



PSICOLOGIA GENERALE

**LEZIONE 22
27.05.2021**

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



L'organizzazione dei servizi di Salute Mentale di Trieste

[TRA PARENTESI]

La vera storia
di un'impensabile
liberazione

ab
EDIZIONE
ALPHA OETA
VERLAG



PEPPE DELL'ACQUA

MASSIMO CIRRI



Video

“ Tra parentesi „

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.

(Franco Basaglia).

Gorizia, 16 novembre 1961.

Un medico di 37 anni entra nel manicomio di Gorizia. Ci sono viali alberati, muri, reparti, e porte chiuse. Si chiama Franco Basaglia: sarà il nuovo Direttore. Quello che vede lo disorienta e lo sconcerta. Di fronte a tanta violenza vorrebbe scappare via. Per restare, non può che scommettere il suo potere di direttore per cambiare ogni cosa.

Roma, maggio 1978.

In un'Italia ancora scossa per l'assassinio del presidente Aldo Moro, il Parlamento approva la legge 180. Si tratta dell'atto di nascita della riforma psichiatrica, che ridisegna lo statuto giuridico dei malati di mente e stabilisce la chiusura degli ospedali psichiatrici.

La riforma rappresenta un punto di arrivo di un **ampio movimento sociale**, formato in larga misura da operatori, che tra gli anni '60 e '70 si sono battuti per la chiusura dei manicomi.

Leader di questo movimento è stato non solo Franco Basaglia ma anche molti medici come Massimo Cirri, Peppe Dell'Acqua, Franco Rotelli e tantissimi altri medici, infermieri psicologi e (oggi) anche tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Un movimento che ha fatto storia ma che certamente non è finito.



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 creano laboratori artistici, pittura, scultura, scrittura, teatro

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 (1973).











Fra il '73/74 l'organizzazione dell'ospedale viene ulteriormente trasformata, adeguando il criterio, definito già nel '72, di sistemare i pazienti nei reparti non per gravità (*agitati, violenti, sudici, infermi, cronici*) ma per **provenienza**, in base a una ripartizione dell'area urbana e provinciale in "zone" che sono rimaste le stesse nel corso degli anni (corrispondenti agli attuali quattro distretti sanitari e ai relativi Centri di Salute Mentale).

La restituzione dei diritti agli internati

In quei primi anni il lavoro d'équipe si concentra sulla **ricostruzione dei bisogni e delle storie personali dei ricoverati**, nel tentativo di ricomporre il loro rapporto con le famiglie e i luoghi di provenienza.

Man mano che i grandi reparti vengono ridimensionati, si organizzano **gruppi di convivenza e gruppi appartamento**: dapprima all'interno dell'ospedale, poi in città.

Lo stile di lavoro è orientato al sistematico coinvolgimento e alla formazione degli infermieri, che devono abbandonare la tradizionale funzione di "custodi" per assumere un **ruolo attivo** e responsabile nel processo di cambiamento.

Tra le diverse forme di organizzazione dei pazienti, che cominciano a riunirsi fra di loro attorno a svariate iniziative ed attività, assume un particolare rilievo nel 1972 la costituzione della "**Cooperativa Lavoratori Uniti**" che associa circa **60** persone ricoverate, addette a mansioni di pulizia dei reparti, delle cucine e del parco.

L'attribuzione di un **regolare contratto sindacale** a ogni ricoverato - lavoratore rappresenta il risultato dell'impegno dei primi anni contro le pratiche di sfruttamento degli internati, impropriamente denominate "ergoterapia".

La stipula del contratto e il riconoscimento della cooperativa, sostenuti anche da uno sciopero dei degenti che lavorano presso i servizi generali dell'ospedale, anticipano i percorsi che negli anni successivi porteranno alla costituzione sempre più numerosa di cooperative sociali.



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**.

F. Basaglia morirà ad agosto del 1980.

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.



