



WHO Collaborating Centre  
for Research and Training  
in Mental Health



A.S.S. n. 1 Triestina  
Dipartimento di Salute Mentale

SONO SPETTINATA  
VORREI PETTINARMI  
PER PETTINARMI MI OCCORRE UN PETTINE  
HO BISOGNO DI UN PETTINE  
MA NON POSSIEDO UN PETTINE  
HO DIRITTO A UN PETTINE  
**VOGLIO UN PETTINE!**



DAL SUPERAMENTO DEL MANICOMIO

ai servizi territoriali di salute mentale

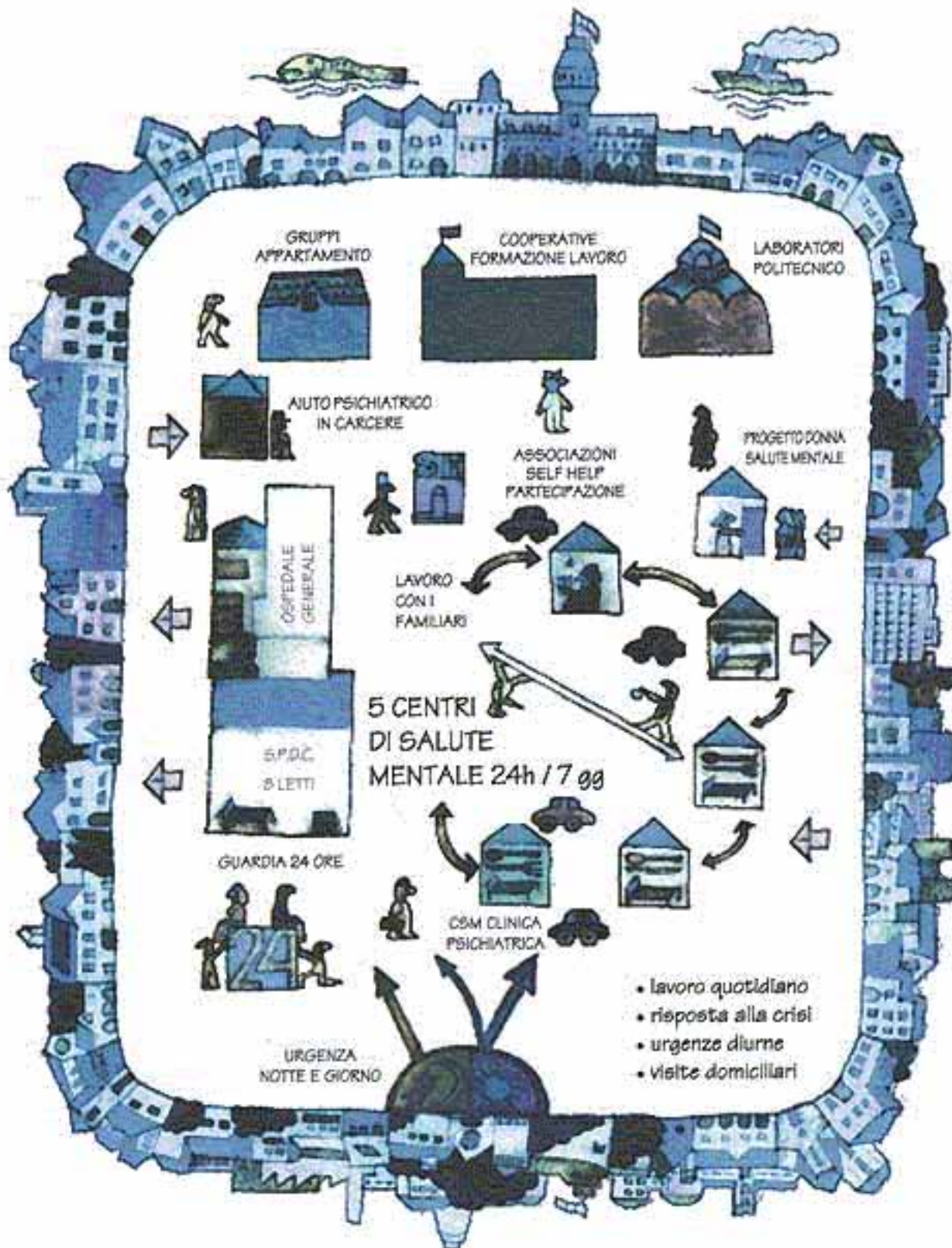
IDEASS ITALY

Innovation for Development and South-South Cooperation

In Italia, nel 1978, la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, nota come legge 180 ha dato avvio a un processo nazionale di superamento degli ospedali psichiatrici che alla fine degli anni novanta ha portato alla loro definitiva chiusura, con la progressiva creazione di servizi centrati sulla comunità, che permettono a chi soffre di problemi di salute mentale di condurre la propria vita in contesti sociali normali. Questa legge, che è stata la prima del suo genere a livello internazionale, ha cambiato radicalmente le modalità di cura e di assistenza in psichiatria.

# Presentazione

Testo di **Pepe Dell'Acqua**





...la cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile.

Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma ad ogni modo abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in altra maniera, e questa testimonianza è fondamentale. Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi voglia dire che si è vinto. Il punto importante è un altro, è che ora si sa cosa si può fare.."

Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, 1979



Nell'agosto 1971, Franco Basaglia assumeva la direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste in cui erano internate 1182 persone. Inizia così il lavoro di trasformazione, riabilitazione e costruzione di alternative che, a partire da un'équipe di tecnici, ha coinvolto istituzioni, enti locali, volontari di tutto il mondo e associazioni.

Già nel 1980, con la direzione di Franco Rotelli, i servizi operanti nel territorio avevano sostituito le vecchie forme di assistenza.

Da più di 30 anni Trieste (240.000 abitanti) vive senza manicomio. Un unico luogo di cura, il manicomio, è stato sostituito da 40 differenti strutture con funzioni e compiti diversificati, tra i quali risalta la cura a domicilio delle persone. I risultati mostrano che le nuove modalità di assistenza psichiatrica consentono anche un'importante riduzione della spesa. Infatti, mentre alla fine del 1971 il bilancio per la gestione dell'Ospedale Psichiatrico ammontava a circa 55 milioni di euro, nel 2010 la gestione dell'insieme dei servizi territoriali è costata circa 18 milioni di euro. Il personale è stato ridotto da 524 (1971) a 225 operatori (2010). I 1.182 posti letto ospedalieri del 1971 sono stati trasformati in 140 posti letto distribuiti nel territorio. Il numero delle persone che si riferiscono ai servizi ogni anno si avvicina al 20 per mille della popolazione.

