

Liceo Scientifico OSA (opzione Scienze Applicate)

"4 passi nel parco"

Progetto In collaborazione con l'Azienda Ospedaliera

Classi 1SB e 1SD



Printed by I.I.S. "A.Maserati" – Via Mussini, 22 – Voghera (PV)

Hanno collaborato alla realizzazione:

- il Dirigente Scolastico Prof. Filippo Dezza
- i Proff. Emanuela Adaglio, Mario Benenti, Emanuela Cabella, Marialuisa Castoldi, Maria Teresa Grassi, PierAntonio Quaglini
- il personale ATA della sede Maserati

INTRODUZIONE

Nel 1863 Cesare Lombroso era a Pavia come docente universitario di Psichiatria e promosse la costruzione dell'Ospedale Psichiatrico di Pavia in Voghera costruito dal 1874 al 1876 dagli Architetti Monti e Savoldi. Pregevole esempio di architettura sanitaria dell'Ottocento si sviluppa per 12.000 metri quadrati con cortili interni ricchi di alberi e siepi all'italiana tra le quali fiorivano migliaia di tulipani.

L'Ospedale Psichiatrico iniziò la sua attività nel 1876 anno in cui i malati allora ricoverati a Pavia sono stati trasferiti nel nuovo nosocomio.

L'ospedale sorse, come la maggior parte degli ospedali psichiatrici, in una zona che ai tempi era fuori dall'abitato: i "matti" si tengono nascosti e lontani dai "sani", si ha paura e ci si vergogna di loro. Sono persone senza diritti, sulle quali si possono usare violenze e costrizioni fisiche, sperimentare terapie inaccettabili che violentano il fisico e la mente. Nessuno se ne preoccupa, ma soprattutto nessuno difende la loro dignità.

Il manicomio arrivò a ospitare un migliaio di degenti, oltre a 300 dipendenti.

La parte più interessante dell'ospedale è la "rotonda", un corridoio semicircolare ove si affacciano le piccole stanzette in cui venivano rinchiusi i pazienti violenti che provocavano lesioni ad altre persone. Le anguste celle avevano gli angoli delle pareti arrotondati, uno scarico in mezzo al pavimento in corrispondenza del letto di contenzione in ferro che era cementato al pavimento. Nel corridoio si nota una presa dell'acqua alla quale veniva attaccata una canna che serviva, oltre che per pulire, per bagnare i pazienti con acqua fredda.

Il manicomio ha chiuso definitivamente i battenti il 22 dicembre del 1998, quando al suo interno sono rimasti solo due pazienti che si erano sposati un anno prima e che non hanno trovato posto nelle vicine Crt (comunità residenziali terapeutiche). Sono rimasti lì con le chiavi dell'ospedale, potevano entrare e uscire e ricevevano comunque le cure necessarie.

Parte della grande edificio ospita ora il reparto di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, mentre il resto è purtroppo in stato di abbandono.

Lo scopo del nostro Progetto didattico è sperimentare un software di classificazione delle specie (Dryades), individuare piante monumentali, sperimentare un percorso botanico per valorizzare la struttura e infine conoscere la storia del Manicomio di Voghera e della Psichiatria.

Anche nei prossimi anni il Parco dell'ex Ospedale Psichiatrico potrebbe essere per noi una palestra didattica di Biodiversità.

http://www.dryades.eu/home1.html



Il progetto Dryades, iniziato alla fine degli anni '90, raggruppa tutte le iniziative ed i progetti coordinati dal Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università di Trieste nel campo della Biodiversity Informatics. Il sito web di Dryades permette l'accesso a guide interattive per l'identificazione di piante, funghi ed animali, ad archivi con centinaia di migliaia di immagini digitali e a diverse banche dati sulla biodiversità dell'Italia.



