



# **ELEMENTI DI PSICOLOGIA GENERALE**


**LEZIONE 15  
03.12.18**

**Docente Diletta VIEZZOLI  
dviezzoli@units.it**



## **3 PARTE del CORSO**


### **B) L' organizzazione dei servizi di Salute Mentale di Trieste**



Nel **1908** viene inaugurato a Trieste l'ospedale psichiatrico cittadino (*Frenocomio*), situato all'interno del Parco di San Giovanni.

L'obiettivo è quello di costruire un manicomio moderno e a tale scopo viene richiesto di realizzarlo, per quanto possibile, aderente alla modalità del sistema della "porte aperte", un chiaro riferimento alle teorie praticate in Inghilterra e Germania, dove anche gli edifici devono rispondere a un nuovo modo di gestire la malattia mentale, cosicché si diffonde il modello dei padiglioni singoli disposti in un ampio spazio verde ben curato.





Questo è però anche il luogo in cui si è attuata la più straordinaria esperienza di **liberazione e di riappropriazione della dignità personale del “matto”** che abbia coinvolto la **psichiatria moderna.**

Nel **1971 Franco Basaglia** assume la direzione dell'ospedale e fin dall'inizio si propone di andare ben oltre l'esperienza della comunità terapeutica, che aveva introdotto nell'ospedale di Gorizia, puntando esplicitamente non a “umanizzare” ma a “distruggere” il manicomio, trovando in questo la fattiva collaborazione della Provincia di Trieste, guidata allora da Michele Zanetti.



Nell'accettare l'incarico Basaglia si adopera per costituire un gruppo di lavoro formato da **giovani medici, sociologi, assistenti sociali, volontari e studenti provenienti da diverse città e regioni, italiane ed europee.**

Molti sono attratti a Trieste dall'importanza che il discorso intorno alla psichiatria e alle istituzioni totali va assumendo in quegli anni nei movimenti sociali e di opinione, negli organi di informazione e nel dibattito politico.

Il modello della **Comunità Terapeutica**, sviluppato in maniera originale a Gorizia da Basaglia e dalla sua équipe nel decennio precedente, ha assunto una risonanza nazionale dopo la pubblicazione de ***L'istituzione negata*** (1968).

In quel libro, mentre si documentano gli sforzi per umanizzare l'istituzione, si denuncia per la prima volta il fatto che l'ospedale psichiatrico non può essere riformato: obbedendo a regole e leggi di ordine pubblico e controllo sociale, non può soddisfare obiettivi di assistenza e di cura, essendo anzi produttore di malattia.

A Trieste si dovrà dunque procedere nel solco tracciato da Gorizia per andare oltre il manicomio: **trasformarne l'organizzazione non per riformarla, ma per superarla** attraverso la costruzione di una rete di servizi territoriali, alternativi e sostitutivi delle molteplici funzioni di cura, ospitalità, protezione e assistenza assolate dall'ospedale.

**La sfida è difficilissima:** malgrado le numerose esperienze riformatrici avviate anche in Francia e in Inghilterra nel secondo dopoguerra, nessuno è mai riuscito a spostare realmente l'asse delle cure dall'ospedale alla comunità.

**Non esistono saperi o pratiche consolidate** cui ispirare il processo riformatore; né le norme giuridiche e legislative di cui si dispone, ancora basate sul giudizio di pericolosità del malato di mente, sono di per sé sufficienti ad autorizzare una vera apertura e civilizzazione delle funzioni di cura della psichiatria in senso territoriale e comunitario.





Al 31 dicembre 1971 risultano ricoverate a Trieste 1182 persone, con un turnover annuo di circa 1300 pazienti, **più del 90% dei quali subisce un ricovero coatto** (L.36/1904); sono molto pochi coloro che usufruiscono del ricovero volontario, introdotto di recente nella legislazione italiana (L.431/1968).

Proprio **l'uso del ricovero volontario**, che a Trieste viene enfatizzato dalla nuova équipe, diventa strumento di fondamentale importanza per non sottrarre ai pazienti i loro diritti: non solo per accrescere la loro libertà di movimento dentro e fuori l'ospedale, ma anche per attribuire ai ricoverati un **potere di interlocuzione** nel miglioramento delle cure e dell'assistenza.

La trasformazione è inizialmente immaginata come progressivo restringimento e ristrutturazione degli spazi ospedalieri **in "comunità aperte"**, con la suddivisione in 5 "zone" ed altrettante équipe, cui faranno riferimento cinque aree geografiche della città e della provincia.

