



L'AMBIENTE MANICOMIALE

L'AMBIENTE MANICOMIALE

Negli anni '70 e '80 le istituzioni psichiatriche hanno affrontato crescenti critiche riguardo le condizioni disumane e alla perdita di dignità dei pazienti.

Soffermiamoci in particolare sui rituali di ammissione a quelli che all'epoca erano considerati "centri di ricovero"



Come avveniva il ricovero?

PROCEDURA ORDINARIA

La riforma doveva essere avviata attraverso una richiesta, aperta a chiunque, presentata "nell'interesse degli infermi e della società".

Spettava al pretore concedere l'autorizzazione provvisoria a queste richieste.

PROCEDURA D'URGENZA

In particolari condizioni d'urgenza, invece, il ricovero poteva essere ordinato direttamente dall'autorità locale di pubblica sicurezza, anche senza l'autorizzazione del pretore. In casi del genere, il presunto alienato finiva di fatto per essere trasportato all'ospedale nel cellulare della polizia, o al limite in ambulanza, e il solo documento richiesto era il certificato medico.

Legge del 14 febbraio 1904, n. 36

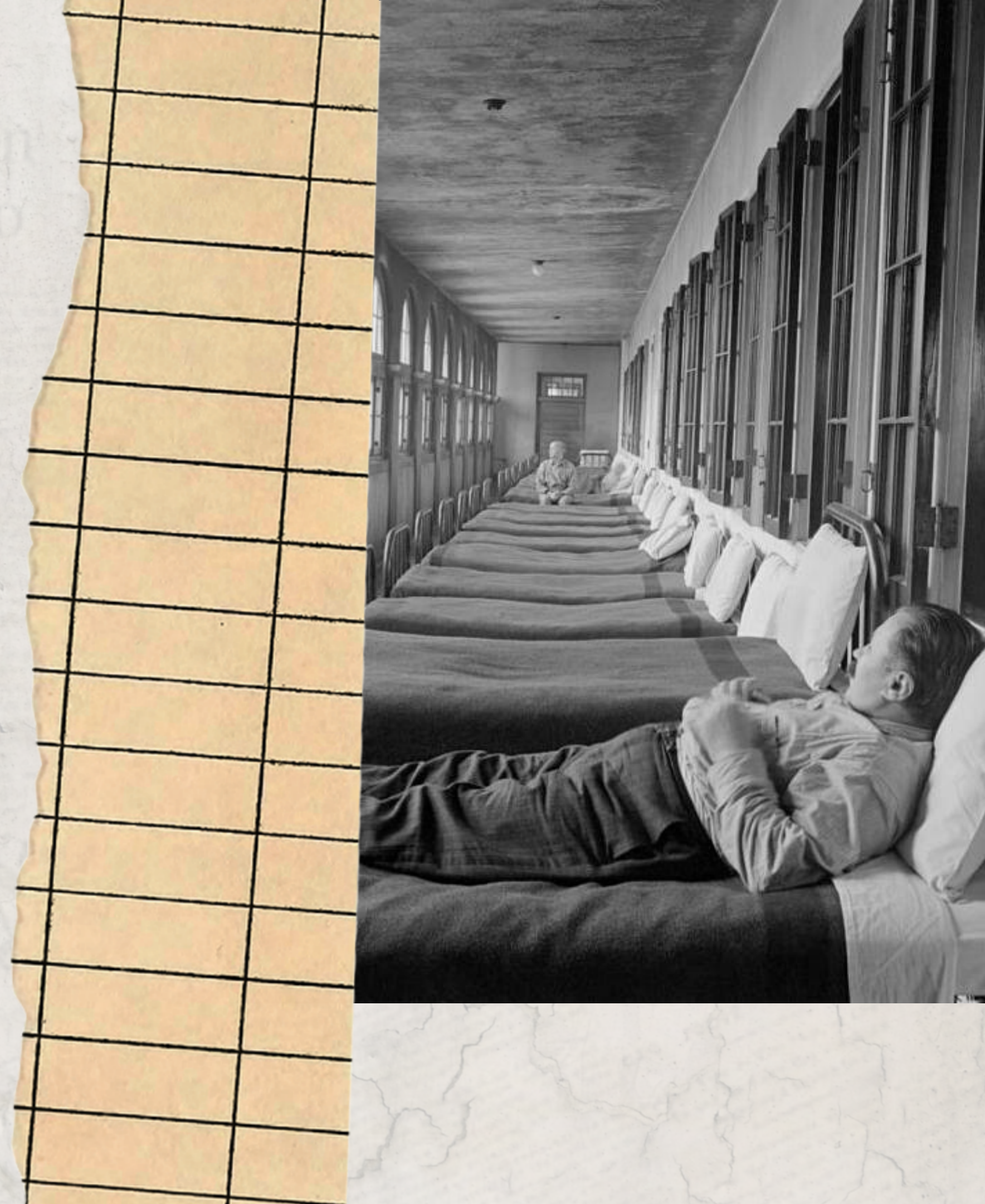
“sui manicomi e sugli alienati”, art. 2, comma 2.

