

FRANCESCO GALLO*

STORIA ED EVOLUZIONE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO DI PADOVA

HISTORY AND EVOLUTION OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL OF PADUA

RIASSUNTO

A Padova il nosocomio fu inaugurato nel 1907 in seguito alle indicazioni della Legge 36 del 1904. Si distinse subito per avere abolito tutti i metodi di contenzione fisica e per l'ergoterapia, e successivamente per i ricoveri che spesso erano volontari, il Centro Psicopedagogico e i Servizi Sociali prima e dopo il ricovero anche a domicilio dei malati. L'articolo mette in confronto l'ideologia di Franco Basaglia (ideatore della Legge 180 del 1978) con quella di Ferdinando Barison (Direttore dell'Ospedale Psichiatrico dal 1947 al 1971).

SUMMARY

The mental asylum of Padua (Italy) was opened in 1907 following Law no.36 of 1904. Initially it distinguished itself for having abolished all physical restraint methods and subsequently for insisting on ergotherapy, for its many non-coerced admissions, for having Psychotherapeutic and Social Services prior to and after hospitalizations, within and outside the hospital at the homes of patients. The article compares the concepts of Franco Basaglia (creator of Law 180 of 1978) with those of Ferdinando Barison (Hospital Director from 1947 to 1971).

Introduzione

*Psicoterapeuta e Medico specializzato in Psichiatria presso l'Università di Padova. Professore a Contratto presso University of Maryland (USA).

Prima del 1978, in Italia erano attivi 76 manicomi quasi tutti composti da strutture molto vecchie, inadatte, sovraffollate e dalla scarsa igiene, con personale insufficiente e poco specializzato e operante spesso con metodi coercitivi ed a volte disumani. Le terapie frequentemente erano poco idonee se non addirittura dannose. A Padova, Firenze e Varese invece esistevano delle strutture efficienti e valide. Quella patavina operava in un sito ad ovest della città, poco fuori le mura di Porta San Giovanni, con a disposizione un territorio molto vasto e servito dai mezzi pubblici di trasporto.

Era stata progettata nei primi anni del 1900 secondo una concezione modernissima per l'epoca, era una vera cittadella autonoma che includeva anche una Chiesa, un teatro, dei telefoni pubblici, una biblioteca e i servizi necroscopici. La maggior parte dei tredici padiglioni avevano un solo piano ed ognuno era dotato anche di alcune camere singole. C'era una Colonia Agricola di 170.000 m2 organizzata come una vera e propria azienda con prodotti di ogni genere, consumati dagli stessi pazienti, una Centrale Termica per garantire il riscaldamento e l'acqua calda, una Centrale Elettrica autonoma con un generatore che garantiva il fabbisogno del nosocomio, un'officina meccanica per le manutenzioni, degli impianti di sterilizzazione per la biancheria ed un impianto fognario con possibilità di depurazione delle acque. La Biblioteca aveva circa 2000 opere di medicina e di psichiatria. A questi servizi davano il proprio contributo lavorativo centinaia di pazienti che si sentivano gratificati e utili, instaurando così dei rapporti sociali tra di loro. Le iniziative culturali erano molteplici come quella che permetteva ai pazienti di frequentare dei corsi per ottenere la licenza elementare oppure quella che nel 1968 creò una compagnia filodrammatica formata da pazienti ed infermieri, che partecipò ad un festival teatrale a Perugia, ricevendo il 1° premio.



L'ex Manicomio Provinciale di Padova fu inaugurato il 16 giugno 1907 dal Prof. Ernesto Belmondo (1863-1939-foto-) con il programma del "no-restraint" assoluto che aboliva l'utilizzo delle camiciole, dei manicotti e di altri metodi di contenzione fisica. Nel 1928 nel nosocomio oltre alle attività ergoterapiche (lavori interni di pulizia dei reparti, di falegnameria, di verniciatura, di muratura, di materassaio, di fabbro, di manifattura di scarpe di stoffa per le pazienti, di lavanderia, di sartoria, di rammendo, di filatura a mano di calze, di giardinaggio, di orticoltura, di agricoltura, di facchinaggio), furono aggiunte delle scuole professionali (di tessitura casalinga che utilizzavano 17 telai a mano, di calzoleria, di tipografia, di legatoria di libri, di maglieria e di ricamatura a

mano). Nel 1932 furono installati due apparecchi radiofonici con 13 altoparlanti, uno in ogni padiglione, particolarmente utili per gli analfabeti che non riuscendo a leggere il giornale, ascoltando la radio, venivano a conoscenza delle notizie e delle novità che avvenivano nel mondo.



Era una struttura all'avanguardia che ospitava 298 pazienti nel 1907, 499 nel 1910 e 926 nel 1950. Fu costruita e gestita tenendo presente le direttive di tre grandi studiosi della psichiatria padovana:

-il Prof. Augusto Tebaldi (1833-1895-foto) Professore Ordinario di Psichiatria all'Università di Padova il quale consigliò che le stanze fossero ben illuminate e ariose, e che venissero abolite le docce correzionali e i metodi coercitivi.

-il Prof. Ernesto Belmondo, Direttore del "Manicomio" padovano dal 1906 al 1928 ed

-il Prof. Ferdinando Barison (1906-1995-foto), Professore di Neuropsichiatria allo stesso Ateneo e Direttore dell'ex Ospedale Psichiatrico di Padova dal 1947 al 1971. Il Prof. Corrado Tommasi (1882-1950) fu Direttore del nosocomio dal 1928 al 1947.