Il complesso architettonico che ospitava l'Ospedale Psichiatrico è stato progressivamente restituito alla città. Oggi ospita facoltà universitarie e servizi cittadini, ma rimane un luogo significativo della cultura triestina: crogiuolo di tensioni e di utopie, laboratorio di culture della tolleranza e sede di uno splendido roseto storico.

Fin dal 1987 l'OMS ha riconosciuto l'esperienza di Trieste come un punto di riferimento per un approccio innovativo nell'assistenza psichiatrica. Nel 2010 il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato riconfermato come Centro Collaboratore dell'OMS per la Salute Mentale. In 30 anni, più di 50 paesi europei e di altri continenti hanno visitato i servizi di salute mentale di Trieste, per avviare percorsi analoghi con l'assistenza tecnica dei colleghi triestini, la media annuale degli ospiti in study-tour è di 1000 persone.

### Il Dipartimento di salute mentale di Trieste



Il punto di forza del Dipartimento è rappresentato da 4 Centri di Salute Mentale, distribuiti su 4 aree territoriali, dotati ciascuno di 8 posti letto e attivi 24 ore su 24. I Centri di salute mentale forniscono assistenza sanitaria e sociale, riabilitazione psicosociale e, se necessario, trattamenti per episodi acuti.

Per chi ha bisogno di un'assistenza a più lungo termine, sono stati creati gli appartamenti protetti per piccoli gruppi di persone, che offrono un ambiente amichevole e non medicalizzato. Il Servizio Abilitazione e Residenze coordina questi appartamenti (con 55 posti letto), le attività abilitative, riabilitative e di integrazione sociale con laboratori e progetti diffusi nella città. Infine, le opportunità di lavoro hanno permesso di assicurare un'integrazione effettiva nell'ambiente sociale. Il Servizio infatti coordina 15 cooperative sociali convenzionate, che attraverso borse di lavoro hanno permesso di integrare circa 375 persone negli ultimi 15 anni.

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, con 6 posti letto, dà la prima risposta all'emergenza di pronto soccorso psichiatrico e svolge la funzione di filtro e orientamento ai servizi territoriali di base.

Il numero dei Trattamenti Sanitari Obbligatori, con una media di 8 per 100.000 abitanti negli ultimi 10 anni, è per il più basso che si registra in Italia. Nessun triestino è internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.





## Che problema contribuisce a risolvere?

Sulla "distruzione dell'ospedale psichiatrico", come "fatto urgentemente necessario", Basaglia aveva scritto nel 1964

... Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (risultato della malattia che Burton chiama *institutional neurosis*, e che io chiamerei semplicemente *istituzionalizzazione*); 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. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, 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 — proprio in quanto tali — 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"...

Nella pubblicazione del 2010 *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, l'OMS sottolinea che... Nonostante la loro vulnerabilità, le persone con problemi di salute mentale - schizofrenia, disturbo bipolare, depressione, epilessia, disturbi da uso di alcol e droga, problemi dell'infanzia e adolescenza, ritardi intellettuali - sono state ampiamente trascurate dai programmi di sviluppo. Questo avviene nonostante la notevole diffusione dei problemi di salute mentale, il loro impatto economico sulle famiglie e le comunità, e i fenomeni connessi di discriminazione, emarginazione e stigmatizzazione. I problemi di salute mentale colpiscono milioni di persone nel mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che 151 milioni di persone soffrano di depressione e 26 milioni di schizofrenia; 125 milioni di persone sono affette da disturbi da uso di alcool. Ben 40 milioni di persone soffrono di epilessia e 24 milioni di Alzheimer ed altre forme di demenza. Ogni anno si registrano circa 844 mila casi di suicidio. Nei paesi a basso reddito, la depressione rappresenta un problema rilevante quasi quanto la malaria (3,2% contro 4,0%), ma i fondi investiti per combatterla sono una frazione molto piccola del totale allocato.

In tutto il mondo vaste quote di popolazione vivono tuttora in condizioni di oppressione a causa di vari fattori: estrema miseria economica e culturale, squilibri tra paesi ricchi e paesi poveri, mancanza di riconoscimento dei diritti umani fondamentali. In un contesto caratterizzato da profonde disuguaglianze, le persone che soffrono di disturbi mentali costituiscono una delle minoranze più oppresse: non solo perché è quella a cui con maggiore frequenza vengono negati i diritti di cittadinanza, ma perché la negazione dell'accesso ai diritti è in questo caso legittimata da un malinteso statuto scientifico di "malattia".

La gran parte dei fondi destinati alla psichiatria viene ancora oggi investita per ospedalizzare o segregare in istituzioni chiuse le persone che soffrono di disturbi mentali. Diventa dunque una priorità che i governi si impegnino a promuovere politiche

che, nel prevedere la chiusura di tutti i luoghi di contenzione e reclusione, diano impulso a interventi centrati sulla creazione di servizi di salute mentale che operino nei territori con il mandato di identificare scelte operative e strategie di promozione della salute e di concreto accesso ai diritti.

L'OMS sta dando appoggio a tutti i paesi interessati a mettere in atto politiche di riforma dei servizi di salute mentale. In questo quadro, il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato riconosciuto come Centro Collaboratore OMS per offrire ai politici, ai funzionari pubblici e agli operatori dei paesi interessati i saperi accumulati nel corso di 40 anni in un'esperienza che è stata avveniristica nei lontani anni '70 e che ancora continua a sperimentare metodi innovativi per garantire le cure alle persone in difficoltà nel rispetto dei loro diritti e per il loro inserimento nella vita sociale e lavorativa.



Nell'agosto 1971, assumendo la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste, Franco Basaglia costituì un gruppo di lavoro formato da giovani medici, sociologi, assistenti sociali, volontari e studenti provenienti da diverse città italiane ed europee. Molti erano attratti a Trieste dall'importanza che il discorso intorno alla psichiatria e alle istituzioni totali andava assumendo in quegli anni nei movimenti sociali e di opinione, negli organi d'informazione e nel dibattito politico. Nel suo libro *L'istituzione negata* (1968), mentre si documentavano gli sforzi per umanizzare i manicomi, si denunciava 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 doveva dunque andare oltre il manicomio: trasformare l'organizzazione non per riformarla, ma per superarla con una rete di servizi territoriali, alternativi e sostitutivi delle molteplici funzioni di cura, ospitalità, protezione e assistenza assolate dall'ospedale. La sfida era difficilissima perché malgrado le numerose esperienze riformatrici avviate anche in Francia e in Inghilterra nel secondo dopoguerra, nessuno era mai riuscito a spostare realmente l'asse delle cure dall'ospedale alla comunità. Non esistevano saperi o pratiche consolidate cui ispirare il processo riformatore. Anche le norme giuridiche e legislative di cui si disponeva, ancora basate sul giudizio di pericolosità del malato di mente, non erano di per sé sufficienti ad autorizzare una vera apertura e civilizzazione delle funzioni di cura della psichiatria in senso territoriale e comunitario.