In base alle disposizioni del successivo regolamento, approvato con il Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615, «il certificato doveva essere rilasciato da un medico esercente non vincolato da legami di parentela, entro il quarto grado civile, col malato o col direttore o proprietario del manicomio, né appartenente al manicomio stesso» (art. 38) e doveva attestare:

- «a) l'indole della infermità mentale, indicando i sintomi, l'origine, il decorso di essa;
- b) i fatti specifici enunciati in modo chiaro e particolareggiato, dai quali si deducesse la violenza contro sé stesso o contro gli altri od a riuscire di pubblico scandalo;
- c) la necessità di ricoverare il malato in manicomio nell'immediato se necessario,
- d) la possibilità di trasportare l'alienato in manicomio per le condizioni fisiche in cui si trovava senza grave nocumento della sua salute» (art. 39).

Il momento del colloquio

Al suo arrivo, il paziente veniva condotto nella sala di ammissione, dove il medico lo attendeva per un colloquio che assumeva la forma di un vero e proprio "interrogatorio". Le risposte e le reazioni del paziente venivano annotate sulla cartella clinica e interpretate come sintomi della malattia, mentre i racconti dei familiari venivano registrati per ottenere una prima classificazione nosografica del paziente, anche considerando il certificato medico esterno.



Spoliazione

Il cerimoniale proseguiva poi con la requisizione degli oggetti personali e degli abiti del neo-entrato da parte degli ispettori, aiutati nell'operazione dalla suora capo reparto o dal capo infermieri



A quel punto, terminata anche la “vestizione”, il passaggio dalla pre-degenza alla degenza poteva considerarsi concluso a tutti gli effetti. Cominciava allora la fase dell'osservazione, che non poteva però protrarsi oltre i trenta giorni.

Spoliazione

“Regolamento Organico degli Ospedali Psichiatrici di Torino”

“Regolamento Organico degli Ospedali Psichiatrici di Torino”, deliberato dal Consiglio di Amministrazione il 26 febbraio 1951 e omologato dal Ministero dell'Interno in data 14 maggio 1951, come da nota n. 26081/39, art. 193: «agli ispettori sono affidate le seguenti mansioni : provvedono al ritiro degli abiti e degli oggetti personali dei nuovi entrati, curandone con le dovute precauzioni igieniche la consegna al magazzino e alla disinfezione; custodiscono gli oggetti di minor valore e consegnano gli altri, dopo la registrazione, all'ufficio all'uopo designato dall'Amministrazione».



Cosa si pensava del processo di spoliazione?

Goffman ha descritto gli effetti psicologici di tali “spoliazioni”: «l’insieme delle proprietà personali ha un particolare rapporto con il sé.

L’individuo ritiene, di solito, di esercitare un controllo sul modo in cui appare agli occhi degli altri. Per questo ha bisogno di cosmetici, vestiti, e di strumenti per adattarli, aggiustarli e renderli più belli ; in breve, l’uomo ha bisogno di un corredo per la propria identità per mezzo del quale poter manipolare la propria facciata personale Ma, al momento dell’ammissione nelle istituzioni totali, l’individuo viene privato del suo aspetto abituale e del corredo e degli strumenti con cui conservarlo, soffrendo così di una mutilazione personale»