Come classificare le piante:

- Accedere alla sezione "strumenti per l'identificazione";
- Selezionare la versione più adatta alle proprie esigenze;



Strumenti per l'identificazione / Identification tools



Guide in rete On-line guides



Versioni per iPhone/iPad/iPod iPhone/iPad/iPod versions



Versioni stampabili Printable versions

Selezionare ciò che si vuole cercare;

Strumenti per l'identificazione / Identification tools



Elenco completo Complete list



Divisi per tipo di organismo Sorted by group of organisms



Divisi per lingua Sorted by language



Ricerca rapida Quick search



Ricerca avanzata Advanced search



Distribuzione geografica Geographic distribution

 In questo caso, selezioniamo le piante vascolari e proseguiamo scegliendo dall'elenco lo strumento di identificazione più adatto (nel nostro caso abbiamo usato quello realizzato per gli studenti di Botanica Sistematica dell'Università di Trieste)

Strumento di identificazione delle piante vascolari per gli studenti del Corso di Botanica

Sistematica all'Università di Trieste

A tool for the identification of vascular plants, to be used by students of the course of Systematic Botany, University of Trieste



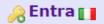


Strumento di identificazione delle piante vascolari per gli studenti del Corso di Botanica Sistematica all'Università di Trieste

Pier Luigi Nimis

Foto di Andrea Moro

Questa guida del tutto incompleta e provvisoria viene messa in rete come ausilio all'identificazione per gli studenti del Corso di Botanica Sistematica dell'Università di Trieste che intendono identificare piante raccolte in aree non coperte da altre chiavi del Progetto Dryades. La guida include quasi tutte le specie sinora presenti nel database morfo-anatomico del Progetto Dryades, per un totale di più di 7000 taxa infragenerici. La guida include anche più di 1000 specie legnose, comprese quelle esotiche più frequentemente coltivate nei parchi e giardini d'Europa. Si fa presente che diversi passaggi della guida sono ancora in fase di test, e che sicuramente la guida contiene diversi passaggi problematici. Segnalazioni di errori, suggerimenti per il miglioramento della chiave e nuove fotografie o disegni delle specie sono benvenuti (scrivere a nimis@units.it).



 Infine, si accede, si seleziona la voce "Chiave dicotomica" e si prosegue rispondendo alle domande che vengono poste man mano, fino ad arrivare alle informazioni desiderate.

Identificazione: criterio multiplo

Strumento di identificazione delle piante vascolari per gli studenti del Corso di Botanica Sistematica all'Università di Trieste

7588 record rimanenti.

Seleziona una delle seguenti opzioni.



Piante parassite attaccate a tronchi e rami di alberi o arbusti

Piante radicanti nel suolo

PRINCIPALI SPECIE PRESENTI:

Magnolia

Tasso

Tiglio

Bosso

llex

Abete bianco

Cedro

Gingko

Magnolia grandiflora L. Famiglia: MAGNOLIACEAE Nomi italiani: Magnolia grandiflora

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Buxus sempervirens L.

Famiglia: BUXACEAE Nomi italiani: Bosso comune, Bossolo

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Taxus baccata L. Famiglia: TAXACEAE Nomi italiani: Tasso

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Thuja occidentalis L.

Famiglia: CUPRESSACEAE Nomi italiani: Thuja occidentale, Tuia occidentale

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Abies alba Mill.

Famiglia: PINACEAE Nomi italiani: Abete bianco, Albero di Natale vero, Tanne

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Pinus nigra J.F. Arnold subsp. nigra

Famiglia: PINACEAE Nomi italiani: Pino nero

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Ginkgo biloba L. Famiglia: GINKGOACEAE Nomi italiani: Ginkgo, Ginko

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



Juniperus horizontalis Moench

Famiglia: CUPRESSACEAE Nomi italiani: Ginepro orizzontale, Ginepro strisciante

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



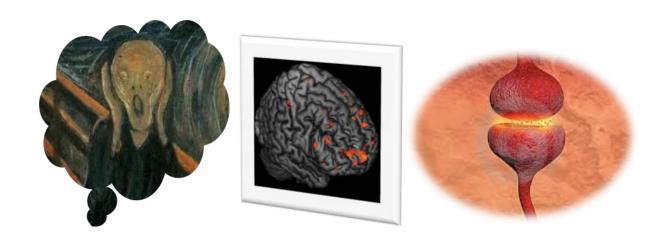
Tilia americana L.

