in cui si dibatte ancora su quale sia il confine fra la “sanità mentale” e la “malattia mentale”, giorni in cui si usano ancora mezzi di “contenzione” come se fossero l'estrema ratio terapeutica. Ripercorriamo brevemente la storia.



Nel periodo romano si formano quattro distinte interpretazioni della follia:

- la follia letta attraverso la religione: il folle è un indemoniato, la religione risponde attraverso la preghiera o attraverso il rogo;
- la follia letta come magia: il disturbo mentale è collegato a fasi lunari, ad oggetti o animali, la comunità risponde mettendo in atto rituali, attraverso uso di amuleti o filtri per proteggersi dagli influssi negativi;
- la follia letta come squilibrio umorale: si affermano gli studi di Galeno che puntano ad una spiegazione organica di quello che è classificato come un disturbo
- la follia letta come affezioni dell'animo alle quali l'individuo risponde attraverso espiazioni, conversioni, vita esemplare.

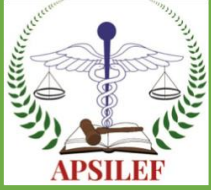


Il Rinascimento interpreta la follia solo attraverso la religione; la follia è possessione demoniaca alla quale è necessario rispondere con decisione; in questo periodo follia e pericolosità diventano un'unità, la risposta è spettacolare: il rogo.

Il folle non è più tollerato e va eliminato in maniera radicale.

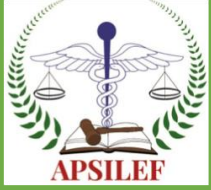
Lentamente giungiamo al Settecento (l'ultimo rogo di streghe risale al 1793 in Polonia) secolo che porta l'uomo nell'Epoca Moderna e comincia a confondere il folle col povero e col criminale.

Questa è l'epoca in cui nascono gli Stati Moderni e con essi le Istituzioni, fra queste i luoghi di detenzione e di segregazione (spesso confusi con gli ospedali, ma in realtà una via di mezzo fra carceri ed ospizi)



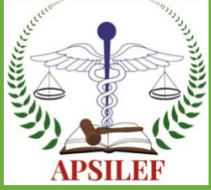
Questo è anche il secolo della Rivoluzione Francese che reca con sé l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino ma anche dell'Illuminismo, questo è il secolo infine del riconoscimento della follia come malattia.

Nell'Ottocento il folle viene nuovamente distinto dal povero e dal delinquente e per lui vengono create degli appositi istituti: i manicomi. Voluti da Pinel, nascono con la finalità di essere luoghi di cura ma finiscono con il coincidere con i luoghi di segregazione del passato. La cura infatti si basa anche sul controllo del folle.

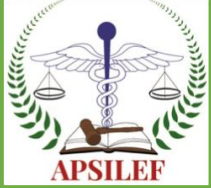


Giungiamo così alla prima metà del Novecento, l'istituzione manicomiale si perfeziona e si specializza nella funzione sociale di contenitore della follia trascurando completamente la sua funzione di cura e riabilitazione; cominciano a farsi strada le teorie basate sullo shock: un trauma elettrico, ipoglicemico, febbrile può avere virtù terapeutiche.

Mentre l'istituzione manicomiale si fossilizza su se stessa però, nel campo delle conoscenze psicologiche ha inizio la rivoluzione, la psicologia e la psichiatria classica vengono sconvolte dall'avvento di nuove scienze come l'antropologia; viene riveduto il concetto di identità della persona, del rapporto tra individuo e contesto sociale, dei confini tra salute e malattia mentale.