## ...La distruzione del manicomio è un fatto urgentemente necessario

«Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di **vuoto emozionale** [...]; viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua **totale oggettivazione**.

[...] nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento.

[...] **L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale,** l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.»

L'avvio del processo di trasformazione suscita resistenze negli infermieri e allarme nella cittadinanza:

"... predominava l'ideologia che il matto era pericoloso e doveva stare chiuso in manicomio. Perciò l'inizio del lavoro consisteva nel convincere che le cose non stavano così. Giorno per giorno abbiamo tentato di dimostrare che **cambiando la relazione con l'internato cambiava il senso di questa relazione**. L'infermiere ha cominciato a convincersi che il suo lavoro poteva essere diverso, e a diventare così un agente della trasformazione. D'altra parte per convincere la popolazione era necessario innanzitutto riportare il folle in strada, nella vita sociale. Con questo abbiamo stimolato l'aggressività della città contro di noi.

Noi avevamo bisogno di creare una situazione di tensione, per mostrare il cambiamento che stava accadendo. Col tempo la città ha capito cosa stava succedendo. L'importante, nell'addestramento degli **infermieri**, è stato che il nuovo tipo di realtà li ha portati a **non essere più dipendenti dal medico, a essere operatori che potevano prendere decisioni in proprio**"

## DUNQUE...

- Si aprono tutte le porte dei padiglioni e si abbattano le recinzioni
- si discute in assemblea, con pari dignità, delle decisioni da prendere
- si organizzano soggiorni all'esterno
- si dà riconoscimento al lavoro svolto con la costituzione della Cooperativa Lavoratori Uniti
- si creano laboratori artistici
- si organizzano gruppi appartamento sia all'interno che all'esterno del comprensorio.

Si richiamano i cittadini alla fruizione del Parco con l'organizzazione di eventi (concerti, teatro, feste) e, soprattutto, si *invade* la città come è avvenuto con il corteo che ha accompagnato **Marco Cavallo** – un grande cavallo azzurro di cartapesta, divenuto simbolo del cambiamento – lungo tutto il centro cittadino.














Nel '77 “il manicomio di Trieste, smontato pezzo dopo pezzo, sarà definitivamente chiuso, e la città si aprirà alla follia e alle sue contraddizioni”.

Il 13 maggio del 1978 verrà approvata la **Legge 180** che prevede la chiusura dei manicomi su tutto il territorio nazionale e la loro **sostituzione**, secondo l'esperienza triestina, con **centri territoriali**.

Oggi parco di S.Giovanni e città sono un giardino aperto, un laboratorio di imprenditoria sociale, di attività assistenziali e creative, di proposte culturali e di alta formazione.