Pinel fa togliere le catene ai malati nel Manicomio Bicêtre nel 1793
(olio di Charles-Louis Muller)

Il Prof. Belmondo era un seguace di Philippe Pinel (1745-1826), medico francese responsabile nel 1792 del manicomi parigini Bicêtre e Salpêtrière, il quale come atto umanitario, liberò gli infermi di mente dalle catene (sostituendole con camicie di forza), iniziando a praticare l'ergoterapia,

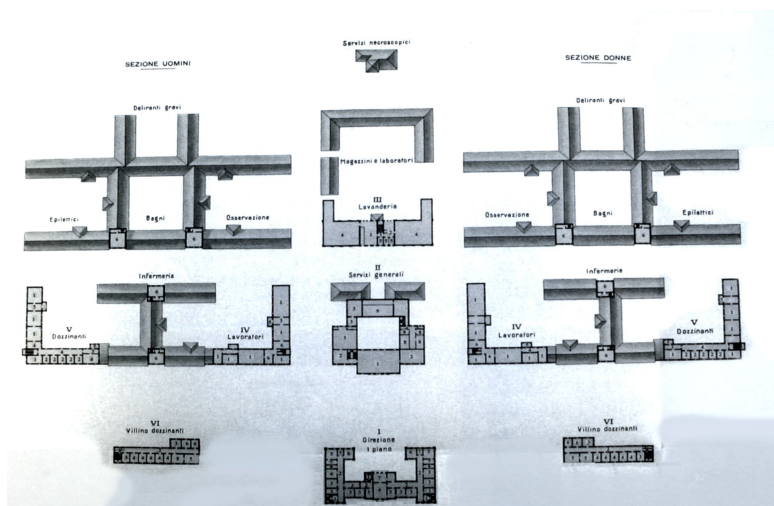
introducendo l'anamnesi fisiologica psichiatrica e combattendo contro le credenze superstiziose legate alla malattia mentale.

A Padova il Prof. Ferdinando Barison fu il primo direttore che fece assumere nel manicomio degli psicologi, utilizzando le cartelle cliniche per l'anamnesi, la diagnosi e la terapia. Inaugurò un servizio sociale e fece aprire il parco dell'Ospedale al pubblico per favorire il contatto tra gli ammalati e la gente. Anticipò l'approccio pluriprofessionale e diede importanza alla conoscenza delle famiglie di provenienza dei ricoverati inviando dei professionisti (medici, assistenti sociali, psicologi ed infermieri) all'ex domicilio dei malati per conoscere direttamente l'ambiente familiare e i vari parenti. Così, per molti aspetti, Padova anticipò i dettami della cosiddetta Legge Mariotti n. 431 del 18 marzo 1968 che istituì i Servizi d'Igiene Mentale e che cambiò il nome di "Manicomio" in "Ospedale Psichiatrico" e della cosiddetta Legge Basaglia n. 180 del 15 maggio 1978 che stabilì l'integrazione tra prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici.

Egli fondò nello stesso nosocomio il Centro Medico Psicopedagogico il 30 maggio 1957 e all'inaugurazione furono presenti il Presidente della Repubblica Italiana On. Antonio Segni, il Ministro della Pubblica Istruzione On. Luigi Gui e il Presidente della Provincia Comm. Vittorio Marani. Egli inoltre fu Professore di Neuropsichiatria Infantile nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova dal 1969 al 1976, Vice-Presidente della Società Italiana di Psichiatria, fondatore e direttore della Rivista Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva e Presidente dell'AMOP (Associazione Medici Ospedalieri Psichiatrici Italiani).

Inoltre, la Legge Mariotti n.431 del 18 marzo 1968 aveva tolto l'obbligo di registrare questi infermi nel Casellario Giudiziario. Lo stesso Barison nel 1968 scrisse: "L'Ospedale Psichiatrico ha subito in questi ultimi decenni una trasformazione radicale, o meglio una rapidissima evoluzione. Bruscamente da quello che era il vecchio manicomio, cioè il luogo di custodia e di sorveglianza per i malati di mente, custodia e sorveglianza onde evitare loro di nuocere alla società o a loro stessi, è diventato un vero ospedale inteso in senso clinico, cioè il luogo dove si ricoverano i malati di mente principalmente per cura" (Baccaro & Santi, 2007).

Gallo F. *Storia ed evoluzione dell'ospedale psichiatrico di Padova*



Planimetria del Manicomio di Padova nel 1928: i viali e i padiglioni (numerati da I a XIII) tra i quali: I. Direzione, II. Servizi generali, III. Lavanderia, IV. Lavoratori e panificio, V. Dozzinanti, VI. Villini per dozzinanti, VII. Ammalati in osservazione, VIII. Epilettici e alcolisti, IX. Deliranti gravi.

Gli altri padiglioni (esclusi in questa cartina) erano predisposti per i Convalescenti e lavoratori, uso Infermeria, per Malattie Infettive, per Malattie Neurologiche e per i Servizi Necroscopici.