Famiglia: MALVACEAE Nomi italiani: Tiglio americano, Tiglio americano

Clicca qui per visualizzare tutte le immagini di questa specie



LE MALATTIE MENTALI



Definizione:

La *malattia mentale* viene comunemente definita come uno <u>stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando molti altri problemi sul piano affettivo, socio-relazionale e <u>lavorativo</u>.</u>

I sintomi coinvolgono:

- **▶** emozioni
- ► funzioni cognitive superiori
- capacità di controllare comportamenti complessi

Nei tempi remoti è stata data una spiegazione **magica**, strettamente legata alla cultura delle superstizioni che collega il disturbo mentale a contatti con soggetti o animali o a congiunzioni astrali.

Coesisteva una spiegazione **religiosa** per la quale colui che manifesta disturbi psichici è un indemoniato posseduto da spiriti maligni.

Già i primi filosofi ellenici si dedicarono a quella che essi chiamavano "scienza dell'anima", attribuendo al disturbo mentale un'origine divina.

Ippocrate può essere considerato il padre della medicina, Egli considerava i problemi fisici e psichiatrici il frutto dello squilibrio dei 4 umori di base: <u>sangue</u> (cuore), <u>bile gialla</u> (fegato), <u>bile nera</u> (milza), <u>flemma</u> (testa), confinando quindi la malattia mentale al corpo. Con lui iniziarono le cure mirate al corpo quali salassi, diete, docce fredde e purganti.

Nel Medioevo la spiegazione religiosa prevalse, e la follia venne vista come possessione demoniaca, e rappresentava un chiaro segno della maledizione e del peccato dell'individuo. Il folle andava quindi punito o purificato, con riti che richiedevano sempre più spesso il ricorso a pratiche di tortura e al rogo

All'idea di **follia** cominciò ad associarsi quella di pericolosità, che permetteva di trovare un capro espiatorio per le numerose calamità (carestie, epidemie) che da sempre colpiscono le popolazioni. Cominciava a prendere piede l'intolleranza verso il soggetto affetto da disturbi mentali.

Considerando quindi la **follia** come un fenomeno innaturale si iniziò a collocarla, segregarla in luoghi appositi, e a rinchiuderla sistematicamente. L'internamento rappresentò così un fenomeno del tutto nuovo nel trattamento della malattia mentale che apparve verso il XVII sec., e che purtroppo durerà sino a tutto il '900.

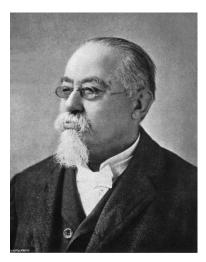
L'atto del 1794 di **Philippe Pinel** di liberare i reclusi al Bicêtre da "ceppi e catene" rappresenta simbolicamente l'inizio della nuova scienza psichiatrica, la scienza della liberazione dell'uomo, ma in pratica segnò l'inizio dell'era manicomiale, con la creazione di un nuovo spazio utile allo sviluppo degli studi e alla cura (e custodia) della follia.

Nacquero <u>istituti di segregazione</u> e case di salute, aventi come finalità quella di raccogliere le masse più emarginate, a cui venivano inflitti trattamenti che ai nostri occhi possono apparire fortemente punitivi, mentre all'epoca erano considerati terapeutici.

Gradualmente il destino del folle si confuse con quello del povero e del criminale. La sua figura era vissuta come una minaccia alla quiete pubblica o all'ordine costituito quando, verso il Seicento, le città e i poteri amministrativi si stavano organizzando nelle forme proprie della società moderna.

Fu **Cesare Lombroso** (1835 – 1909) a ideare e volere che fosse realizzato il manicomio di Voghera, tra i più grandi e moderni dell'epoca. Lombroso fu medico, antropologo, criminologo e giurista. Le sue teorie si basavano sul concetto del *criminale per nascita*, secondo cui l'origine del comportamento criminale era insita nelle caratteristiche anatomiche del criminale, persona fisicamente differente dall'uomo normale in quanto dotata di anomalie che ne determinavano il comportamento socialmente deviante. Di conseguenza, secondo lui l'inclinazione al crimine era una patologia ereditaria e l'unico approccio utile nei confronti del criminale era quello clinico - terapeutico.

Sebbene a Lombroso vada riconosciuto il merito di aver tentato un primo approccio sistematico allo studio della criminalità', molte delle sue teorie sono oggi destituite di ogni fondamento.