Occorreva insomma cambiare il luogo della cura per cambiare i metodi della cura: non

bastava cambiare solo l'uno o gli altri. L'attenzione doveva essere spostata dalla malattia in sé alla totalità della persona: i suoi bisogni e diritti, ma anche le sue capacità e risorse. Gli interventi non dovevano essere rivolti solo all'individuo ma anche al suo contesto, alla sua rete di appartenenza e ai gruppi sociali di riferimento.

In altre parole, il compito delle politiche, sia dei governi centrali che delle amministrazioni locali, è quello di promuovere la cittadinanza per le fasce più svantaggiate e vulnerabili della popolazione. Più in particolare, alle persone che soffrono di gravi disturbi mentali occorre garantire la disponibilità di aiuti materiali e economici, anche transitori, per avere un reddito che consenta una vita dignitosa; condizioni di habitat soddisfacenti: la propria casa, ma anche la possibilità di vivere in comunità e in fasi particolari di bisogno in residenze transitorie, protette e semi-protette; l'inserimento lavorativo in rapporto alle proprie esigenze, capacità e inclinazioni; l'accesso all'istruzione, all'informazione, alla formazione; l'accesso a contesti e occasioni di socializzazione, per realizzare attività diverse e di tempo libero.

Quando una persona attraversa l'esperienza del disturbo mentale è elevato il rischio della perdita di fondamentali diritti personali e sociali. Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste nel 1995 ha approvato nel suo regolamento una "Carta dei diritti degli utenti" che ricorrono ai servizi di salute mentale. Si tratta di diritti normalmente sanciti dalla costituzione, ma che sono scarsamente godibili nella realtà per le persone che soffrono di disturbi mentali. Ma è anche e soprattutto il lavoro che il Dipartimento svolge nel territorio che garantisce il concreto e quotidiano esercizio dei diritti da parte delle persone che soffrono di disturbi mentali.

Infine, uno dei problemi che l'organizzazione territoriale dei servizi ha contribuito a risolvere in modo nuovo è la presa in carico della crisi e la sua evoluzione. L'approccio non burocratico agli stati di crisi, al di fuori del modello medico, tende a ridurre, se non a rendere inutile, il ricorso ai ricoveri ospedalieri, favorendo un più rapido ristabilimento di condizioni di equilibrio. Oltre a diminuire il rischio di ricadute, la crisi resta un evento che è parte della storia delle persone, con un proprio significato che va compreso e ricostruito, e un bisogno che va preso in carico attivando risorse e legami del contesto.

I servizi territoriali hanno adottato uno stile operativo che, distanziandosi dal modello clinico-ospedaliero, vanno incontro al paziente senza utilizzare filtri e competenze rigide, standardizzate, valorizzando la rete dei rapporti sociali, insistendo sulla qualità e sulle abilità delle persone piuttosto che sui sintomi. Si tratta di modelli operativi che non definiscono protocolli e tempi di ricovero, ma prestano la massima cura nel progetto di ogni persona, mantenendo elevata la qualità degli spazi, degli arredi, della pulizia, del cibo, in quanto decisiva per la qualità delle relazioni.

In Italia il processo per superare culture e legislazioni arcaiche, in contraddizione col sistema generale di salute mentale conquistato con la trasformazione dei manicomi, è ancora in corso. Nel 2011 si sta ancora lavorando per la chiusura dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari che ancora funzionano e dove 1200 persone sono ancora ricoverate e private dei diritti elementari. Anche in questo caso, i servizi di salute mentale comunitari, che sul territorio nazionale si fanno già carico della cura di più di 1 milione di persone, rappresentano l'alternativa all'istituzionalizzazione



# La riforma della psichiatria e la nascita dei servizi di salute mentale, in pratica

Sarebbe impossibile definire un modello di riforma dei servizi di salute mentale applicabile dovunque, data la complessità di questi processi e le grandi differenze tra paesi, tra culture e organizzazioni di servizi. Tuttavia, seguendo le fasi dell'esperienza di Trieste, è possibile indicare gli aspetti portanti e universali di un processo di riforma dei servizi di salute mentale.

## La legge 180 di riforma psichiatrica

**I**l 13 maggio 1978, sotto la spinta dei processi di deistituzionalizzazione in atto a Trieste e in altre parti d'Italia, viene approvata in Italia la legge 180 che decreta il graduale superamento degli ospedali psichiatrici a vantaggio di un modello di assistenza territoriale radicalmente innovativo. Al momento della promulgazione della legge, le strutture dell'ospedale psichiatrico di Trieste erano quasi completamente smantellate e il turnover dei pazienti era ridotto al minimo.

La Legge 180, Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori stabilisce che, anche in psichiatria, alla base del trattamento sanitario c'è il diritto della persona alla cura e alla salute e non più il giudizio di pericolosità. Il trattamento diventa di norma volontario ed è effettuato nei servizi che operano nel territorio. Nel caso in cui si reputi necessaria la degenza ospedaliera, il trattamento sarà eseguito presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura istituiti negli Ospedali Generali.

La Legge 180 stabilisce che negli ospedali psichiatrici non debba più essere ricoverato nessuno. Si tratta della prima legge nel mondo che mette al bando gli ospedali psichiatrici e rappresenta una conquista fondamentale per gli operatori che l'hanno anticipata.

## L'iniziativa di riforma e le sue condizioni legislative

Quando nel 1971 Franco Basaglia ha assunto la direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Trieste e avviato l'esperienza della sua trasformazione, l'assistenza psichiatrica in Italia era regolata da una legge del 1904 che metteva in primo piano il bisogno di protezione della società dai malati di mente, subordinando la cura alla custodia. Il ricovero avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore, e alienava i diritti civili della persona. L'assistenza psichiatrica era amministrata dalle Province, ciascuna delle quali doveva dotarsi di un manicomio.