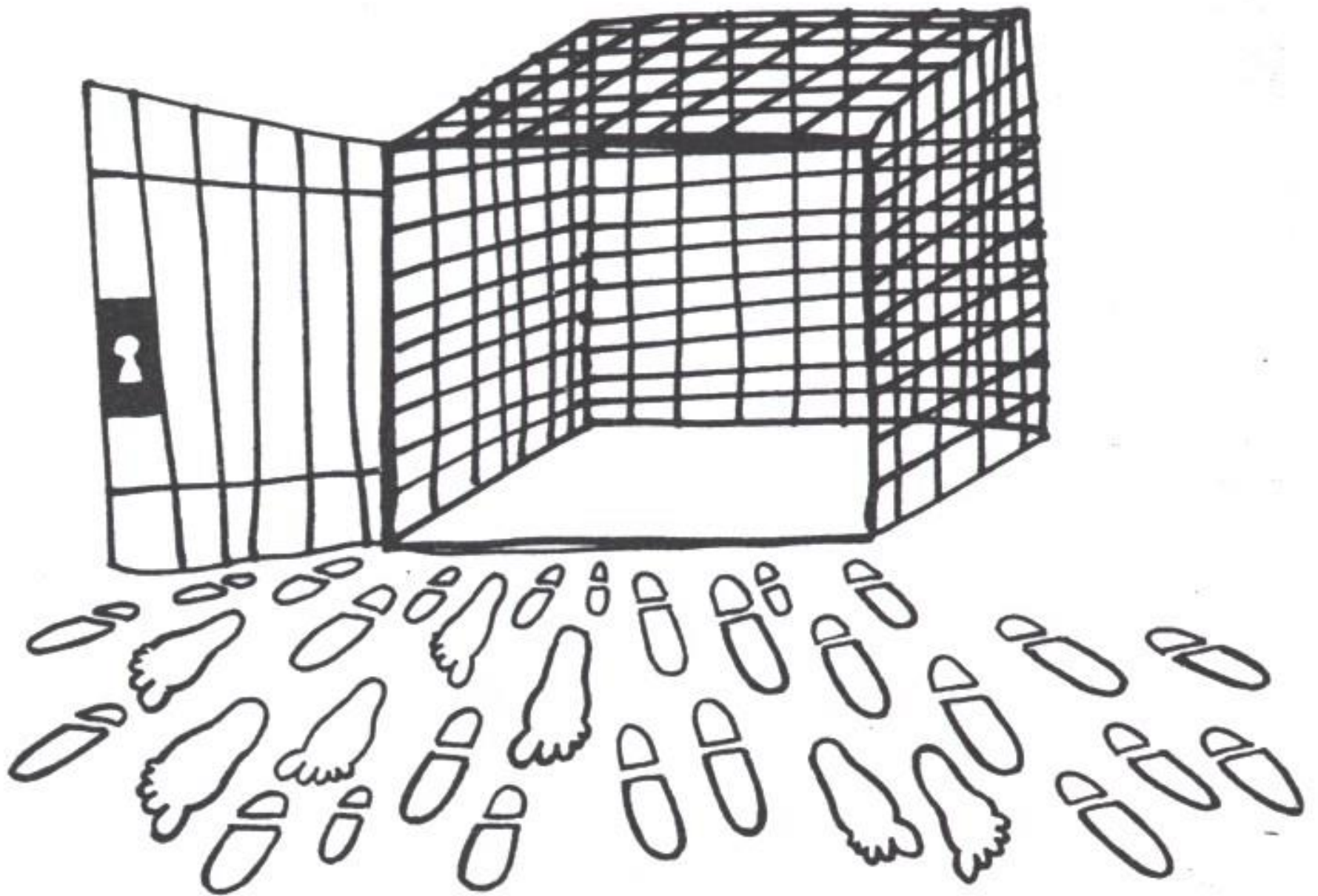
[www.parcodisangiovanni.it](http://www.parcodisangiovanni.it)  
[www.triestesalutementale.it](http://www.triestesalutementale.it)