Dopo la seconda guerra mondiale in varie nazioni il fermento e l'avvento di nuovi metodi e idee è "rumoroso": in Inghilterra si sviluppano le "comunità terapeutiche"; in Francia la "psicoterapia istituzionale" e la "psichiatria di settore"; nella Germania Federale l'esperienza del Collettivo socialista dei pazienti di Heidelberg, la prima auto-organizzazione di pazienti. Nonostante tutte queste novità non siano organizzate, disciplinate, hanno il merito di portare nuovamente alla luce l'idea di curabilità e di guarigione del disturbo mentale e di aprire la strada al trattamento psicoterapeutico



. In Italia intorno agli anni Settanta si fa strada il Movimento italiano di negazione istituzionale.

“Una delle questioni su cui si concentrò maggiormente il dibattito dei componenti il Movimento fu quella dell’istituzione manicomiale. Nel corso degli anni Sessanta, l’esperienza della «comunità terapeutica» avviata presso l’Ospedale Psichiatrico di Gorizia da Franco Basaglia mise in luce le contraddizioni interne a queste strutture, luoghi di esclusione e sevizie invece che di cure: a Gorizia venne messa in pratica una nuova metodologia di cura dei malati di mente, poi descritta nel testo L’istituzione negata (1968).



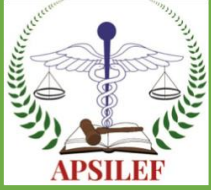
Senza negare la realtà dell'infermità mentale, ciò che viene messo in luce è la violenza istituzionale che regola i rapporti tra la società e i malati. Si tratta di una lettura non limitata all'ambito specifico della psichiatria, dal momento che i manicomi vengono inseriti in quelle che Basaglia chiama «le istituzioni della violenza», nelle quali la violenza è giustificata da una «colpa» (il carcere) o da una «malattia» (l'ospedale psichiatrico). Compito dei tecnici a cui sono appaltati questi istituti è «adattare gli individui ad accettare la loro condizione di “oggetti di violenza”», dando per scontato che questa sia l'unica realtà loro concessa. In questo modo, il malato di mente non è altro che un «uomo senza diritti, soggetto al potere dell'istituto, quindi alla mercé dei delegati (i medici) della società, che lo ha allontanato ed escluso». Risulta evidente quindi che il fine degli ospedali psichiatrici non sia tanto la cura e – possibilmente – il reinserimento dei pazienti nella società, bensì la loro custodia in un ambiente separato e la tutela dei “sani” nei confronti della follia.



Attraverso il «rovesciamento» di questa istituzione coercitiva, quello che Basaglia e l'équipe di medici, infermieri e collaboratori fecero a Gorizia fu rifiutare questo tipo di "mandato sociale". Ciò comportò la costruzione di un rapporto diverso con i pazienti, mostrando attraverso la loro responsabilizzazione che un'alternativa al manicomio tradizionale era praticabile. Uno degli aspetti caratteristici di questo discorso era l'oscillazione e l'apparente contraddizione che poteva instaurarsi fra il bisogno di autorità (necessaria per condurre la trasformazione del sistema) e il bisogno di conquistare la propria libertà che passava attraverso la presa di responsabilità, sia da parte del personale curante che da parte dei malati. Tuttavia è evidente che il movimento comune, compiuto attraverso la negazione della propria faccia istituzionale (tanto per i malati quanto per i medici e gli infermieri) portasse alla negazione non solo dell'istituzione in questione, bensì di ogni sistema di oppressione e di sopruso.



Nella pratica, lo svolgimento delle attività della «comunità terapeutica» era regolato dalle riunioni, le quali erano ovviamente affiancate dal programma ospedaliero tradizionale (visita dei sanitari ai reparti, pasti, terapie, ecc.). Lo scopo delle numerosissime assemblee era far sì che i degenti si riappropriassero della loro personalità attraverso le «scelte» e attraverso la discussione condotta alla pari con il personale medico. «Mettere tra parentesi» la malattia mentale mostrò che tutto ciò fosse più un prodotto che un dato di fatto, mettendo così in discussione le fondamenta del sistema su cui si reggeva l'istituzione manicomiale italiana. L'istituzione negata ebbe una grande diffusione, tanto da divenire durante il Sessantotto uno dei testi guida della cultura anti-autoritaria giovanile.