La legge 180 avvia una nuova fase di lavoro per inquadrare le nuove disposizioni nei quadri normativi nazionali e locali e per definire progressivamente le competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei loro servizi e standard di funzionamento. Nel marzo 1999 il Ministero della Sanità annuncia l'avvenuta, definitiva chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici pubblici. Si conclude così un ciclo, durato oltre vent'anni, di avvio e sperimentazione della riforma, caratterizzato da una animata dialettica tra operatori, familiari, amministratori, politici e settori dell'opinione pubblica.







## Il cambiamento dell'organizzazione nell'Ospedale Psichiatrico

Al 31 dicembre 1971 erano ricoverate a Trieste 1182 persone, con un turnover annuo di circa 2500 pazienti, più del 90% dei quali subiva un ricovero coatto. Fu l'uso del ricovero volontario (art.4 Legge 1968), che permise alla nuova équipe di 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 d'interlocuzione nel miglioramento delle cure e dell'assistenza.

Già dai primi mesi del '72 molta attenzione è riservata al cambiamento organizzativo degli spazi interni e al cambiamento dei rapporti tra operatori e pazienti. Gli operatori sono riorganizzati in 5 équipe, incaricate di altrettante aree geografiche della città e della provincia. Attraverso riunioni quotidiane di direzione, riunioni delle équipe, incontri e discussioni con il personale inizia un nuovo spazio di confronto. In periodiche assemblee, coordinate da Basaglia, i pazienti dell'ospedale si riuniscono per discutere i cambiamenti in atto. All'apertura delle porte dei reparti corrisponde la soppressione delle terapie di shock e di tutti i sistemi di contenzione fisica. Viene anche abolita la divisione tra uomini e donne, e preparato il terreno per la creazione di reparti misti.

Mentre la vita comunitaria dell'ospedale si anima di numerose iniziative (feste, bar, giornale dei ricoverati), si moltiplicano le uscite dei pazienti in città, sia individuali che in piccolo gruppo. Le persone sono così reintegrate a poco a poco nel possesso del denaro per accedere ai luoghi pubblici, anche grazie a sussidi messi a disposizione dall'amministrazione provinciale.

## La restituzione dei diritti agli internati

Il lavoro d'équipe si concentra sulla ricostruzione dei bisogni e delle storie personali dei ricoverati, cercando di ricomporre il loro rapporto con le famiglie e i luoghi di provenienza. Man mano che i grandi reparti sono ridimensionati, si organizzano gruppi di convivenza, prima all'interno dell'ospedale e poi in città. Lo stile di lavoro è orientato al coinvolgimento degli infermieri, che devono abbandonare la tradizionale funzione di "custodi" per assumere un ruolo attivo nel processo di cambiamento.

Iniziano diverse forme di organizzazione dei pazienti, e tra queste di particolare importanza è la costituzione, nel 1972, della Cooperativa Lavoratori Uniti, che associa 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 diventa un punto di svolta con le vecchie pratiche di sfruttamento degli internati, impropriamente denominate "ergoterapia" e anticipa i percorsi che negli anni successivi porteranno alla creazione delle cooperative sociali.

Il riconoscimento del diritto al lavoro, insieme alla sostituzione dei reparti con le unità comunitarie di convivenza, più piccole e autonome, rendono evidente che non è la disabilità o la malattia in sé, bensì lo statuto giuridico e amministrativo di "internato" a ostacolare la reale costruzione di percorsi riabilitativi. Si apre così una vertenza con l'Amministrazione Provinciale affinché la cura e l'ospitalità, diurna e notturna, siano riconosciute come diritto anche per le persone che sono ancora obbligate a risiedere in ospedale come "ospiti" in mancanza di alternative abitative.





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"

Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, 1979

## La costruzione del rapporto tra ospedale e territorio

Anche se gli operatori continuano a lavorare nell'ospedale, già dal '73 le pratiche sono molto proiettate all'esterno, nella ripresa del rapporto con le famiglie, nel portare i ricoverati in città, nella ricerca di lavoro e di alloggi per le persone dimissibili. E anche l'ospedale si apre sempre più all'ingresso della città con collettivi d'arte, feste e concerti che richiamano la popolazione e permettono di costruire alleanze tra l'esperienza psichiatrica e gli attori sociali: gruppi di giovani, movimenti delle donne e degli studenti, organizzazioni politiche e

sindacali, organi di informazione e di opinione, intellettuali e artisti.

Nel primo reparto vuoto si organizza un laboratorio di pittura, scultura, teatro e scrittura. Sempre più frequentemente si organizzano soggiorni in località di villeggiatura e uscite in gruppo per partecipare alle normali attività della città.

Fra il '73 e il '74 i pazienti, prima sistemati nei reparti con il criterio della gravità (agitati, violenti, sudici, infermi, cronici) sono ridistribuiti sulla base della provenienza

dalle zone della città che corrispondono ai suoi Distretti Sanitari. Si dà così inizio a un lavoro che ha come obiettivo esplicito la dimissione e il sostegno del paziente nel proprio domicilio e contesto di vita.

Il lavoro all'esterno dell'ospedale, tra resistenze, successi, conflitti, introduce i primi e più significativi cambiamenti nella pratica terapeutica e nell'assetto istituzionale, gerarchico e amministrativo, diventando una scuola di formazione sul campo per infermieri e medici.

## La nascita dei primi Centri territoriali di Salute Mentale

All'inizio del '75 i ricoverati erano già diminuiti a 800 e le persone dimesse erano state collocate nelle famiglie, in gruppi appartamento e in abitazioni autonome.

I primi Centri di Salute Mentale nei Distretti Sanitari della città sono stati attivati tra il '75 e il '76, per sostenere i pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico e per prendere in carico i pazienti in crisi. Funzionanti come centri di riferimento diurno, lavoravano per ridurre in modo consistente il numero dei nuovi ingressi in ospedale, oltre che la frequenza e la durata dei ricoveri. Nascono in anticipo rispetto alla legge nazionale di riforma, mentre è ancora attiva l'organizzazione dell'ospedale psichiatrico e la convivenza di due modelli organizzativi e culturali di assistenza, due modalità di spesa, due orientamenti per la gestione degli infermieri rischiavano di creare una paralisi nel processo di trasformazione. In questa situazione l'équipe prese dunque la decisione coraggiosa di investire e qualificare l'assistenza territoriale, rafforzando progressivamente i Centri di Salute Mentale in modo che operassero 24 ore su 24. Verso la fine del 1977, Basaglia decise di annunciare pubblicamente la chiusura dell'Ospedale psichiatrico come fatto ormai irreversibile.