La scienza moderna ha infatti dimostrato che sia l'ambiente sia i geni influiscono sull'aspetto fisico, ma che quest'ultimo non influisce sul comportamento, determinato invece primariamente dalle esperienze cognitive dell'individuo. Pertanto, la dottrina lombrosiana è attualmente considerata pseudoscientifica.

Se l'istituzione manicomiale restò immobile, con la fine dell''800 e i primi del '900, prese avvio la più ampia rivoluzione storica nel campo delle neuroscienze e delle conoscenze psicologiche.

Camillo Golgi (1843-1926)





Dopo la laurea in medicina si dedicò allo studio delle malattie mentali, e prese contatti con Cesare Lombroso, psichiatra e antropologo. Egli mise a punto una tecnica particolare detta **reazione nera** che consisteva nel colorare con sali di argento le cellule nervose. Grazie a tale colorazione egli individuò i singoli neuroni e i loro prolungamenti e fu in grado di osservare in modo chiaro e distinto il neurone nella sua interezza. Fu così possibile suddividere i neuroni in multipolare, bipolari, a T, monopolari e amacrini. L'eccezionale scoperta diede il via a numerose altre ricerche in questo campo che portarono alla scoperta delle basi delle moderne neuroscienze. Nel 1906, gli venne conferito il Premio Nobel per la Medicina. Egli fu il primo italiano a ricevere tale importante riconoscimento.

Sigmund Freud (1856-1939)

Specializzatosi in istologia e in neurologia, si dedicò in particolare allo studio delle malattie mentali, in particolare dell'isteria. Dall'analisi dei pazienti elaborò la convinzione che le nevrosi non avessero origini fisiche, individuabili come lesioni organiche, ma nascessero da "contrasti di origine mentale". Egli formulò la teoria secondo la quale in ogni individuo esistono livelli diversi della personalità: l'IO (ego) cosciente che costituisce la nostra parte razionale, l'ES da cui partono le nostre pulsioni profonde tra cui quella sessuale e il Super-io che conserva l'insieme delle regole che abbiamo recepito e introiettato a partire dall'infanzia. L'equilibrio tra questi livelli è piuttosto incerto e precario; quando le tensioni diventano troppo forti, secondo Freud, sorgono i sintomi nevrotici. Da questo schematico quadro emerge un' importante considerazione: non esiste una differenza qualitativa tra l'individuo sano e quello malato.

Nelle realizzazioni di fine '800 vennero costruiti asili che diventavano in realtà vere e proprie imprese agricole a economia chiusa, con più di mille ricoverati, quasi tutti poveri e non assistiti, utilizzati come forza lavoro a bassissimo. I manicomi erano luoghi di contenzione, di isolamento; svolgevano funzione di preservazione e sicurezza per la società. La funzione di esclusione sociale fu resa evidente dall'eterogenea tipologia di internati (poveri, prostitute, alienati, alcolizzati, storpi, vagabondi, ecc.) accomunati solo dalla poverissima estrazione sociale.

La prima metà del secolo XX fu caratterizzata per l'inserimento di nuovi trattamenti di ordine biologico e invasivi:

La **piretoterapia**: terapia di shock che si basa sull'aumento artificiale della temperatura corporea introducendo nell'organismo microrganismi viventi o uccisi, sostanze chimiche o di derivazione batterica che inducono crisi convulsive con scosse tonico-cloniche.

L'insulinoterapia: nell'iniezione di dosi progressivamente crescenti d'insulina fino ad ottenere un coma ipoglicemico, con conseguenti crisi convulsive. Ottenuto lo scopo della crisi convulsiva, il coma veniva immediatamente risolto con la somministrazione endovenosa di glucosio.

La **psicochirurgia** (lobotomia frontale): intervento di neurochirurgia che consisteva nel recidere le connessioni della corteccia prefrontale dell'encefalo. Poteva essere eseguita con la variante dell'asportazione o distruzione diretta di esse. Il risultato più significativo era il cambiamento radicale della personalità. La lobotomia era usata in passato per trattare una vasta gamma di malattie psichiatriche come la depressione. Oggi la lobotomia viene praticata, in una forma meno distruttiva e più selettiva, in casi di epilessia se il paziente è farmaco-resistente, e prende il nome di leucotomia.