Nel Manicomio di Padova, dal 1908 al 1918 le diagnosi d'ingresso furono:

Diagnosi	Uomini	Donne
Psicosi maniaco-depressiva	20%	14%
Psicosi alcolica	14%	7%
Demenza precoce	10%	9%
Altre patologie	9%	27%
Psicosi pellagrosa	9%	20%
Frenastenia	7%	6%
Psicosi epilettica	4%	-

Altre diagnosi meno frequenti: psicosi isterica, demenza paralitica, psicosi sifilitica, psicosi da tubercolosi, demenza arteriosclerotica, psicosi da encefalite endemica, psicosi da esaurimento, melanconia dell'età evolutiva,

psicosi da tumori cerebrali e tifo pellagroso. Non corrisponde al vero affermare che i ricoveri erano tutti a lungo termine o a vita in quanto il 70% degli frenastenici, il 60% degli psicotici da epilessia ed il 40% degli psicotici maniaco-depressivi venivano dimessi dopo 12-24 mesi e il 20% degli psicotici da alcol ritornavano a casa dopo 1-2 mesi. E' da notare l'alta incidenza della psicosi da pellagra tra le donne e della psicosi alcolica tra gli uomini mentre la psicosi maniaco-depressiva era elevata in ambedue i sessi.



La pellagra (foto) è una malattia causata dalla carenza o dal mancato assorbimento di vitamine del gruppo B, niacina (vitamina PP), o di triptofano, amino acido necessario per la sua sintesi. Questa vitamina è presente in genere nei prodotti alimentari freschi: latte, verdure e cereali. È una patologia frequente tra le popolazioni che facevano esclusivo uso della polenta di mais come loro alimento base.

La "Legge n.36 sui Manicomi e sugli Alienati" del 14 febbraio 1904 aveva ufficializzato la funzione pubblica della psichiatria, privando gli infermi di mente dei loro diritti civili, registrandoli nel Casellario Giudiziario, regolamentando le condizioni per l'ammissione (ricovero coatto) e la dimissione dei pazienti e stabilendo il legame tra malattia mentale e pericolosità sociale. Questa normativa non fu una legge sanitaria ma una legge di ordine pubblico per proteggere la società dalla violenza dei folli attraverso il ricovero di coloro che erano pericolosi a se stessi o agli altri. Bastava un certificato di un qualsiasi medico con il visto dell'autorità di polizia per attivare questa procedura. Una volta in "Osservazione", entro 15-30 giorni i medici del nosocomio dovevano decidere se l'individuo necessitava di un ricovero "temporaneo" o "definitivo". Nel 1968 con il superamento della normativa manicomiale e la creazione dell'Ospedale Psichiatrico, si ebbe troppo velocemente l'apertura dei reparti con una promiscuità dei pazienti a volte incontrollata con la nascita di figli e/o aborti. Successivamente nel 1978, sempre con rapidità furono istituiti i Servizi di Diagnosi e Cura negli Ospedali Civili, nei quali venivano utilizzate soprattutto delle terapie a base di nuovi psicofarmaci ma abbandonando la riabilitazione che precedentemente avveniva con l'ergoterapia. Nel nosocomio c'erano degli stanzini di isolamento per i pazienti violenti e veniva utilizzata anche la terapia dell'elettroshock. Questi metodi ora non si utilizzano più perché esistono dei farmaci incisivi come la quetiapina (Seroquel), la clozapina (Leponex), l'aripiprazolo (Abilify), lo zuclopentixolo (Clopixol), la clotiapina (Entumin) o l'olanzepina (Zyprexa) che sono più efficaci, con meno effetti collaterali rispetto a quelli utilizzati in

passato (i barbiturici e la reserpina ottenuta dalla pianta *Rauwolfia serpentina*) ma che provocano delle discinesie extrapiramidali e se utilizzati a lungo e ad alto dosaggio, possono dare origine a dei danni metabolici irreversibili. Prima della scoperta dei primi antipsicotici nel 1951 (Largactil o clorpromazina), delle prime benzodiazepine nel 1955 (Librium o clordiazepossido cloridrato) e degli antidepressivi tricyclici nel 1958 (Tofranil o imipramina), si utilizzavano delle terapie meno efficaci e a volte dannose (l'elettroshock, l'insulinoterapia, la malarioterapia, la cura del sonno e i farmaci antiepilettici). Il Largactil mise in crisi la concezione del manicomio come istituto di prevenzione criminale in quanto il farmaco tranquillizzava i malati sedando le loro crisi psicomotorie. I manicomi perdettero così la loro funzione primaria di contenimento sociale, le dimissioni aumentarono e le ammissioni diminuirono.

A partire dal 1968, per ogni nuovo ingresso all'Ospedale Psichiatrico (OP) di Padova, il paziente riceveva un opuscolo detto "Carta di Accoglienza del Ricoverato", preparato dal Prof. Barison, che descriveva i diritti e i doveri degli ospiti. In esso leggiamo che "...Il ricovero in Ospedale, specialmente se spontaneo, non implica, come è da alcuni ritenuto, che si verifichino conseguenze legali (non iscrizione al Casellario Giudiziario)... Il medico Dott. Giovanni Gozzetti effettuerà gli esami necessari al Suo caso, prenderà contatto con la Sua famiglia e, se sarà necessario, con il Suo medico... La psicologa Dott.ssa Sara Genova s'intratterà con Lei sia individualmente che collettivamente in colloqui e, allo scopo di meglio approfondire la particolarità della Sua situazione, potrà eseguire dei test psicologici...l'Assistente Sociale Clara Callegari è a Sua disposizione per qualsiasi difficoltà e problema; in particolare essa prenderà contatti con la Sua famiglia e studierà con lei la Sua situazione al momento della dimissione. Il Medico potrà affidarle il compito di seguirla a casa, se ciò sarà di Suo gradimento, con visite domiciliari per aiutarla più a vivere da vicino nel Suo rientro in famiglia... Visite: i Suoi familiari possono venire a trovarla ordinariamente nei seguenti giorni: sabato e domenica dalle ore 9:00 alle 10:45 e dalle 14:00 alle 14:45...Il lavoro fa parte del Suo programma terapeutico e, a tal uopo adiacente alla sala di soggiorno, è attrezzato un atelier di lavoro dove potrà occuparsi di varie attività in collaborazione con gli altri ospiti e con gli infermieri. Potrà dedicarsi liberamente al modellismo, a costruzioni in legno, a bassorilievi in rame o ad altro, a Sua scelta...Svaggi: passeggiate, bar, cinema, giochi collettivi, balli, intrattenimenti, rappresentazioni teatrali, tv, radio, riviste e giornali. Servizi religiosi: orario festivo- ore 10:00 la Santa Messa; ore 15:30 le Sacre Funzioni. Utilizzo della Biblioteca, tutti i giorni dalle ore 9:00 alle ore 11:30. La