I ricoverati erano diminuiti a 132, mentre gli ospiti delle strutture protette interne all'ospedale erano 433. Nello stesso anno venne istituito un Servizio di guardia psichiatrica, funzionante 24 ore su 24, presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale, con le funzioni di filtrare la domanda psichiatrica, trovare le soluzioni più adeguate alla crisi, contrastare il ricorso automatico al ricovero coatto.



## La chiusura dell'Ospedale Psichiatrico

Con l'emanazione della Legge 180, nel 1978, che rappresenta una conquista per tutti gli attori che hanno partecipato alla trasformazione dei manicomi ed uno strumento indispensabile per completare il processo di riforma della psichiatria, a Trieste si rafforzano i servizi e gli interventi territoriali avviati, sia dal punto di vista amministrativo che nell'attribuzione delle risorse. Il Servizio di Guardia psichiatrica dell'Ospedale Generale viene trasformato nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, previsto dalla Legge, con funzioni di pronto soccorso psichiatrico, consulenza ai diversi reparti ospedalieri e smistamento della domanda ai Centri di Salute Mentale competenti per territorio.

Nel novembre del 1979 Franco Basaglia è chiamato a dirigere i servizi psichiatrici nella Regione Lazio e al nuovo direttore incaricato, Franco Rotelli, spetta il compito di chiudere definitivamente l'ospedale psichiatrico. Sono anni di transizione organizzativa, in cui il governo della riforma psichiatrica sarà inserito nel Sistema Sanitario Nazionale, trasferendo le competenze dalla Provincia all'Unità Sanitaria Locale.

Il 21 aprile 1980 l'Amministrazione Provinciale dichiara con una propria delibera che l'Ospedale Psichiatrico di Trieste... può cessare dalle sue funzioni e quindi essere soppresso.



## L'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale e dei suoi servizi

Nel 1981 è istituito il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) previsto dalla Legge. Il DSM garantisce l'unità tecnica, amministrativa e progettuale della rete dei servizi territoriali, dei loro programmi e attività. Sono definiti gli standard di funzionamento dei Centri di Salute Mentale, a ciascuno dei quali compete un bacino d'utenza di circa 50.000 abitanti, con 8 posti letto e una mensa per le persone in ospitalità diurna e diurno/notturna.

Nei territori si rafforzano i gruppi abitativi e residenziali, per dare ospitalità non solo ai dimessi dall'ospedale psichiatrico, ma anche a persone che, pur non essendo mai

state ricoverate, vivono in situazioni familiari precarie o di grave conflittualità. Si sviluppano programmi riabilitativi, di formazione e socializzazione: attività ricreative e del tempo libero, laboratori espressivi, corsi di alfabetizzazione e scolarizzazione. Verso la metà degli anni '80 aumenta il numero delle cooperative per l'inserimento al lavoro, con la progressiva qualificazione ed estensione della gamma delle attività.

L'intervento delle cooperative sarà sempre più rivolto, anche negli anni seguenti, a costruire percorsi di emancipazione per persone che presentano svantaggi e disabilità di diversa natura, provenienti dall'area della

psichiatria, della tossicodipendenza, della marginalità sociale. Il rafforzamento della loro azione, in una prospettiva di "impresa sociale", coinciderà negli anni '90 con un lavoro molto significativo del DSM, teorico e pratico, per l'esercizio pieno dei diritti di cittadinanza degli utenti dei servizi di salute mentale. I programmi abilitativi e di emancipazione, centrati sull'habitat, il lavoro, la socialità, l'istruzione, la formazione, tenderanno a essere sempre più finalizzati alla costruzione di reti, gruppi di incontro e di autoaiuto, mirati a fasce di popolazione a rischio.



## Risultati

Nel corso del complesso percorso di riforma per superare il manicomio e mettere in opera i servizi territoriali di salute mentale, sono stati raggiunti risultati strutturali, sia in termini di organizzazione dei servizi che della qualità delle risposte alla popolazione. Le modalità organizzative e operative raggiunte, rappresentano anche un punto di riferimento per quanti sono interessati a costruire alternative territoriali all'assistenza psichiatrica tradizionale.

## Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale, istituito nel 1981, è collocato all'interno dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste. L'Azienda, che serve una popolazione di circa 240 mila abitanti, è suddivisa in quattro Distretti Sanitari. In ognuno dei Distretti Sanitari operano i Centri di Salute Mentale.

### Come si accede ai servizi di salute mentale

**P**er accedere ai servizi di salute mentale di Trieste, la persona interessata o i suoi familiari, parenti, amici, vicini di casa, possono rivolgersi al Centro di Salute Mentale competente territorialmente. L'intervento si svolge nel rispetto dei diritti di riservatezza e privacy dell'utente e anche quando sono altri a formulare la richiesta, si fa in modo che sia la persona che manifesta il disagio a esprimere la domanda di aiuto al servizio.

La richiesta di appuntamento può essere diretta, attraverso il telefono, o tramite il medico curante. Il primo contatto può avvenire presso il Distretto, a domicilio, o presso altre strutture sociosanitarie. Anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Generale può richiedere l'intervento del CSM per le persone la cui domanda sia pervenuta alle strutture di pronto soccorso.

Non ci sono liste d'attesa e il primo colloquio avviene entro le 24 ore successive alla richiesta. La domanda è accolta dal personale in servizio e la prima valutazione, dopo il colloquio iniziale, è svolta dallo psichiatra o psicologo, in collaborazione con l'équipe.

Si prendono in considerazione gli aspetti problematici per come vengono presentati, si valuta l'opportunità e la consistenza del progetto di presa in carico.

La risposta e il programma terapeutico sono adattati ai problemi e ai particolari bisogni delle persone coinvolte e la scelta del servizio è di offrire il più possibile interventi personalizzati, non standardizzati.

Il Dipartimento di Salute Mentale, diretto dal 1995 da Peppe Dell'Acqua, è la struttura operativa dell'Azienda per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e l'organizzazione degli interventi di tutela della salute mentale dei cittadini. È compito del Dipartimento anche operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale, e partecipare a promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza. Il Dipartimento garantisce che i servizi per la salute mentale operanti nell'Azienda sanitaria costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, in coordinamento con gli altri servizi sanitari, con la comunità e le sue istituzioni. Il Dipartimento cura anche l'aggiornamento e la formazione di tutte le figure professionali, per gli operatori locali, di altre regioni italiane e di altri paesi. Nell'insieme dei servizi coordinati dal Dipartimento operano oggi 220 professionisti (psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione), personale delle cooperative sociali, ed infine tirocinanti e volontari, spesso provenienti da altre città, regioni e paesi del mondo.