Due medici britannici svilupparono una versione che prevedeva di raggiungere il tessuto del lobo frontale attraverso i dotti lacrimali. Questa forma di lobotomia, detta transorbitale, poteva essere eseguita anche ambulatorialmente, invece che in sala operatoria, e richiedeva soltanto pochi minuti. Tra le vittime di questa pratica ricordiamo Rosemary Kennedy (1913-1995), sorella del Presidente degli Stati Uniti, John F. Kennedy. La giovane venne fatta internare dal padre e sottoposta a lobotomia a ventidue anni. L'operazione fu un fallimento e da quel momento la poverina fu ridotta a una sorta di vegetale, incapace di intendere e di volere. La vicenda di questa sfortunata ragazza è stata tenuta a lungo nascosta perché costituiva una "macchia" per la famiglia. Secondo alcuni testimoni la giovane era semplicemente dislessica, secondo altre versioni il padre non sopportava il comportamento "troppo disinvolto" della figlia e lo considerava pericoloso per la carriera politica che aveva pianificato per i figli maschi.

L'elettroshockterapia: basata sull'induzione di convulsioni nel paziente successivamente al passaggio di una corrente elettrica attraverso il cervello per mezzo di due elettrodi applicati in specifici punti della testa, previa apposizione di un gel o una soluzione per evitare bruciature della pelle. Un tempo gli elettrodi erano collocati sulle tempie, oggi si preferisce l'applicazione all'emisfero cerebrale non dominante, di solito a destra. In questo modo si evita il passaggio della corrente direttamente attraverso le aree della memoria e dell'apprendimento. Nel corso dei secoli, le convulsioni, che già Ippocrate in molti casi aveva considerato curative, sono state provocate con vari metodi, spesso estremamente violenti e pericolosi, fino a quando, nel 1938, due medici italiani, Ugo Cerletti e Lucio Bini, non ebbero l'idea di ricorrere all'elettricità. Come molte altre terapie psichiatriche, nella fase iniziale, l'elettroshock, è stato usato in maniera grossolana, a volte pericolosa e spesso utilizzata più per controllare i pazienti scomodi che per ragioni effettivamente terapeutiche. Ma dai tempi di Cerletti e Bini, la metodologia dell' ECT (per usare l'acronimo inglese di "electroconvulsant therapy") si è evoluta e perfezionata ed oggi la pratica psichiatrica effettua quella che viene chiamata "terapia elettro convulsivante unilaterale", così detta perché coinvolge solamente uno degli emisferi cerebrali.

Oggi tale terapia è usata per curare pazienti sofferenti di gravi forme depressive che non rispondono alle terapie farmacologiche con antidepressivi. I rischi di mortalità sono bassi e vanno comunque confrontati con un rischio di suicidio che tocca una media del 15 per cento nei depressi gravi. Possibili effetti collaterali sono: una parziale perdita di memoria e una maggiore difficoltà a memorizzare nuove informazioni per un periodo di due mesi dal trattamento.

POESIA

A raccontare la drammatica esperienza dei loro ricoveri in manicomio sono due donne, due poetesse italiane, che hanno saputo trasformare la malattia in esperienza poetica, anche se le **ombre oscure** della loro mente non le hanno mai realmente abbandonate per tutta la loro vita.

AMELIA ROSSELLI (1930-1996)

Amelia aveva sette anni quando il padre Carlo e lo zio Nello, intellettuali antifascisti, fondatori di "Giustizia e Libertà", vennero uccisi da un commando di giovani appartenenti a un'organizzazione filofascista.

La giovane è tormentata da idee persecutorie e da percezioni visive e acustiche distorte, dapprima sporadiche e non ben strutturate, ma che a partire dalla metà degli anni Sessanta, diventano continue e sempre più minacciose, fino a dominare completamente il suo quotidiano. Viene ricoverata in una clinica psichiatrica romana e sottoposta ad elettroshock e a terapia insulinica, contro il volere dei familiari, che si preoccupano di trasferirla nella prestigiosa clinica svizzera, diretta da Binswanger. La diagnosi di dimissione sarà quella di schizofrenia paranoide. Tutta la vita di Amelia sarà scandita da ripetute e protratte ospedalizzazioni, sia in Svizzera, sia in cliniche psichiatriche italiane.