I mezzi di contenzione hanno accompagnato l'evoluzione/involuzione del pensiero sulla follia sin dall'antichità; il breve excursus che segue ci presenta la situazione dal 1700 ai giorni nostri.

1700: Per contenere i pazienti si usavano "camiciole a muro" e catene legate alle pareti o ai letti. La teoria era: più dolorosa era la contenzione, migliori sarebbero stati i risultati. Benjamin Rush, noto come il padre della psichiatria americana ed il cui volto adorna ancora il logo della Associazione Psichiatrica Americana, sviluppò, alla fine del 1700, la sedia "sedativa". Il paziente veniva immobilizzato in uno stato di disagio e dolore enorme.

1787: lo psichiatra francese Philippe Pinel abolì l'uso delle catene per "l'alienato" ma le sostituì con le camicie di forza.

1800: il "letto a mangiatoia" era una gabbia con letto basso a forma di graticcio dove il paziente veniva messo per settimane o mesi. L'uso di cinture legate a manette, bracciali di cuoio e catenelle da caviglia e sedie di contenzione continuò e gli psichiatri ne sostenevano le "grandi virtù curative."



1855: l'uso di "camere d'isolamento" divenne di moda negli ospedali psichiatrici.

Anni '50: Le contenzioni meccaniche furono usate per relegare i pazienti ai loro letti, come "sedie per contenere". In alcuni casi, i pazienti erano confinati al buio in seminterrati simili a prigioni sotterranee.

Il nuovo millennio: gli attuali metodi di contenzione includono procedure fisiche, meccaniche, elettriche e chimiche.

2002: l'Unione Europea ha chiesto ad un certo numero di Paesi dell'Est di eliminare i letti a gabbia (circondati da sbarre, in modo che non si possa scendere dal letto, e per alcuni tipi non ci si può neanche sedere su di esso) considerandoli una pratica degradante ed inumana.

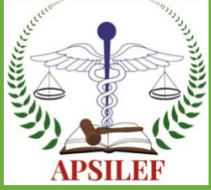
La Repubblica Ceca li ha resi illegali solamente dal 2004.



Basaglia ed il caso “Giorgio Coda”: dalla psichiatria istituzionale all’antipsichiatria in Italia.

“Il Coda mi fece denudare e mi praticò un elettromassaggio pubico, che mi procurò grande sofferenza e la perdita di feci e urina. Quando venni riportato nella mia sezione, debbo dire che a causa dello spasimo provocato dall'elettromassaggio e avendo perso la gomma che tenevo in bocca mi ruppi tutti i denti.”

Così Giovanni, uno dei pazienti del “dottor” Giorgio Coda raccontò in una testimonianza uno dei tanti trattamenti con l’elettroshock che aveva subito nel corso della sua detenzione. Una delle cinquemila sedute di “elettromassaggi” che lo psichiatra praticò nel manicomio di Collegno, del quale era vicedirettore, nella struttura per minori di Villa Azzurra, e in quella Grugliasco.

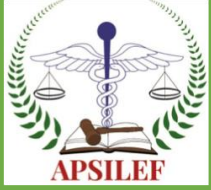


Nelle pratiche del dottor Coda, esperto di antropologia criminale, non c'era alcun fine curativo, come confermerà la sentenza del processo che lo vedrà imputato. Per "l'elettricista", come verrà soprannominato dalla stampa, i pazienti non erano individui da aiutare, sostenere, curare. Erano semplicemente dei residui di umanità.

Nel 1970 l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali inviò alla procura di Torino un esposto in cui erano raccolte precise accuse e numerose testimonianze. .

Il 2 luglio 1974 Giorgio Coda fu condannato dal tribunale Torino a cinque anni di prigione e interdizione perpetua dai pubblici uffici per i maltrattamenti inflitti ai suoi pazienti. Nonostante i crimini commessi tuttavia presto poté tornare ad esercitare privatamente la professione di medico.