## I Centri di Salute Mentale

Il Dipartimento gestisce 4 Centri di Salute Mentale (CSM) attivi nei 4 Distretti in cui è suddivisa l'Azienda sanitaria e che servono ognuno una popolazione di circa 60.000 abitanti. Ognuno dei Centri è aperto 7 giorni della settimana, 24 ore su 24, ed è dotato di 8 posti letto. I Centri rappresentano il punto di accesso al sistema di salute mentale, e i luoghi di programmazione degli interventi. Lo stile di lavoro privilegia la continuità dell'intervento terapeutico - riabilitativo, specie per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi. Il servizio è organizzato per intervenire nei diversi luoghi in cui l'utente si trova: non solo la sua abitazione, ma anche l'ospedale, il pensionato per anziani, il carcere e l'ospedale psichiatrico giudiziario. I Centri svolgono le seguenti attività:



- Ospitalità Notturna, per periodi di tempo variabili, per rispondere alle crisi, per proteggere da particolari rischi, o consentire una distanza sia al paziente che alla sua famiglia.
- Ospitalità Diurna, per offrire protezione negli stati di crisi o di tensione, per seguire terapie farmacologiche e per il sostegno psicoterapeutico, per stimolare la partecipazione a diverse attività di reinserimento.
- Visita ambulatoriale, per la consultazione iniziale e la verifica dell'andamento del programma terapeutico.
- Visita domiciliare, per conoscere le condizioni di vita della persona e della sua famiglia, per mediare i conflitti nelle relazioni di vicinato nelle situazioni di crisi, per somministrare la terapia farmacologica, per accompagnare le persone in ospedale, negli uffici pubblici, al lavoro.
- Lavoro terapeutico individuale, per l'ascolto e l'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona, per cercare vie d'uscita e costruire nuovi equilibri.
- Lavoro terapeutico con la famiglia, per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, per stimolare possibili cambiamenti, costruire alleanze nel programma terapeutico.
- Attività di gruppo tra operatori, volontari, utenti e famiglie, per attivare una rete sociale in cui possono essere coinvolti amici, colleghi di lavoro, vicini di casa, o altre figure che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale.

- Interventi di abilitazione e prevenzione, attraverso le cooperative, i laboratori espressivi, la scuola, le attività sportive e ricreative, i gruppi di aggregazione giovanile e di autoaiuto.
- Sostegni alle persone più svantaggiate e le loro famiglie, attraverso assegni economici (di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative) oppure inviando o accompagnando il paziente presso enti ed istituzioni che possono rispondere a queste domande.
- Sostegni riabilitativi svolti a domicilio, nei gruppi appartamento, nelle comunità alloggio e terapeutiche, con differenti gradi di assistenza e di protezione adeguati alle disabilità e ai bisogni delle persone.
- Attività di consulenza presso servizi sanitari, reparti ospedalieri, distretti sanitari e carcere, ove siano ricoverati utenti già in cura al CSM, per approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico.
- Servizio di risposta a telefonate per segnalazioni di urgenze, consigli, appuntamenti e verifiche delle attività terapeutiche in corso.



## Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'Ospedale Generale

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è situato presso l'Ospedale Generale di Trieste, è dotato di 8 posti letto e aperto sulle 24 ore. Vi operano psichiatri e infermieri, ma il Servizio si avvale della reperibilità svolta a turno dai medici psichiatri provenienti da tutte le Unità Operative del DSM.

Il Servizio svolge attività di consulenza psichiatrica per i casi di urgenza/emergenza che si presentano al Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale, e offre interventi di consulenza alle Unità Operative ospedaliere che ne fanno richiesta. L'équipe, dopo la valutazione specialistica, e dopo aver prestato le prime cure, può attivare il Centro di Salute Mentale di competenza, per la presa in carico.

L'obiettivo del Servizio è di ridurre il più possibile la durata del ricovero ospedaliero, che in ogni caso non è considerato alternativo o sostitutivo della presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale di competenza. Il Servizio fa in modo che i pazienti, anche nelle situazioni più gravi, mantengano i contatti con il proprio ambiente per superare più facilmente le situazioni di crisi, evitando l'istituzionalizzazione. Le porte del servizio sono sempre aperte e non si ricorre mai, in nessun caso, alla contenzione.





### Le residenze di integrazione sociale

**G**estite dai Centri di Salute Mentale, sono utilizzate per utenti con ridotte capacità di vita autonoma, che richiedono un sostegno per le attività della vita quotidiana. In case di proprietà o in affitto ad uno o più ospiti, ha luogo la convivenza sostenuta dagli operatori del servizio. Il supporto è programmato per i diversi bisogni e livelli di autonomia degli ospiti.

### Le residenze terapeutico-riabilitative

**S**i tratta di 12 case o appartamenti, affittati o di proprietà dell'Azienda Sanitaria, gestite dal Servizio attraverso propri operatori o attraverso convenzioni con cooperative sociali o associazioni di volontariato. Ospitano persone con disturbi rilevanti e importanti disabilità, che non possono contare sulla rete familiare o sociale, come ex lungodegenti dell'ospedale psichiatrico, o persone che richiedono programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati e continuativi.

## Il Servizio per le strutture residenziali

Questo Servizio, che opera in stretto contatto con i CSM, le cooperative e agenzie formative, realizza attività riabilitative, programmi di formazione e di inserimento al lavoro.

Il Servizio ha creato un Politecnico-Centro Diurno, che realizza laboratori e attività di formazione artistica, artigianale e culturale. Vi operano insegnanti, maestri d'arte, artisti, associazioni culturali e di volontariato. È uno spazio aperto ai cittadini provenienti dai servizi di salute mentale, ma accessibile a tutti. I Laboratori di teatro, arti visive, musica, tessuti e filati, cura del corpo, sono i più frequentati.

Nel 1996 è stato creato anche l'Ufficio formazione e inserimento lavorativo, con l'appoggio degli operatori dei diversi servizi del Dipartimento. Gli utenti coinvolti in programmi di formazione/lavoro possono godere di assegni in denaro (borse di formazione al lavoro) che costituiscono uno strumento terapeutico molto rilevante. Dal 1998 l'Ufficio collabora attivamente con le cooperative sociali della Provincia di Trieste per elaborare strategie contro l'esclusione sociale e realizzare progetti di partnership territoriali per l'integrazione e lo sviluppo.