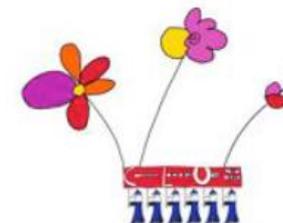
www.parcodisangiovanni.it
www.triestesalutementale.it



GLI ABITANTI DEL PARCO



Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste
Istituzioni



Teatrino Franca e Franco
Basaglia
Istituzioni

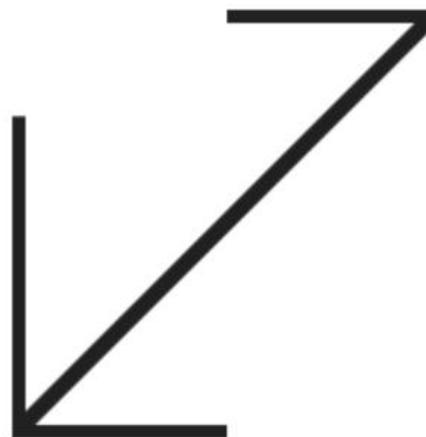
Centracon Centro servizi di
Ateneo per il trasferimento delle
conoscenze
Istituzioni

Cooperativa Sociale Lavoratori
Uniti "F. Basaglia" Soc Coop
ONLUS
Coop. Sociali

Agricola Monte san Pantaleone
- Cooperativa Sociale
Coop. Sociali



Associazione Franco Basaglia
Associazioni



CON/F/BASAGLIA conferenza
permanente per la salute
mentale nel mondo

Museo Nazionale dell'Antartide
Felice Ippolito - Sezione di
Trieste
Istituzioni



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

mentale nel mondo
Associazioni

Dipartimento di Scienze della