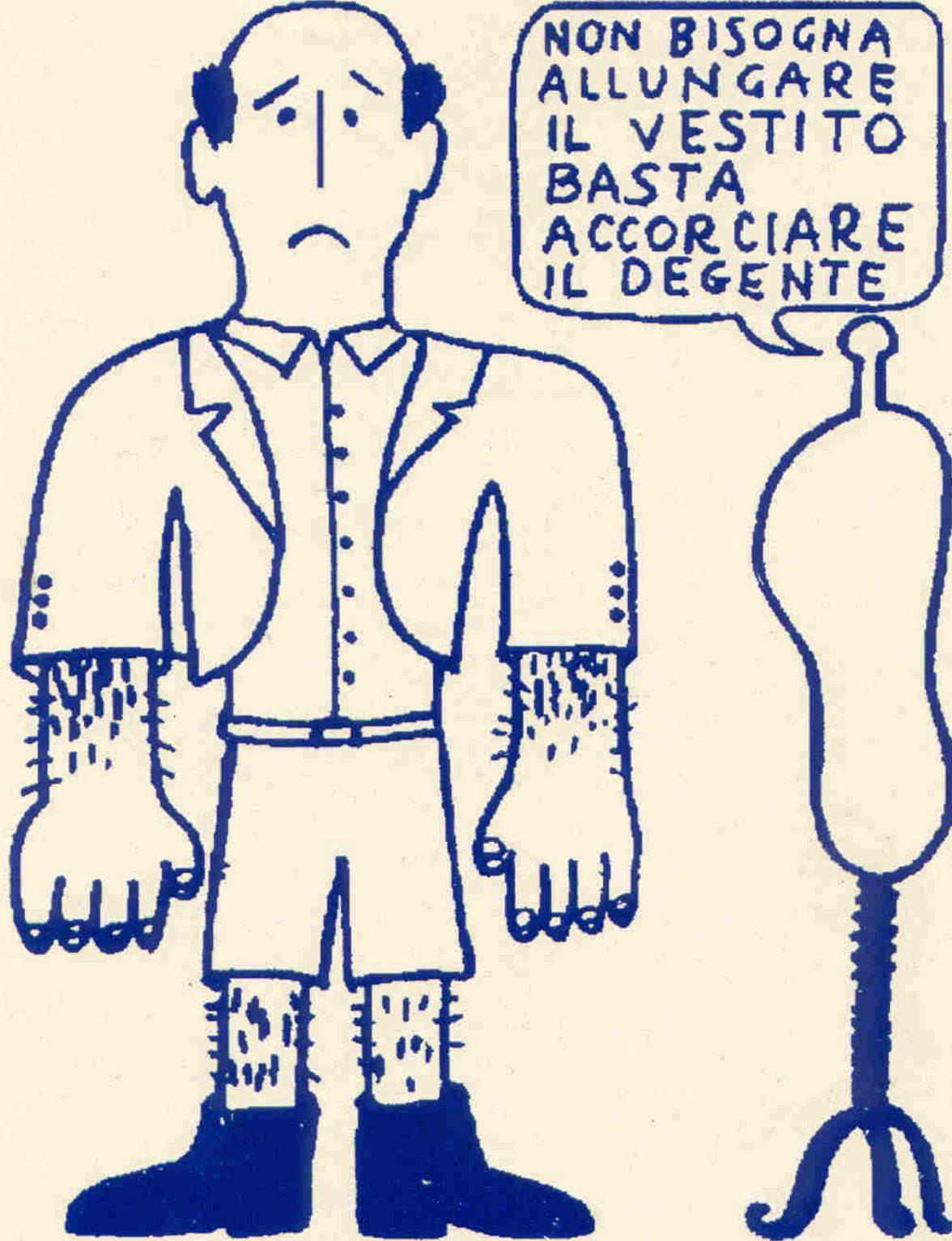


.....l'impossibile può diventare possibile



LA LIBERTA' E' TERAPEUTICA





# COSA OFFRIRE DOPO L'ESPERIENZA DEI MANICOMI ?

## Il processo di deistituzionalizzazione



**trieste** 

dipartimento di salute mentale trieste

**la libertà è terapeutica**



[mappa del sito](#)

[numeri/siti utili • redazione](#)



WHO Collaborating Center  
for Maternal and Child Health  
Trieste Italy

All'inizio del '75 i ricoverati sono 800, di cui 90 coatti, 150 volontari e 460 ospiti; il turnover è di circa 1700 pazienti.

Molti dimessi hanno già trovato collocazione all'esterno: qualche volta in famiglia, più spesso in gruppi appartamento e in abitazioni autonome, ottenute in affitto dall'ente case popolari.

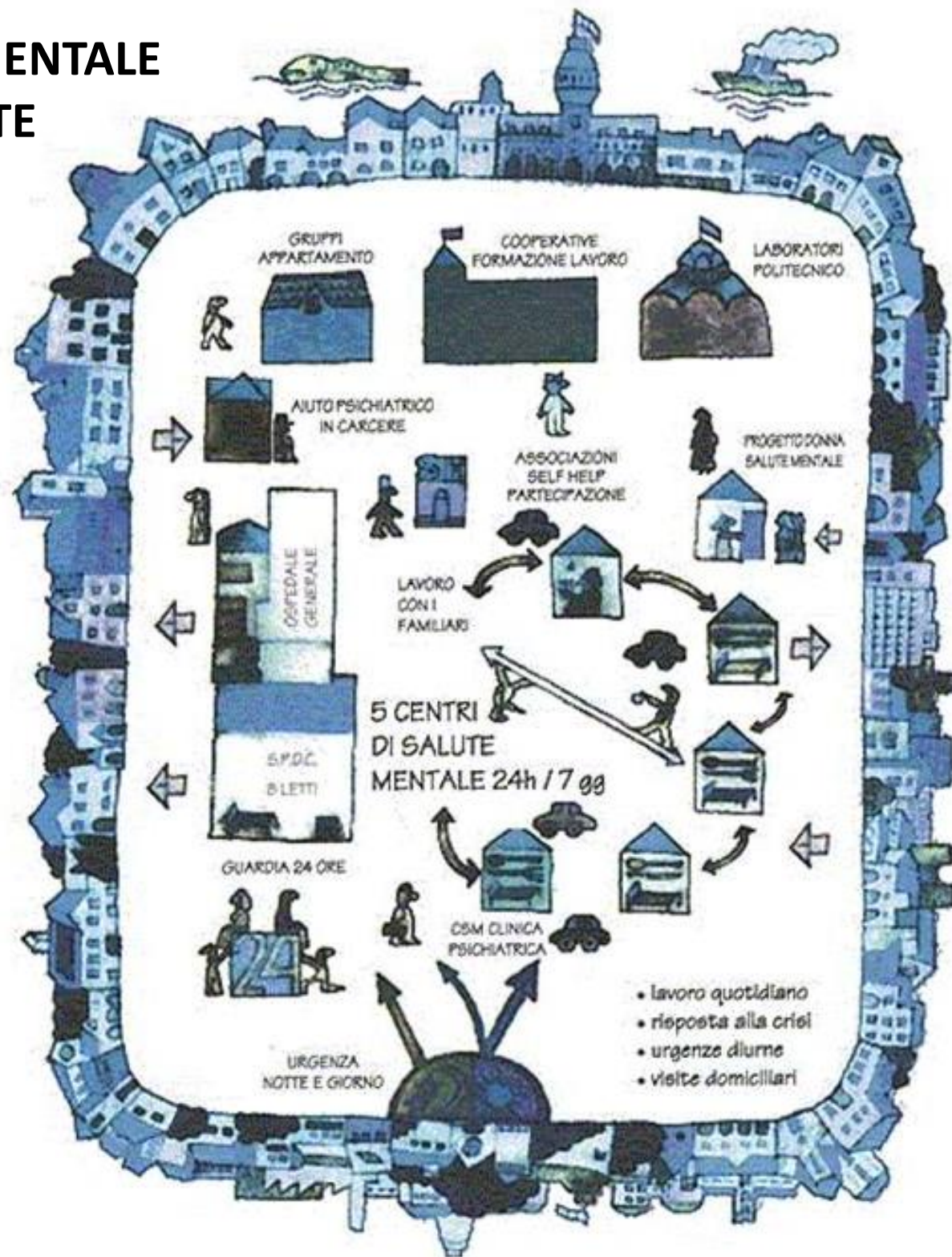
**I primi presidi territoriali vengono attivati tra il '75 e il '76**: si tratta di strutture inizialmente finalizzate al supporto dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico, ma quasi subito vengono utilizzate nella presa in carico di pazienti in crisi.