biblioteca è fornita di romanzi, riviste, libri culturali ecc ed un volume non può essere tenuto per una periodo superiore a 20 giorni" (Baccaro & Santi, 2007).



La Legge Basaglia n.180 del 13 maggio 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" che abolì i manicomi fu incorporata alla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" che realizzò una rete di Unità Sanitarie Locali inserite in un Sistema Sanitario Nazionale che ricoverava i malati mentali negli ospedali civili. Fu una legge "speciale" psichiatrica che creò uno "stigma" per i malati e per chi si occupava di loro.

Franco Basaglia (1924-1980) riformatore della psichiatria italiana, sposato con Franca Ongaro (1928-2005, esponente del Movimento Sinistra Indipendente e Senatrice dal 1983 al 1992). Divenne direttore dei servizi psichiatrici dell'Ospedale di Colorno (Parma) nel 1969 adottando terapie anti-istituzionali come l'ergoterapia, inaugurando delle comunità terapeutiche all'interno dell'ospedale e cercando di migliorare il rapporti umani con dei pazienti psichiatrici.

Nel 1971 divenne Direttore del Manicomio di Trieste e nel 1973 fondò il movimento di Democrazia Psichiatrica favorendo in Italia la diffusione dell'antipsichiatria che avvicinò questa scienza alla sociologia e alla psicologia invece che alla neurologia. Era contrario alle violenze istituzionali, coercitive e autoritarie utilizzate nei manicomi che per motivi classisti, segregavano i malati psichiatrici dal resto della società. La sua rivoluzione psichiatrica iniziò a Gorizia dove il manicomio fu profondamente trasformato tramite l'eliminazione di qualsiasi tipo di cura o contenimento e l'apertura dei cancelli, per dar luogo alla "comunità terapeutica". Scrisse: "La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d' essere".

Gli Psichiatri Democratici, la maggioranza dei quali socialisti, erano attirati dalle teorie dello psichiatra scozzese Ronald Laing, dall'inglese Aaron Esterson e dal sud-africano David Cooper di Città del Capo, mettendo in secondo piano le tragedie vissute dalle famiglie degli schizofrenici. Pensavano che le malattie mentali fossero la conseguenza di disuguaglianze sociali e rifiutarono di dialogare o di scendere a compromessi con coloro che la pensavano diversamente. La loro era un'ideologia utopistica. Negli anni '60 e '70 i mass media pubblicarono molte loro inchieste e denunce contro gli

ospedali psichiatrici per cercare di influenzare l'opinione pubblica. Credevano che un ricovero coatto fosse spersonalizzante, anti-terapeutico e patologizzante, erano contrari alla creazione degli S.P.D.C. (Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura) e all'utilizzo dei T.S.O.

Il contesto storico in cui ciò avvenne, ovvero gli anni che vanno dal 1968 al 1978, furono caratterizzati da una straordinaria concentrazione di riforme perché l'intera società italiana fu attraversata da grandi cambiamenti istituzionali, sociali, economici e culturali. Vennero per esempio approvati lo statuto dei lavoratori (n. 300, 20 maggio 1970), la legge sul divorzio (n. 898, 1 dicembre 1970), la riforma del sistema carcerario (n. 354, 26 luglio 1975), la legalizzazione dell'aborto (n. 194, 22 maggio 1978) e molte altre. Il dibattito tra le forze più conservatrici e quelle progressiste fu molto acceso e non a caso gli anni '70 furono segnati anche da stragi e attentati compiuti dai gruppi extraparlamentari. Quando la Legge fu presentata il Presidente del Consiglio era Giulio Andreotti, il Ministro della Sanità era Tina Anselmi ed il suo Sottosegretario era il medico psichiatra Bruno Orsini, Deputato della Democrazia Cristiana che presentò la Legge 180 al Parlamento.

L'ideatore della legislazione è stato lo psichiatra Franco Basaglia che si ispirò allo psichiatra ungherese Thomas Szasz (1920-2012). Egli voleva riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, proponendo un superamento della logica manicomiale. Essa fu la prima e l'unica legge che impose la chiusura dei manicomi e che regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Prima della riforma, i manicomi erano spesso significativamente connotati anche come luoghi di contenimento sociale dove l'intervento terapeutico e riabilitativo non considerava sufficientemente i contributi della psichiatria sociale, le possibilità di interventi territoriali, le potenzialità delle strutture intermedie e la psicoterapia nei servizi pubblici.