PREDEGENZA

Dopo la “vestizione”, era terminato il processo dalla pre-degenza alla degenza. Nei 30 giorni il medico doveva stabilire se il degente fosse passibile di ricovero definitivo. Capitava che la via definitiva venisse raggiunta anche in casi in cui il paziente non avesse un luogo dove andare o perché non voluto da famiglia e parenti. Dopodiché il degente veniva assegnato attraverso criteri misti al reparto che corrispondeva alle sue caratteristiche. I reparti erano simili con porte chiuse a chiave, finestre sbarrate, orari di visita rigidi. La vita di reparto era sottoposta ad una rigida disciplina; ai malati che collaboravano, ai lavoratori e ai “tranquilli” veniva concesso di circolare liberamente, mentre a tutti gli altri venivano imposte restrizioni in base al loro grado di pericolosità. Il regime più duro era quello in vigore nei reparti “furiosi” dove venivano trasferiti i malati ritenuti più violenti e quelli che si erano resi responsabili di gravi infrazioni al regolamento o che minacciavano con il loro comportamento l'ordine.



PREDEGENZA

La legge Giolittiana del 1904 stabiliva che i manicomi dovessero accogliere tutte le persone affette da alienazione mentale solo se considerate pericolose o se le famiglie non erano in grado di fornire assistenza. Dal punto di vista delle teorie morali, il manicomio era visto come uno strumento di guarigione e come luogo privilegiato per l'osservazione clinica dei sintomi da parte dei medici. La legge rappresentava una dualità, con l'obiettivo di proteggere i malati di mente dai pericoli sociali, ma anche di facilitarne il recupero e il rientro nella società. Un esempio concreto dalla cartella clinica di una donna con schizofrenia paranoide mostra che, nonostante la possibilità di dimissione, il marito non desiderava prendersi cura di lei, portando il medico a decidere per il ricovero definitivo. Questo caso illustra la complessità delle decisioni, influenzate da fattori clinici e sociali.



IL REPARTO DI DESTINAZIONE

La gestione degli ospiti nei manicomi torinesi, fino al periodo di contestazione anti-manicomiale del 1968-1969, seguiva un protocollo standard. Dopo la fase di osservazione, gli ospiti considerati "competenti di ricovero" venivano assegnati al reparto ritenuto più adatto alle loro caratteristiche. L'assegnazione avveniva attraverso criteri "misti", considerando non solo parametri medici ma anche caratteristiche specifiche come epilessia, alcolismo, lavoro, pazienti cronici, lungodegenti, incontinenti tranquilli e bambini.