Vita
Istituzioni

Museo di Mineralogia e
Petrografia
Istituzioni



comune di trieste



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

la Collina
cooperativa sociale



Comune di Trieste
Istituzioni

Dipartimento di Matematica e
Geoscienze
Istituzioni

La Collina – Società Cooperativa
Sociale Onlus
Coop. Sociali

Cooperativa Sociale Il Posto delle
Fragole
Coop. Sociali



Mini Mu parco dei bambini San
Giovanni
Associazioni



Duemilauno – Agenzia sociale
Coop. Sociali



RadioFragola
Associazioni



Istituto Tecnico Statale DRŽAVNI
TEHNIŠKI ZAVOD ŽIGA ZOIS
Istituzioni



Amatori Bonsai Trieste
Associazioni

lister
sartoria sociale

Lister Sartoria Sociale
Associazioni



Associazione Culturale
NADIRpro
Associazioni



Accademia della Follia
Associazioni



Associazione Asso di Giada
Associazioni



Confini Impresa Sociale
Coop. Sociali

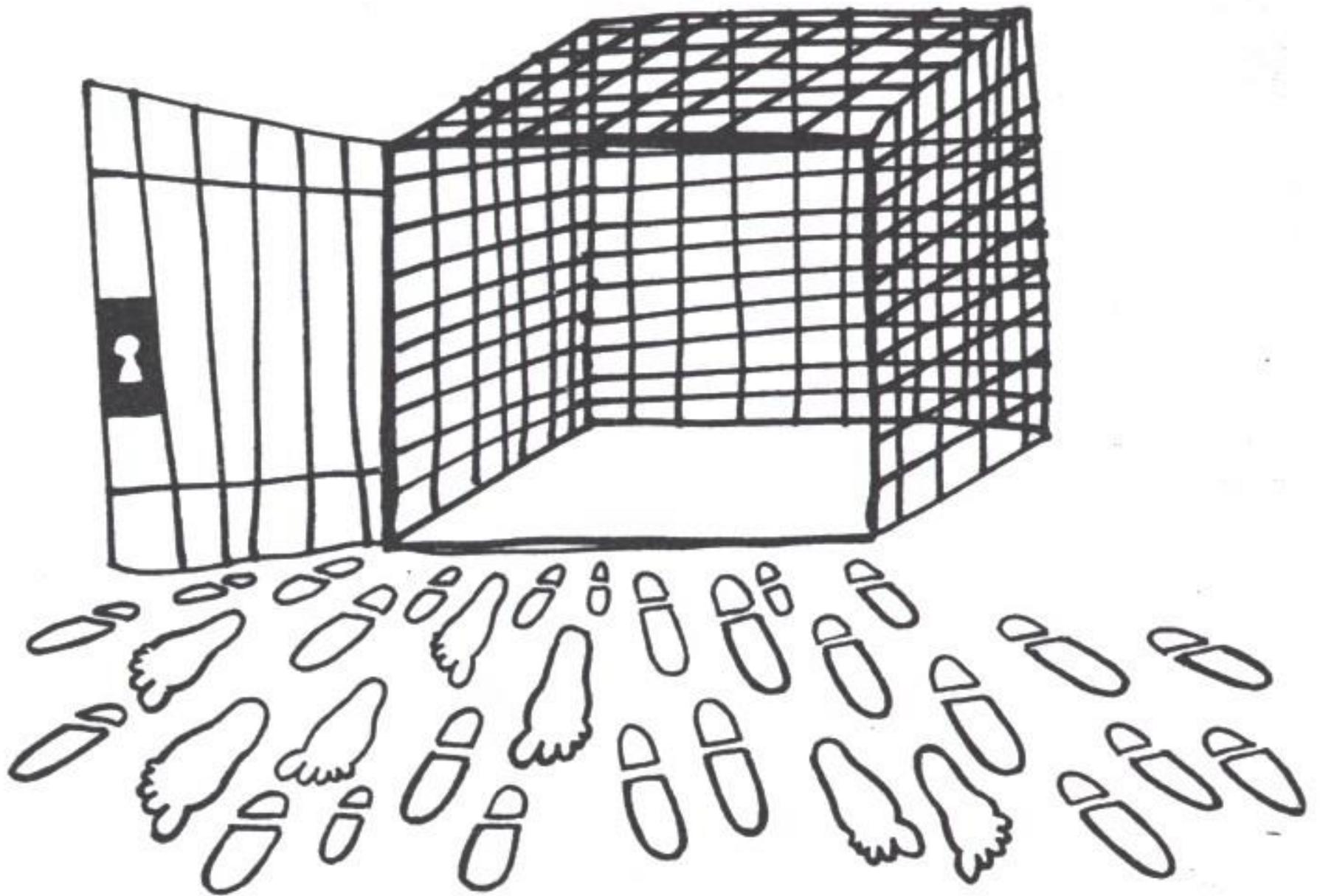
**Palestra
EMME GYM**

Articolo 32

.....l'impossibile può diventare possibile

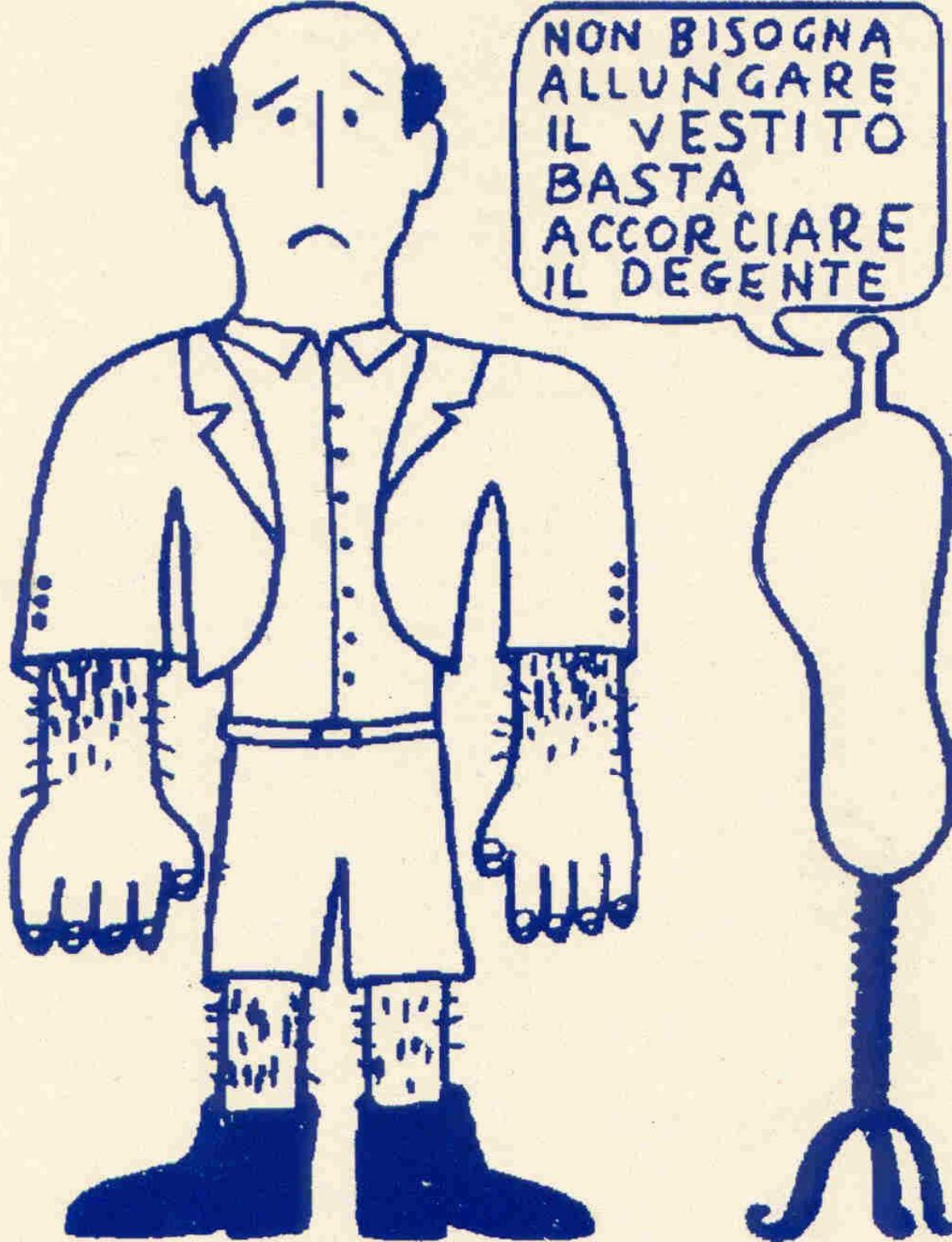


LA LIBERTA' E' TERAPEUTICA



LA LIBERTÀ È TERAPEUTICA





COSA OFFRIRE DOPO L'ESPERIENZA DEI MANICOMI ?

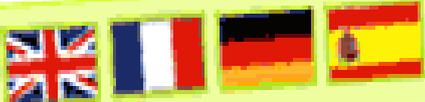
Il processo di deistituzionalizzazione



trieste 

la libertà è terapeutica

dipartimento di salute mentale trieste



numeri/siti utili • redazione

mappa del sito



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.

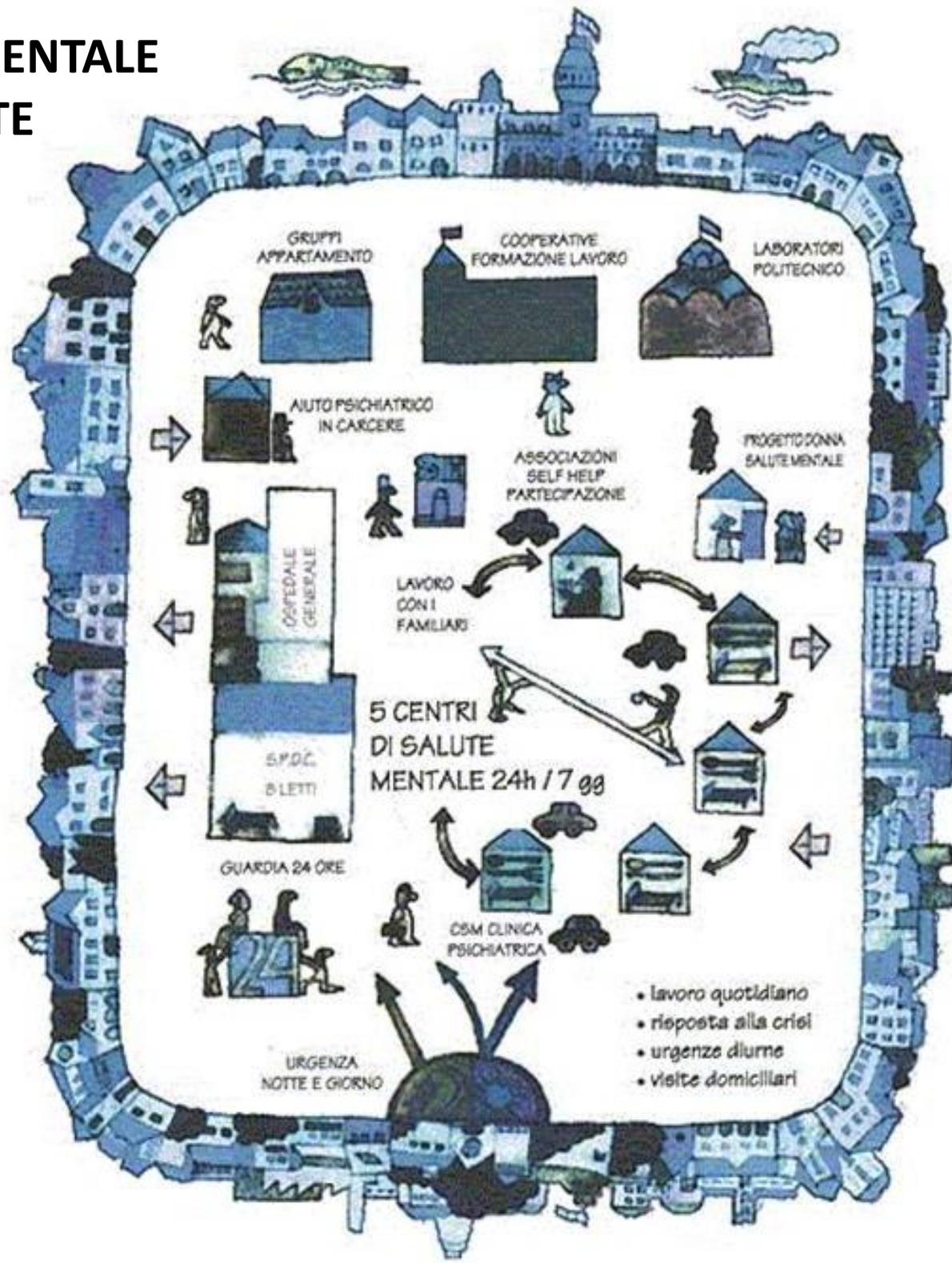
Molti dimessi hanno già trovato collocazione all'esterno: qualche volta in famiglia, più spesso in gruppi appartamento e in abitazioni autonome, ottenute in affitto dall'ente case popolari.