Questa legge, istituendo i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e i Centri di Salute Mentale, lasciò la gestione della cronicità della malattia mentale alle famiglie che, specie per i casi inguaribili, non riuscivano ad accudire adeguatamente i loro congiunti. Certamente la reintegrazione dell'ammalato nel territorio e l'autonomia occupazionale-lavorativa sono gli aspetti più delicati e difficili per ottenere una potenziale guarigione.

Il Dott. Franco Basaglia, nonostante conoscesse bene l'ambiente padovano, per essersi laureato nel 1949 e specializzato a Padova nel 1953, non riconobbe mai che l'ex Ospedale Psichiatrico di Padova sotto la direzione del Prof. Ferdinando Barison, sulla scorta del suo orientamento teorico

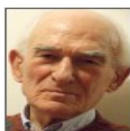
fenomenologico, aveva creato un rinnovamento socioterapico e comunitario della vita ospedaliera. Il Dott. Basaglia sapeva che a Padova si era anticipata la psichiatria territoriale perché si inviavano già dal secondo dopoguerra, a domicilio del paziente dei medici, degli assistenti sociali e degli psicologi, per cercare di creare un rapporto di fiducia e di collaborazione sia con i familiari che con gli stessi pazienti. Gli operatori comunicando con i malati ebbero degli effetti positivi perché questi si curavano e si vestivano meglio, gestendosi con maggiore autonomia. Si cercò di umanizzare la vita all'interno dell'ospedale psichiatrico sapendo che a Padova le camice di forza erano già state eliminate nel 1907 e che i malati non erano considerati dei numeri ma persone chiamate con il proprio nome. Le "innovazioni" basagliane come l'apertura dei reparti, le dimissioni dei pazienti che si ritenevano guariti, le riunioni di gruppo con gli ammalati, la gestione della propria libertà, i servizi psico-sociali e gli incontri con i parenti erano le stesse che il Prof. Barison aveva introdotto molto tempo prima. Infatti dal 1947 al 1978, con lo scopo di avviare un reinserimento nella società, con il permesso dei medici e con l'accordo dei familiari, i pazienti potevano ritornarsene nelle proprie abitazioni per brevi o per lunghi periodi. La Legge 180 diede la possibilità ai malati di mente di essere ricoverati volontariamente e ciò a Padova si era già realizzato.

Il Dott. Basaglia credeva che la malattia psichiatrica fosse dovuta alle diseguaglianze sociali perché una società consumistica, convulsa ed alienante favorisce l'insorgenza di problemi psichici in persone che non reggono il ritmo e lo stress lavorativo legato alla vita moderna. Questa concezione radicale non si discosta di molto da quella sostenuta da Barison in quanto nel 1955 inaugurò nel nosocomio il Servizio Sociale, nel 1960 iniziò l'attività nei dispensari periferici e nel 1965, per la prima volta in Italia, introdusse una esperienza psichiatrica di settore nei distretti di "Guizza-Albignasego" che portò ad una diminuzione dei ricoveri volontari e alla quasi eliminazione di quelli coatti. Invece di favorire l'inserimento nella propria famiglia d'origine, Basaglia auspicava il loro accesso nelle comunità terapeutiche. Diceva Basaglia: "Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l'ordinanza in ospedale psichiatrico. Ciò che caratterizzerà il ricovero del primo, non sarà soltanto il fatto di non venire automaticamente etichettato come un malato mentale 'pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo', ma il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà".

Il trattamento della malattia mentale non può risolversi esclusivamente con interventi di tipo sociale perché molte sono le cause (multifattorialità) che la favoriscono tra le quali troviamo quelle biologiche, chimiche, psichiche, genetiche e ambientali con un ruolo senz'altro ridotto o assente della famiglia.

Basaglia era contrario all'elettroshock o terapia elettroconvulsivante (TEC) anche se come prescrive la circolare del Ministero della Salute del 15 febbraio 1999, il suo utilizzo viene considerato idoneo per "episodi depressivi gravi con sintomi psicotici e rallentamento psicomotorio" (in Italia esistono 91 strutture pubbliche che legalmente l'utilizzano quando gli psicofarmaci si dimostrano inefficaci). L'A.P.A. (American Psychiatric Association) negli Stati Uniti e il Royal College of Psychiatrists in Gran Bretagna sostengono l'efficacia e la sicurezza della terapia elettroconvulsivante. Attualmente in Italia è utilizzato nelle strutture sanitarie di Verona, Brescia, Roma, Bologna, Cagliari e Pisa dove un difensore della TEC é il Prof. Giovan Battista Cassano, già Direttore del Dipartimento di Psichiatria all'Università di Pisa.

Sia Basaglia che Barison sostenevano che il medico non doveva solo saper osservare la malattia, soffermandosi sui suoi sintomi e cercando di darne una spiegazione, ma doveva anche saper ascoltare e dialogare con il paziente per stabilire una relazione di fiducia e di empatia. Lo psichiatra avvicinandosi al paziente dovrebbe prendere in carico tutta la persona, il suo corpo e la sua mente, tutto il suo essere.