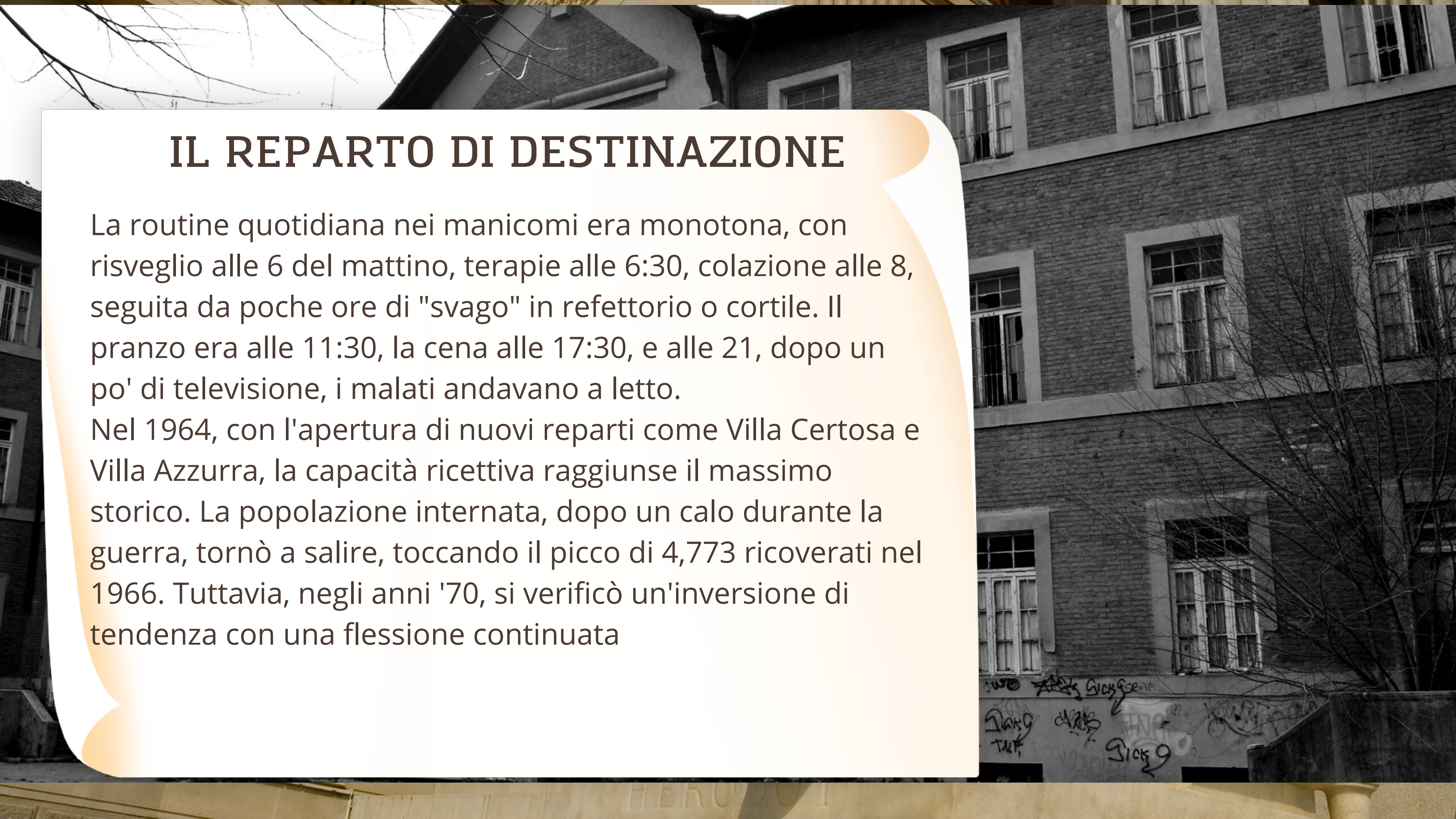
Le donne erano segregate in tre ospedali, tra cui la vecchia sede cittadina di Via Giulio, mentre gli uomini erano destinati a Collegno. Prima delle trasformazioni in comunità terapeutiche nel 1968-1969, i reparti non differivano significativamente tra loro. Solo Villa Verde, aperto nel 1961, era formalmente a regime aperto; negli altri, le porte erano spesso chiuse a chiave, con finestre protette e orari di visita limitati.



IL REPARTO DI DESTINAZIONE

La routine quotidiana nei manicomi era monotona, con risveglio alle 6 del mattino, terapie alle 6:30, colazione alle 8, seguita da poche ore di "svago" in refettorio o cortile. Il pranzo era alle 11:30, la cena alle 17:30, e alle 21, dopo un po' di televisione, i malati andavano a letto.

Nel 1964, con l'apertura di nuovi reparti come Villa Certosa e Villa Azzurra, la capacità ricettiva raggiunse il massimo storico. La popolazione internata, dopo un calo durante la guerra, tornò a salire, toccando il picco di 4,773 ricoverati nel 1966. Tuttavia, negli anni '70, si verificò un'inversione di tendenza con una flessione continuata



Reparti di destinazione

Nel 1964, con l'apertura di due nuovi reparti, Villa Certosa per uomini e Villa Azzurra per bambini, la capacità ricettiva totale dei manicomi torinesi raggiunse il suo massimo storico. Dopo una riduzione durante la guerra, la popolazione internata tornò a crescere, passando da 3.700 nel 1952 a 4.200 nel 1955 e raggiungendo il picco nel 1966 con 4.773 ricoverati. .