Nei suoi primi componimenti, la poetessa userà liberamente la lingua del padre e della nonna paterna (l'italiano), quella della madre (l'inglese) e l'idioma degli anni dell'esilio (il francese), spesso miscelandoli caoticamente, come in "Diario in Tre lingue" (1955-1956),

"Documento", raccolta di poesie di Amelia Rosselli, include le liriche composte nel corso di 7 anni. Gli eventi esterni sono messi in rapporto con il mondo interiore dell'autrice. I temi dominanti sono: la solitudine, il silenzio e la morte. La lingua utilizzata dall'autrice è attenta alle cadenze e al ritmo. Autrice di uno stile di scrittura contenente codici e sottocodici di intricata decodificazione, la Rosselli attinge ad una vasta gamma di soluzioni formali.

C'è come un dolore nella stanza

C'è come un dolore nella stanza, ed è superato in parte: ma vince il peso degli oggetti, il loro significare peso e perdita.

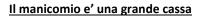
C'è come un rosso nell'albero, ma è l'arancione della base della lampada comprata in luoghi che non voglio ricordare perché anch'essi pesano.

Come nulla posso sapere della tua fame precise nel volere sono le stilizzate fontane può ben situarsi un rovescio d'un destino di uomini separati per obliquo rumore.

da "Documento" (1966-1973)

ALDA MERINI

Alda Merini nasce il 21 marzo 1931 a Milano da una famiglia di condizioni modeste. Nel 1962 inizia un difficile periodo d' isolamento, dovuto all'internamento al "Paolo Pini", che dura fino al 1972, con alcuni ritorni in famiglia. Nel 1979 la Merini ritorna a scrivere, dando il via ai suoi testi più intensi sulla drammatica e sconvolgente esperienza del manicomio, testi contenuti in quello che può essere inteso come il suo capolavoro: "La Terra Santa" con la quale vincerà nel 1993 il Premio Librex Montale. La poetessa stessa diceva: "La pazzia è solo un'altra forma di normalità che può generare poesia, quella degli spiriti tempestosi, avvolti dal vortice del loro genio creativo che attinge linfa vitale dal delirio".



Il manicomio è una grande cassa con atmosfere di suono e il delirio diventa specie, l'anonimità misura, il manicomio è il monte Sinai luogo maledetto sopra cui tu ricevi le tavole di una legge agli uomini sconosciuta.



In questo scenario si innestò, a partire dagli anni Sessanta, il movimento italiano per la deistituzionalizzazione dei malati psichiatrici che portò alla cosiddetta "**Legge 180"** del 1978, che sanciva la <u>chiusura di tutti gli ospedali</u> psichiatrici. Un difficile processo che si concretizzò definitivamente solo negli ultimi anni '90.

Franco Basaglia condusse negli anni '60 - '80 una grande battaglia sociale, culturale e politica oltre che medica. La sua battaglia, d'avanguardia a livello mondiale, è stata l'apertura dei manicomi, il togliere la costrizione a star chiusi dentro, eliminare metodi e trattamenti violenti e disumani, l'apertura dei cancelli. I pazienti dovevano essere considerati degli uomini "in crisi", una crisi esistenziale, familiare, sociale che non era più malattia, diversità o inferiorità.

Quadri clinici della malattia mentale

- schizofrenia
- disturbi dell'umore
- disturbi d'ansia
- disturbi somatoformi
- disturbi sessuali e dell'identità di genere
- disturbi dell'alimentazione
- disturbi di personalità

SCHIZOFRENIA

La schizofrenia è una sindrome eterogenea caratterizzata da disturbi del linguaggio, della percezione, del pensiero, dell'attività sociale, dell'affettività e della volontà, presente in circa lo 0.85% della popolazione mondiale.

Nessun sintomo è patognomonico di schizofrenia: la diagnosi comporta il riconoscimento di una costellazione di segni e sintomi associati a menomazione del funzionamento sociale e lavorativo. La patologia si instaura generalmente nella tarda adolescenza, ha una insorgenza insidiosa (assai meno comunemente acuta) che progredisce dall'isolamento sociale e da presenza di percezioni distorte sino a ricorrenti deliri ed allucinazioni. I pazienti possono presentare sintomi positivi: disorganizzazione concettuale, deliri, allucinazioni o sintomi negativi: perdita di funzione, anedonia, diminuita espressività emotiva, diminuita capacità di concentrazione, diminuito legame sociale. La prognosi dipende non dalla severità dei sintomi ma dalla risposta ai farmaci antipsicotici, che è scarsamente prevedibile.