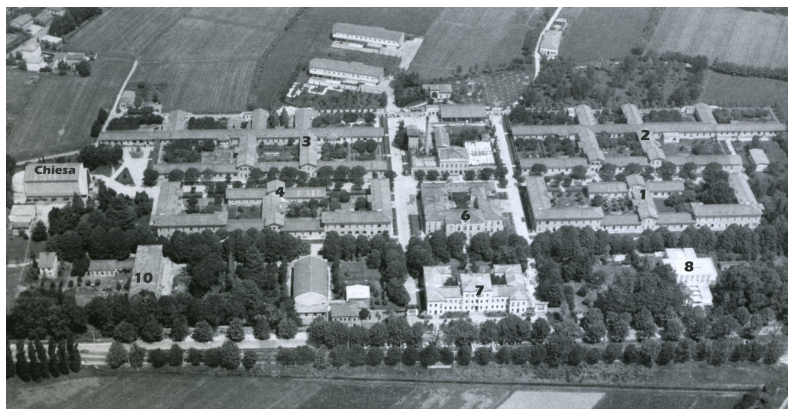


Luigi Massignan nato a Montecchio Maggiore (Vicenza) il 2 ottobre 1919, nel 1959 divenne direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Udine e dal 1971 al 1989 fu a capo di quello di Padova. Prima della Legge Basaglia, negli anni '70, i suoi Primari ed Assistenti venivano inviati settimanalmente in ogni ospedale civile della Provincia di Padova (Cittadella, Camposampiero, Piove di Sacco, Conselve, Monselice, Este, Montagnana e Abano) per effettuare dei servizi territoriali psichiatrici (Centri di Salute Mentale). Questa pratica venne attivata anche a Varese, considerandole così delle "città pilota".

Come fece il suo maestro Barison, anche Massignan anticipò la Legge 180 che istituì i C.S.M. A partire dal 1978, furono bloccati i nuovi ricoveri ospedalieri ma chi era già inserito poteva rimanerci. E' stato delegato dalla Regione Veneto alla Sovrintendenza per la realizzazione della Legge Basaglia e fece parte del Consiglio Direttivo della AMOPI (Associazione Medici Ospedalieri Psichiatrici Italiani).

In base alla Legge n.39 del 30 marzo 1993 che prevedeva la definitiva dismissione degli Ospedali Psichiatrici e l'inserimento dei malati in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), nel 1998 è stata attuata la riconversione delle due unità operative di lungodegenti dell'Ospedale Psichiatrico di Padova in 4 C.T.R.P. (Comunità Terapeutiche Residenziali Protette) con 20 posti ciascuna, in una R.S.A. di base con 70 posti letto, un Centro Diurno Psichiatrico per disabili psichici gravissimi ed una R.S.A. di cura e recupero ad indirizzo riabilitativo mentale con 30 posti letto. Queste strutture rappresentano una nuova forma di residenzialità extraospedaliera per soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture poliambulatoriali.

Nel 2000 l'Ospedale Psichiatrico venne chiamato Ospedale dei Colli e nel 2003 fu ribattezzato Complesso Socio Sanitario dei Colli nel quale fu creato il Dipartimento Socio-Sanitario dei Colli. Dove sorgeva una cittadella sanitaria dedicata esclusivamente agli infermi mentali, adesso ci sono varie unità. Gli 11 Padiglioni del Complesso Socio-Sanitario del Colli di Padova ospitano servizi pluri-specialistici ma nel Padiglione 1 ci sono delle unità psichiatriche: R.S.A., Servizio di Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.), Servizio Terapia Occupazionale Neuromotilesi (S.T.O.N.), Servizio Semiresidenziale di Terapia Occupazionale (S.S.T.O.), Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ed una Unità Operativa Semplice (U.O.S.), Centro Diurno per la Gestione di Pazienti con Gravi Turbe Neuropsichiche "Giovani psicotici gravi" (C.D.R.G.P.G.) e un'altra R.S.A. di Riabilitazione Mentale è attiva nel Padiglione 2 mentre il Centro di Salute Mentale (CSM) del II Servizio Psichiatrico è ubicato nel Padiglione 7.



Moderno Complesso Socio-Sanitario dei Colli di Padova sostituì il vecchio Manicomio e furono creati 11 Padiglioni, 8 dei quali sono riportati nella cartina (1,2,3,4,6,7,8 e10), ma la numerazione e le loro funzioni non corrispondono a quelle di una volta.

Un esempio di come sarebbe potuto essere l'ex Ospedale Psichiatrico lo si trova nella gestione dei 16 pazienti psichici cronici con "Gravi Turbe Neuropsichiche" (C.D.R.G.P.G.) rimasti ricoverati nel Padiglione 1 della stessa struttura dell'Unità Operativa Semplice. Questa unità ospita adulti affetti da autismo e da altre patologie gravemente invalidanti. Vicino a tale unità, sempre nello stesso Presidio, è attivo il Centro Medico Psico-Pedagogico che accoglie 9 soggetti affetti da autismo grave nella fascia d'età dai 3 ai 18 anni. L'attività del centro che iniziò più di 15 anni fa, fu formalmente approvata dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 68 CR del 18 giugno 2013. E' un centro di riferimento per tutta la Provincia di Padova e potrebbe avere rilevanza regionale per le disabilità gravi e gravissime, comprese le pluripatologie non gestibili presso altre strutture territoriali, per i pazienti affetti da encefalopatia epilettogena, oligofrenia con psicosi d'innesto associata a cardiopatia dilatativa, oligofrenia con psicosi d'innesto, cecità e morbo di Wilson con associato deficit immunitario, pseudoadenoma ipofisario secondario ad uso prolungato di neurolettici, oligofrenia congenita associata ad anemia sideropenica grave e deficit multi organo. Il Centro Diurno ospita 10 utenti. Quindi, nel vecchio manicomio vengono ancora assistiti un totale di 35 pazienti (16+9+10).