Grafico 1 :popolazione ricoverata negli OO.PP. torinesi tra il 1874 e il 1968

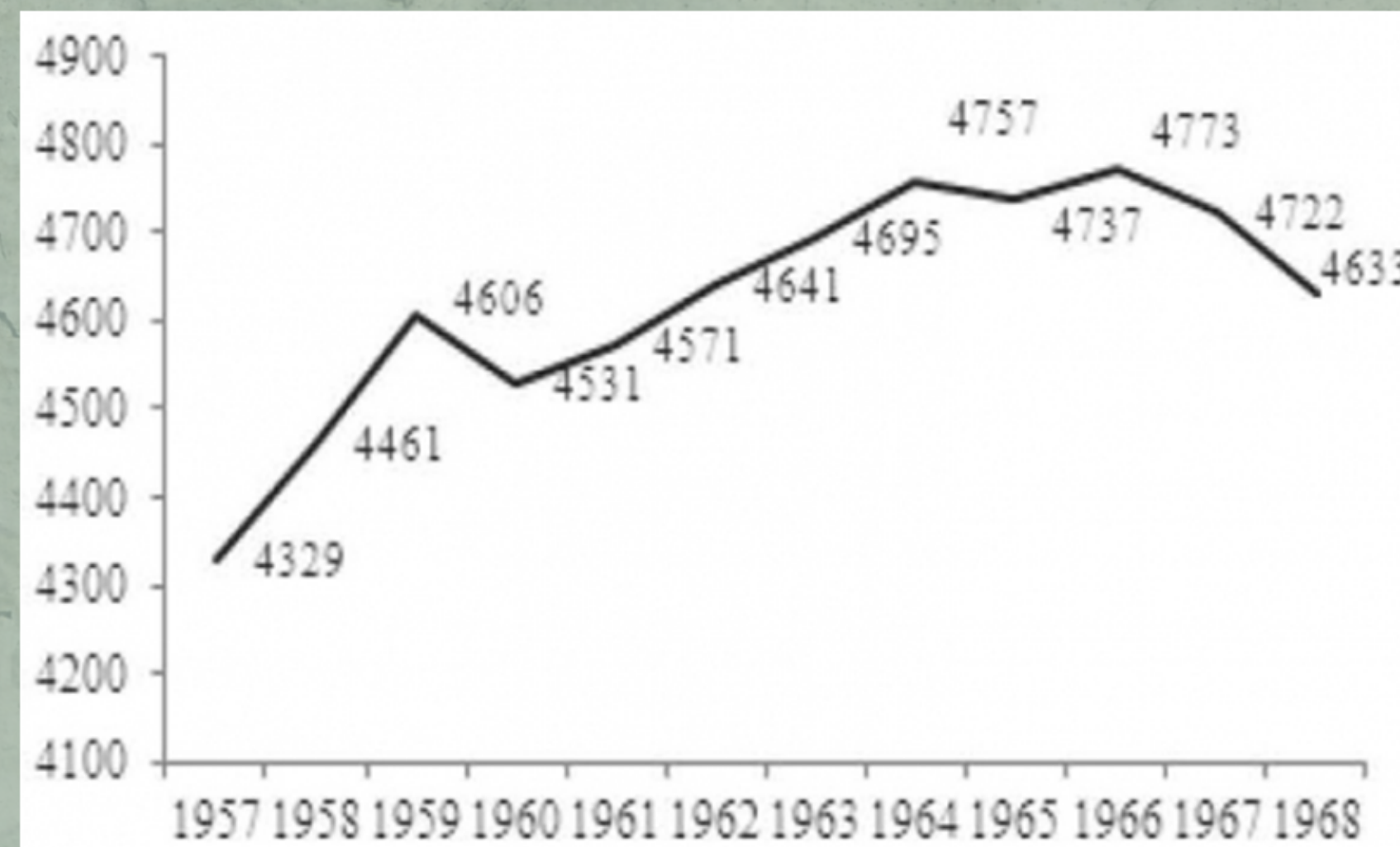


Grafico 2: popolazione ricoverata negli OO.PP. torinesi tra il 1957 e il 1968

SITOGRAFIA

Ultimo accesso: 01/02/2024 ore 16:00

<https://books.openedition.org/ledizioni/131>

Ultimo accesso: 01/02/2024 ore 16:30

<https://www.studocu.com/it/document/universita-degli-studi-di-torino/storia-della-pedagogia/riassunto-completo-del-libro-oltre-listituzione-davide-lasagno-per-storia-della-pedagogia/15427631>

Ultimo accesso: 01/02/2024 ore 16:30

<https://youtu.be/YQ0WvUCpsbk?si=Z3yBJ-sN2cS4HeHU>