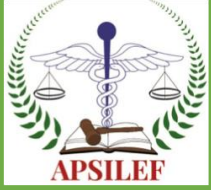
Il cosiddetto caso Coda fu determinante nell'accendere i riflettori sulle terribili violenze che venivano praticate in diverse strutture manicomiali, contribuendo alla crescita del movimento guidato da Franco Basaglia.



Il caso Coda ha scosso e fatto discutere l'opinione pubblica. Il dibattito che ne è scaturito ha portato alla cosiddetta [Legge Basaglia](#) (legge 13 maggio 1978 n. 180), che ha abolito i principali articoli della precedente legge (14 febbraio 1904, n. 36) e istituito il TSO ([Trattamento sanitario obbligatorio](#)), restringendo di molto il suo campo di applicazione e definendo procedure a più livelli per la sua attuazione.

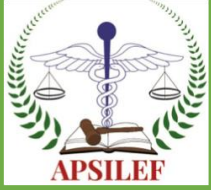
In particolare, il provvedimento prevede l'intermediazione del [sindaco](#) e del [giudice tutelare](#), la possibilità di richiedere la revoca o la modifica del TSO da parte di chiunque (anche del paziente stesso), la possibilità da parte di chiunque (anche del paziente stesso) di proporre "ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare" e la possibilità per il paziente di comunicare con chiunque durante il TSO. Il paziente ha anche diritto al cambio della struttura di cura.

Sebbene la legge non prevedesse esplicitamente che gli ospedali psichiatrici venissero chiusi, essa ha di fatto chiuso la maggior parte degli istituti psichiatrici in Italia, chiusura che è stata del tutto completata nei decenni successivi.



Franco Basaglia è stato il principale motore del concreto cambiamento della psichiatria: grazie alle sue teorie e all'esperienza messa in pratica nei manicomi di Gorizia e Trieste ha ridato diritti e dignità a migliaia di persone. Uomini, donne, ragazzi, vestiti tutti uguali con un lungo camicione grigio, reclusi, a volte costretti nelle camicie di forza, sottoposti a bagni ghiacciati e letti di contenzione oltre che a un uso scellerato di psicofarmaci, con Basaglia hanno potuto riprendersi la vita e disporre del proprio tempo.

Da istituzione pensata per difendere i sani dai malati, l'ospedale psichiatrico è diventato il luogo dove persone deboli potevano essere curate e salvate. Cerca di trasformare i manicomi in comunità terapeutiche, in cui medici, operatori e pazienti possiedono pari dignità e pari diritti: i rapporti non sono più verticali, bensì orizzontali, e viene privilegiata la collaborazione tra pari.



Nel 1973 fonda un movimento chiamato *Psichiatria Democratica*, che prende spunto dalla corrente di pensiero dell'antipsichiatria. Basaglia continua a sostenere la sua battaglia contro il sistema psichiatrico del tempo finché nel 1977 ottiene la chiusura dell'ospedale psichiatrico di Trieste. Grazie alla sua opera finalmente, il 13 maggio 1978, due anni prima della sua scomparsa, viene ratificata la legge 180, nota appunto come "legge Basaglia", sulla riforma psichiatrica e che porta alla chiusura dei manicomi. Si ridefinisce l'intera concezione di malattia e cura psichiatrica, rendendo la psichiatria terapeutica e riabilitativa. Il più grande merito di Franco Basaglia è stato quello di restituire dignità alla malattia mentale, non considerando il paziente come un oggetto da aggiustare, ma una persona da accogliere, ascoltare, comprendere, da aiutare e non da escludere o da nascondere.



**LA PROTEZIONE
NELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI:
NORMATIVE-BUONE PRATICHE-RESPONSABILITA'**

Grazie per l'attenzione