Il prossimo futuro per la struttura dell'ex l'Ospedale Psichiatrico di Padova che era un fiore all'occhiello della psichiatria italiana, è quello per diventare la "Casa ai Colli". Sette padiglioni (padiglioni 3, 4, 6, 8, 9, 10 e 16), verranno modernizzati per creare un centro attivo per la prevenzione e la riabilitazione, per effettuare degli esami diagnostici e dei piccoli interventi chirurgici, per creare una struttura intermedia per lungodegenze, un "hospice" pediatrico e un ufficio per le certificazioni di inabilità o di invalidità specialmente riguardante la terza età. Il Padiglione 3 ospiterà tutti i poliambulatori dell'attuale Distretto n.1 di via degli Scrovegni di Padova. Purtroppo, in questa struttura non ci sarà più posto per gli infermi di mente i quali furono privati di un bene che apparteneva a loro e un po' alla volta, per motivi speculativi, economici, sociali e politici, furono dispersi in molteplici luoghi della città. Invece di chiuderli o destinarli ad altri scopi, i vecchi manicomi potevano essere ristrutturati, modernizzati e resi più umani. Applicando le nuove terapie psichiatriche, si poteva maggiormente aiutare i pazienti, proteggendoli e curandoli con psicofarmaci, psicoterapia e

riabilitazione sociale. Tutti i servizi necessari ai malati di mente erano ubicati nella stessa struttura, mentre oggi per cercare di offrire gli stessi servizi, sono state creati i SPDC, i CSM, i CTRP, i CMPP e le RSA, tutti dislocati lontani gli uni dagli altri (frammentazione), creando così un disagio ad utenti spesso non in grado di guidare una propria auto per psicosi scompensata per gli effetti collaterali degli psicofarmaci.

A tutt'oggi non esiste nessuna struttura idonea come l'Ospedale Psichiatrico per ospitare i cronici per 20-30 anni e le strutture intermedie sono spesso carenti. E' risaputo che i depressi gravi e gli schizofrenici vengono ricoverati 4-5 volte all'anno, dimettendoli per poi riammettendoli nei SPDC, producendo la cosiddetta sindrome della "porta girevole" ("revolving door syndrome"). Si dimettono cercando di reinserirli nell'ambito familiare ma spesso creano dei seri disagi per gli altri membri del nucleo familiare e per i pazienti stessi perché a volte, durante i vari ricoveri, non vengono seguiti dallo stesso psichiatra e conseguentemente, l'approccio terapeutico perde di continuità. L'aver salvaguardato queste vecchie strutture storiche avrebbe significato la similitudine con ciò che avviene negli Stati Uniti dove gli ospedali psichiatrici non sono stati chiusi ma ampliati ed aggiornati. Molti Kirkbride Hospitals furono progettati secondo le indicazioni dello psichiatra Thomas Story Kirkbride (1809-1883) che prevedeva la costruzione di strutture con un particolare stile architettonico vittoriano, circondate da prati dove i malati potevano rilassarsi e tenersi in forma, e lavorare in aziende agricole proprio come avveniva nell'ex "manicomio" di Padova.

Vi furono anche delle iniziative per "correggere" la Legge Basaglia come la proposta di legge presentata al Senato nel maggio 2008 dal Sen. Valerio Carrara che stabilirono di aumentare la durata del T.S.O. da 7 a 30 giorni e il Disegno di Legge n. 1423 proposto dai Senatori Fabio Rizzi e Rossana Boldi che stabilirono la non obbligatorietà della famiglia di prendersi cura di un loro parente psicopatico se non si ritengono in grado di farlo e in questo caso "lo Stato dovrà provvedere integralmente all'attuazione del trattamento prescritto mediante l'utilizzo di strutture idonee. In nessun caso è lecito richiedere ai familiari del malato mentale una collaborazione coatta al trattamento". La legge 180 del 1978 affronta in modo superficiale e contraddittorio il delicato e serissimo problema dei T.S.O. nei malati psichici. Demagogicamente con questa normativa si finge di credere che il malato psichico grave è altrettanto libero e responsabile quanto una persona sana, per riscoprire improvvisamente che non lo è soltanto dopo che ha commesso un reato, minacciato il suicidio o un omicidio o ha esplosa la sua violenza contro qualcuno.

Sembra evidente che in questo campo, le contraddizioni in Italia sono tante e non si capisce perché siano stati chiusi gli Ospedali Psichiatrici mentre rimangono aperti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) di Aversa (CE), di Napoli, di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), di Montelupo Fiorentino (FI), di Reggio Emilia e di Castiglione delle Stiviere (MN) dove sono ricoverati circa 1000 pazienti-detenuti. Per la loro chiusura si dovrà aspettare almeno fino al 1° aprile 2015 quando le Regioni realizzeranno le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Sanitarie (REMS).

E' giusto dimettere un malato psichico pericoloso per se stesso o per gli altri, e che ha una condotta anti-sociale? Bisogna essere tolleranti e sopportare i loro abusi, le loro violenze e le ingiustizie? Sono stati chiusi i nosocomi e quest'anno si chiuderanno anche gli OPG perché si pensa che siano strutture antiquate e superate dove gli ospiti vivono in pessime condizioni igieniche e tutto questo sia "contrario alla dignità umana e alla Costituzione".