## I Servizi di Salute Mentale nei Distretti

Questi Servizi, organizzati nei Distretti Sanitari, svolgono attività di consulenza psichiatrica, su richiesta del medico di famiglia o in risposta a segnalazioni, e intervengono nei casi di persone che hanno difficoltà a rivolgersi direttamente al CSM. Realizzano interventi precoci per persone con problemi psichiatrici mai riconosciuti prima, permettono di migliorare la qualità delle cure mediche territoriali e ospedaliere per le persone con disturbi mentali, di ridurre la frequenza e la durata delle degenze ospedaliere e dei loro costi. Inoltre intervengono nei diversi contesti con programmi specifici di sostegno caso per caso, in integrazione con altri servizi, per migliorare i percorsi di cura e sostenere i nuclei familiari; realizzare interventi riabilitativi a domicilio e in situazioni residenziali; migliorare le condizioni abitative e relazionali nelle strutture residenziali. Ad esempio, realizzano programmi di sostegno e socializzazione per le persone anziane, in collaborazione con gli operatori di altri servizi e con le associazioni del territorio, per evitare i rischi di istituzionalizzazione nelle case di riposo.

## La Clinica Psichiatrica Universitaria

La Clinica Psichiatrica Universitaria svolge attività didattica, di ricerca e assistenza nel campo della salute mentale. Dispone di 12 posti letto, sia per la degenza che per interventi di day hospital.

La Clinica è la sede della Scuola di specializzazione in psichiatria, e realizza programmi di ricerca articolati in attività di tipo epidemiologico, clinico e psicofarmacologico che interessano le varie patologie psichiatriche. Particolarmente approfonditi sono gli aspetti psicopatologici dell'umore, i problemi connessi alle condotte suicidarie e ai disturbi del comportamento alimentare. Per le patologie relative al decadimento demenziale, la Clinica è punto di riferimento per l'Azienda Sanitaria triestina e per le Aziende di altre Regioni.

## I programmi attivi nel territorio

Avviati fin dalla prima metà degli anni '80, questi programmi si occupano dei problemi prevalenti del territorio, con risposte che articolano in rete le risorse locali e tutte le Unità Operative del DSM. Alcuni esempi:

- Il Servizio presso il Carcere di Trieste, istituito nel 1979 e gestito in collaborazione con le associazioni di volontariato, svolge attività di prevenzione e cura del disagio psichico nel corso della detenzione e garantisce la continuità terapeutica per le persone detenute e che erano già in carico ai servizi di salute mentale; favorisce l'applicazione di misure alternative alla carcerazione (semilibertà, affidamento, lavoro esterno); evita l'invio all'ospedale psichiatrico giudiziario.
- I Programmi di auto-aiuto coinvolgono in club o altre forme associative gli utenti dei servizi, in particolare persone che hanno vissuto o stanno vivendo esperienze personali, familiari e sociali difficili.
- Il lavoro con i familiari. Avviato nel 1987, coinvolge i familiari per affrontare meglio i problemi emozionali e le difficoltà di organizzazione della vita quotidiana nella convivenza con un parente che soffre di gravi disturbi mentali. Il DSM organizza anche programmi informativi, incontri con gruppi estesi di familiari provenienti dalle diverse aree territoriali, incontri con genitori di giovani all'esordio della malattia.

### Il Telefono Speciale



È stato avviato nel 1996, per ridurre l'isolamento e la solitudine degli anziani, in una città dove non sono rare le morti solitarie e i suicidi. Il Telefono verde è attivo 24 ore al giorno ed è collegato alla rete dei servizi sociali. Nel 2003, dopo quattro anni di lavoro, erano più di mille le donne e gli uomini anziani di Trieste seguiti dal progetto. Si realizzano anche campagne informative e interventi nella stampa locale.

## Le cooperative sociali

Fin dal 1980 sono attivate a Trieste le prime cooperative che integrano le persone svantaggiate. Nel 1991, tenendo conto delle positive esperienze realizzate in tutto il territorio nazionale, il Governo italiano vara una legge per la Disciplina delle Cooperative Sociali, che prevede che queste cooperative possano gestire servizi socio sanitari ed educativi e svolgere attività diverse (agricole, industriali, commerciali e di servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Le persone svantaggiate devono costituire, secondo la legge, almeno il 30% dei lavoratori delle cooperative. Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è convenzionato con 2 cooperative per la gestione di servizi sociosanitari ed educativi nelle strutture residenziali e con 10 cooperative che inseriscono al lavoro persone svantaggiate in attività molto differenziate: giardinaggio, artigianato per l'arredo e per la moda, ornati architettonici, serigrafia, ristorazione, pulizie, recupero e riciclaggio di materiale usato, trasporti e altre.

## Il collegamento con le associazioni di volontariato

Il Dipartimento di Salute Mentale collabora con numerose associazioni che difendono e promuovono i diritti delle persone che soffrono di disturbi mentali e delle loro famiglie. Queste Associazioni collaborano inoltre nelle attività e programmi terapeutico - riabilitativi (residenze, alloggi, attività del tempo libero, linea telefonica per l'informazione). Molto efficace è il loro intervento nel promuovere l'immagine delle persone con disturbi mentali, nella lotta allo stigma, alla discriminazione e all'emarginazione. Il DSM opera anche in stretto collegamento con 11 Associazioni del territorio che gestiscono strutture e programmi anche attraverso convenzioni con le Amministrazioni pubbliche locali.

## Lo sviluppo territoriale dell'insieme dei servizi sanitari triestini

Nel 1998 la Regione Friuli Venezia Giulia, per valorizzare l'insieme dei servizi sanitari territoriali, ha istituito l'Azienda Sanitaria n°1 Triestina. L'Azienda incorpora il Dipartimento di Salute Mentale e rafforza anche negli altri settori della medicina i servizi territoriali alternativi agli ospedali generali. Con la nascita dell'Azienda Sanitaria territoriale, che s'ispira fortemente al lavoro realizzato nella psichiatria, hanno origine e si sviluppano i 4 Distretti Sanitari, che organizzano i propri servizi in modo da evitare e ridurre l'ospedalizzazione in tutti i campi: cardiologia, pneumologia, geriatria, fisiatria e oncologia.