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



NASCONO NUOVI PROGETTI: LE MICROAREE

Il modello delle microaree di Trieste funziona. Lo dimostrano due studi scientifici, realizzati dalle Università di Torino e di Udine, i cui dati sono stati presentati oggi durante il convegno “La comunità che fa salute - le microaree di Trieste per l'equità”. Le attività svolte nelle microaree incidono in maniera significativa sul tessuto sociale e sullo stato di salute delle persone che vi risiedono, e questo miglioramento è stato quantificato grazie all'utilizzo di alcuni indicatori. “Solo trasformando le condizioni sociali, ambientali, strutturali e culturali - ha dichiarato in apertura Adriano Marcolongo, Direttore Generale di ASUITs -, si può incidere sulla salute della comunità. In questo contesto scientifico e professionale è nata l'idea delle microaree”.

COSA SON LE MICROAREE

Il programma Habitat Microaree inizia nel 1998. Esperienza che coinvolge il Comune, l'Ater e l'Azienda Sanitaria.

Le microaree **sono piccole aree periferiche della città, urbane ed extraurbane**, che vanno da 400 a 2.500 abitanti, caratterizzate per lo più da grandi insediamenti di caseggiati Ater.

Oggi le microaree sono 16: Gretta, Villa Carsia, Vaticano, Ponziana, Campi Elisi, Cittavecchia, Valmaura, Grego, Giarizzole, Altura, Negri, Zindis, Soncini-Caccia Burlo, Melara, S. Giovanni, Cumano e comprendono una popolazione di circa 18.000 abitanti.

LE MICROAREE=Welfare di comunità

La Microarea, presente in aree prescelte della città di Trieste, svolge **attività di socializzazione, formative e ricreative, finalizzate a favorire l'incontro e il dialogo tra persone, e prevenire così l'emarginazione delle fasce più deboli della popolazione e lo sviluppo di situazioni di conflitto.**

Questo lavoro di **mediazione tra persone e gruppi sociali diversi**, con interessi diversi, è ritenuto fondamentale in quanto rappresenta un lavoro concreto per l'avvicinamento tra istituzioni e cittadini e viceversa.

In ciascuna Microarea sono presenti:

gli operatori di Cooperative sociali che svolgono attività socio educativa per conto del Comune, i volontari delle Associazioni, operatori per conto dell'ATER e il servizio di portierato sociale; un operatore a tempo pieno dell'Azienda sanitaria, che funge da "Referente" di Microarea.

***LA CITTA' CHE
CURA***

Documentario di Erika Rossi

La deistituzionalizzazione nel mondo.

Questo termine viene spesso definito in modo non univoco e riduttivo e talvolta confuso con il superamento del manicomio e con la deospedalizzazione, che sono solo una parte della deistituzionalizzazione stessa.

Attualmente in tutti i Paesi ad alto livello di sviluppo, manicomi vengono progressivamente chiusi, mentre i nuovi servizi di comunità sono sempre più ricchi di funzioni e risorse.

Tuttavia, soltanto in Italia si è realizzato il Dipartimento di salute mentale, l'unica istituzione che fornisce assistenza psichiatrica senza ricorrere al ricovero manicomiale.

L'OMS attribuisce grande importanza al modello italiano di assistenza psichiatrica, di cui la deistituzionalizzazione è il presupposto.



**GOOD PRACTICE SERVICES:
PROMOTING HUMAN RIGHTS &
RECOVERY IN MENTAL HEALTH**
Trieste, 23-26 September 2019





Campagna internazionale per l'abolizione della contenzione fisica