Bisognerebbe ammettere che alla nostra società faceva comodo emarginare i soggetti difficili come i malati mentali, gli alcolizzati e i tossicodipendenti, ma non si dovrebbe dimenticare che solo l'integrazione può dare dei risultati duraturi soddisfacenti. Occorrerebbe comprendere maggiormente le problematiche dei malati psichiatrici senza farsi influenzare negativamente dai comuni "tabu" che li considerano dei soggetti pericolosi ed inguaribili. Per Basaglia, istituzionalizzare questi soggetti significava alienarli. Liberandoci di loro, inconsciamente si cerca di liberarci dei "mostri" che abitano dentro di noi e di esorcizzare le nostre paure. Si usa violenza utilizzando le catene e le camicie di forza ma anche somministrando dei neurolettici potenti ad alto dosaggio che depersonalizzano e tolgono l'iniziativa agli ammalati. Alcuni farmaci di oggi sono le catene di ieri. Il vero problema è che si parla troppo di "spending review", di tagli e della crisi economica e si stanno smantellando le vecchie garanzie del "welfare state". La Legge 180 fu pesantemente influenzata da un'ideologia "antipsichiatrica" che negava l'esistenza della cronicità psichiatrica e la necessità di prevedere strutture anche per trattamenti di lunga durata.

Vari furono i motivi che ponevano dei limiti applicativi alla Legge 180. Per limitare i sempre maggiori costi economici da parte della sanità pubblica non furono istituite le strutture intermedie territoriali e molti pazienti furono abbandonati a se stessi o rimandati alle famiglie le quali si ribellarono formando delle associazioni come ARAP (Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica) e UNASAM (Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale) per denunciare i loro crescenti disagi. La Legge Basaglia

fu contestata e furono presentati molti disegni di legge per cercare di abrogarla o modificarla. L'inserimento dei SPDC negli Ospedali Civili furono contestati sia dalla politica conservatrice che rifiutava che i "matti" fossero ricoverati vicini ai "sani", sia dalla Sinistra che li consideravano dei piccoli manicomi.

Dopo 37 anni dalla sua attuazione, con i problemi legati all'immigrazione di massa, la crisi degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, l'identificazione di nuove psicopatologie organiche come la malattia di Alzheimer ed il dilagarsi delle psicosi da tossicodipendenza, la Legge 180 dovrà essere modificata per estendere il T.S.O. ad oltre i sette giorni ma mai a tempo indeterminato. La creazione della figura degli Amministratori di Sostegno nominati dai Giudici Tutelari con la Legge n.6 del 9 gennaio 2004 ha lo scopo di proteggere ed assistere le persone con menomazioni fisiche o psichiche. Questi amministratori devono periodicamente riferire al Giudice Tutelare l'andamento dei loro protetti dando delle indicazioni precise. Bisognerebbe eliminare la mentalità diffusa che considera che in tutti i crimini vi sia una matrice di malattia mentale perché esistono molti malati di mente che non sono affatto pericolosi ed individui sani di mente che invece sono pericolosissimi, dunque l'associazione tra pericolosità e psicopatologia non è sempre valida.

La Legge Basaglia che avrebbe dovuto cancellare per sempre i manicomi, si deve confrontare con la comunità dei malati di mente inserita in una società impreparata ad accoglierli sia culturalmente che strutturalmente. Questa normativa che avrebbe dovuto eliminare l'idea di "pericolosità per sé e per gli altri", sta progressivamente riportando il concetto di manicomio nelle strutture territoriali, al punto che è entrato in uso un nuovo termine "terricomio". Le paure o i "tabù" dell'uomo della strada nei confronti dei malati o "matti" si sono addirittura moltiplicate, e queste persone vengono considerate sempre più pericolose. Tutti i gesti estremi che evidenziano situazioni di profondo disagio psichico, le cosiddette "tragedie della follia", vengono addirittura pubblicizzate ed enfatizzate dai vari mass media. Al manicomio, istituzione ingombrante, complessa, problematica che creava profondi sensi di colpa all'interno delle famiglie dei ricoverati, si è sostituita oggi la psicofarmacologia che circoscrive la follia non entro quattro mura ma all'interno dello stesso paziente, nel chiuso della sua mente. Accade così che i pazienti psichiatrici siano paradossalmente più soli di prima, e sono ancora più sole e disperate le loro famiglie che hanno in casa un tale malato. Fatta eccezione per alcuni casi gravissimi, non esistendo più i ricoveri a lungo termine o a vita, queste famiglie si sentono abbandonate dai servizi sanitari. Invece, ci sono strutture psichiatriche private che si occupano della

riabilitazione nei casi di patologie da dipendenza, da disturbi dell'alimentazione e da depressione grave con rischio suicidario.

BIBLIOGRAFIA

- Baccaro L., Santi V. (2007). *Dai non luoghi all'esserci-con.*, Albignasego (PD): La Galiverna Editore.
- Carbone F. (2007). *Manicomi e carceri: due istituzioni totalizzanti con molte dinamiche in comune*, Padova: Ristretti Orizzonti.
- Crisp A.H.(1966). *A short Clinical Diagnostic Self-Rating Scale for Psychonevrotic Patients, The Middlesex Hospital Questionnaire*. Brit. J. Psych., 112.
- Fornari U. (1989). *Psicopatologia e Psichiatria Forense*, Torino: UTET.
- Marino I. (2011). *Basta manicomi, sono dei lager*", L'Espresso, Roma, 16 marzo.
- Valeri G.A.N. (1994). *L'ex Ospedale Psichiatrico di Brusegana a Padova, storia e descrizione del Complesso*", www.academia.edu, Padova.
- Valgimigli C. (2007). *Legge Basaglia: dopo trent'anni il caos*. Gazzetta di Modena, 30 dicembre 2007.