Si può avere una remissione permanente senza ricadute. Il suicidio è la conclusione per circa il 10% dei soggetti schizofrenici.

Terapia

Al momento abbiamo a disposizione un armamentario di trattamenti utili per molte delle affezioni psichiatriche più comuni, anche se non ci sono cure per le malattie psichiatriche: sintomi residui sono comuni così come ricadute e la presenza di effetti collaterali a volte molto importanti. In ogni dato singolo soggetto l'efficacia di una specifica terapia farmacologica è al momento largamente imprevedibile. Spesso di deve trovare un equilibrio tra effetto e sintomi collaterali per tentativi.

C'era una volta la città dei matti...

La prima legge sull'assistenza psichiatrica in Italia risale al 1904 (L.36/1904).

Essa

- Sancisce il «ricovero coatto», stabilendo come criterio di internamento la pericolosità e il pubblico scandalo
- O Non cura i bisogni e i diritti dei malati, ma tutela la società dal "matto"
- Rimane in vigore fino al 1968

L'art. 1 dice:

• «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa di alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano o non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi».

Una svolta importante è segnata dalla Legge «Mariotti» (L. 431/1968) perché

- per la prima volta il «malato di mente» è un malato come gli altri;
- si prevede la possibilità di trasformare il ricovero da «coatto» a «volontario» con il consenso del paziente;
- si operano miglioramenti all'interno degli Ospedali Psichiatrici;
- sono istituite attività preventive o riabilitative fuori dal manicomio.

La legge «Basaglia», così indicata dal nome dello psichiatra veneziano che ne fu il principale promotore, pone l'accento sul bisogno di cura di ogni persona.

- E' «legge quadro» che impone la chiusura graduale dei manicomi e regolamenta il «trattamento sanitario obbligatorio» (TSO), istituendo i servizi di igiene mentale pubblici.
- In seguito viene inserita nella legge 833/1978 che istituisce il «Servizio Sanitario Nazionale» (SSN). I primi due articoli di tale legge declinano principi irrinunciabili:
 - «La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana»
 - Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue... la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici

Se prima il manicomio era l'unica soluzione al disturbo mentale, che era considerato un pericolo e una vergogna, ora intervengono i servizi territoriali per prevenire, curare e riabilitare nel rispetto della persona.

In tale quadro di riferimento, si sono poi succeduti due Progetti Obiettivo:

- il primo del 1994-1996, che definisce l'organizzazione delle strutture del SSN in maniera dipartimentale, ponendo al centro dell'operare psichiatrico il «Centro di Salute Mentale» (CSM), struttura sanitaria territoriale, non ospedaliera;
- il secondo del 1998-2000, che individua nel «Dipartimento di Salute Mentale» (DSM) il modello organizzativo fondamentale

II «DSM»

- O Promuove attività di prevenzione primaria
- Assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, anche al fine di garantire gli interventi di emergenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno.
- Assicura la prevenzione e la verifica degli interventi preventivi, la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza.

Gli «OPG»

- Gli «Ospedali Psichiatrici Giudiziari» (OPG) sono una categoria di istituti che, a metà degli anni Settanta, ha sostituito i vecchi manicomi criminali. Sono strutture giudiziarie dipendenti dall'amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia.
- Il 17 gennaio 2012 la Commissione giustizia del Senato ha approvato all'unanimità la chiusura definitiva degli OPG entro il 31 marzo 2013, termine prorogato al 1 aprile 2014.
- Ancora una volta, tuttavia, il termine originariamente disposto non è stato rispettato.



1SB



Ringraziamenti:

Azienda Ospedaliera per averci accolto con apposita Convenzione Progetto DRYADES cui dobbiamo le chiavi di riconoscimento delle piante Maurizio Ronchetti che ci ha fatto da guida Guardia Forestale per la consulenza sulla valutazione degli alberi Dott. Daniele Bosone per la lezione sulle malattie mentali