Funzionanti come centri di riferimento diurno, hanno l'effetto di ridurre in modo consistente il numero dei nuovi ingressi in ospedale, oltre che la frequenza e la durata dei ricoveri.

**I primi Centri di Salute Mentale nascono dunque in anticipo rispetto alla legge 180.**



# IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E LA RETE DEI SERVIZI DI TRIESTE



## Il Dipartimento di Salute Mentale

Istituito nel **1981**, il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato progressivamente definito nelle sue funzioni e nei suoi compiti :

- **compito terapeutico** (attività psichiatriche, ambulatoriali e domiciliari, interventi d'urgenza e di risposta alla crisi)
- **compito riabilitativo** (agire per sviluppare le capacità della persona, poche o tante che siano, migliorare la sua autonomia e le sue relazioni)
- **compito di reintegrazione sociale** (creare le condizioni necessarie per includere la persona nella vita collettiva con programmi terapeutici e riabilitativi, risorse economiche e relazionali, opportunità lavorative ed abitative)

# LE UNITA' OPERATIVE SUL TERRITORIO

4 Centri di Salute Mentale (CSM)

1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale Maggiore

1 Clinica Psichiatrica Universitaria

1 Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)

**Tante** Strutture residenziali e semi-residenziali (SR)

## I CSM

Il centro di salute mentale è luogo di accoglimento e di scambio, occasione di rapporto, possibilità di stare almeno temporaneamente fuori da una situazione familiare difficile.

- Riconoscimento e gestione della crisi nel centro sulle 24 ore
- Programmi terapeutici riabilitativi individualizzati
- Protagonismo, partecipazione e coinvolgimento dell'utenza
- In/formazione per i familiari

## I CSM

Intervenire su una popolazione compresa tra i 50.000 e gli 80.000 abitanti.

Essere facilmente accessibile e raggiungibile senza difficoltà anche con i mezzi di trasporto pubblico.

Solo **alcuni esempi** di attività :

- promozione di attività di auto aiuto
- percorsi rivolti all'associazionismo (gruppo Articolo 32)
- attività ricreative e ludiche
- attività di formazione di base, professionale e di impresa sociale
- inserimento lavorativo, inserimento sociale
- servizio di consulenza in carcere
- integrazione con i distretti sanitari

40

# Legge 180

1978-2018

Per un'Italia **senza** manicomi



L'ALTRA META' DELL'INFORMAZIONE

**Speciale Legge 180**

**Ricordare, Riflettere, Progettare**

[www.180gradi.org](http://www.180gradi.org)





... E TU  
SLEGALO  
SUBITO

Campagna internazionale per l'abolizione della contenzione fisica



**Grazie a tutti e buon esame!**