L'obiettivo di ridurre il ruolo dell'ospedale orienterà negli anni il lavoro dei Distretti Sanitari verso lo sviluppo di servizi polivalenti e articolati in un insieme di strutture che, con i medici di medicina generale e primaria, offrono nel territorio un'imponente quantità di servizi.

Questa evoluzione dell'insieme della sanità triestina, oltre a rappresentare una conquista dell'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale, consente di realizzare interventi efficaci di salute mentale nel territorio, con la collaborazione attiva di una rete importante di strutture che operano con la stessa finalità di avvicinare le forme di assistenza ai bisogni dei cittadini.



## L'interesse internazionale

Nel 2010, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha designato il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste come Centro Collaborativo OMS per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale, per un periodo di quattro anni.

Dal 1987, Trieste ha rappresentato una delle esperienze più avanzate in Italia e in Europa per la deistituzionalizzazione e per i suoi servizi territoriali di salute mentale ed è diventata un punto di riferimento internazionale per queste tematiche. Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, nominato Centro Collaborativo OMS per la prima volta nel 1987, da oltre trenta anni sviluppa attività e servizi comunitari nel proprio territorio e fornisce supporto anche a diversi paesi che lo richiedono da ogni continente.

Nel 2005 il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è stato riconosciuto come Centro Collaborativo Guida per lo Sviluppo dei Servizi, nell'ambito della Dichiarazione di Helsinki e del Piano d'Azione dell'OMS-Europa. Da allora ha organizzato stages e visite di studio per un gran numero di professionisti provenienti da 28 paesi dell'Europa e di altri continenti.

Nel corso del 2009 sono stati organizzati stages, seminari e offerti servizi per 47 gruppi, di cui 35 stranieri, per un totale di 700 persone. Si tratta di medici e assistenti, psicologi, lavoratori sociali, manager, amministratori, politici, studenti e stagisti, membri delle associazioni di utenti, familiari e volontari, cooperative sociali, provenienti dai seguenti paesi: Italia, Grecia, Gran Bretagna, Norvegia, Finlandia, Svezia, Francia, Svizzera, Germania, Serbia, Irlanda, Slovenia, Croazia, Portogallo, Polonia, Olanda, Giappone, Australia, Nuova Zelanda, USA, Brasile, Argentina, Venezuela, Colombia, Corea, Turchia, Palestina, Giordania, Iran, Malesia.

Il piano di lavoro per i prossimi quattro anni, approvato dall'OMS, prevede in particolare di cooperare allo sviluppo di servizi locali di salute mentale in quei paesi che hanno intrapreso o intendono intraprendere, non senza difficoltà, i processi di riforma psichiatrica. In particolare, si sosterranno le reti di esperienze dell'America Latina ed i processi di riforma in corso, soprattutto in Argentina e Brasile.

Il Centro Collaborativo PMS di Trieste può offrire agli attori interessati:

- Supporto e orientamento in diversi paesi per la deistituzionalizzazione e lo sviluppo di servizi integrati di salute mentale: elaborazione di politiche a livello locale e nazionale; orientamento e gestione, organizzazione e sviluppo di reti di servizi locali, sviluppo della forza lavoro (équipe multidisciplinari).
- Collaborazione, cooperazione e networking con alcuni paesi o territori che abbiano dimostrato l'interesse e la capacità di sviluppare servizi comunitari di salute mentale.

- Diffusione di Sistemi Complessi ed Approcci di Riabilitazione: pratiche innovative di salute mentale in comunità (alternative per la cura di pazienti acuti; Centri integrati di salute mentale; servizi per la riabilitazione, il recupero e l'integrazione sociale; deistituzionalizzazione cambiamento del sistema complessivo di cura; rete integrata di interventi precoci, tecnologie, funzionamento e politiche per le imprese sociali e Cooperative).

Il Centro di Formazione di Trieste è dotato di: biblioteca e archivio aperto al pubblico e realizzato con un software innovativo per la consultazione interattiva (16.000 file archiviati). Oltre il giardino (1908-2009); Archivio storico che include anche una versione internet; attrezzature per teleconferenza e videoconferenza; Clinica Psichiatrica Universitaria con strutture di formazione, stanze, biblioteca, alloggio gratuito in qualsiasi momento fino a 1 anno per circa 15 professionisti tirocinanti e stagisti, provenienti dall'Italia (formazione obbligatoria per psicologi), da Argentina e Brasile per progetti specifici e da altri paesi su richiesta.

L'incontro internazionale "Trieste 2010: cos'è la salute mentale" (Febbraio 2010) ha registrato la partecipazione di oltre 1500 persone provenienti da tutto il mondo e si è concluso con la proposta di istituire una Conferenza Permanente, con il patrocinio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Un gruppo di promotori ha quindi creato l'associazione "Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel mondo: Franco Basaglia". Attraverso il lavoro di un Comitato Internazionale, l'obiettivo della Conferenza è di coinvolgere attori ed esperienze di diversi paesi del mondo e rappresentare le loro specifiche realtà.



## ■ Per saperne di più

Per informazioni sul Centro Collaborativo OMS di Trieste per la Ricerca e la Formazione in Salute Mentale, si può visitare il seguente sito: <http://www.triestesalutementale.it>

Il sito dell'OMS presenta un'informazione generale sui Centri Collaborativi nelle seguenti pagine: <http://www.who.int/collaboratingcentres/en/>

Altre informazioni di interesse sono contenute nel sito del Forum Salute Mentale: <http://www.forumsalutementale.it>



## ■ Chi contattare

Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste e il Centro Collaborativo OMS sono disponibili a dare assistenza tecnica ai paesi che intendono avviare processi di riforma nel campo della salute mentale. Per saperne di più e per stabilire future collaborazioni, contattare:

### **Dipartimento di Salute Mentale di Trieste**

Indirizzo e-mail: [dsm@assl.sanita.fvg.it](mailto:dsm@assl.sanita.fvg.it)

### **Centro Collaborativo OMS**

Indirizzo e-mail: [who.cc@assl.sanita.fvg.it](mailto:who.cc@assl.sanita.fvg.it)

**Ugo Guarino** è l'autore del disegno di copertina della brochure. Nato a Trieste nel 1930, pittore, scultore e grafico, ha collaborato attivamente dal 1972 al lavoro di apertura del manicomio e di promozione dei servizi territoriali. I fogli Arcobaleno e gli improvvisati laboratori furono i primi segnali concreti del desiderio di comunicare agli internati. Ha lavorato per alcune gallerie americane e frequentato le avanguardie artistiche degli anni sessanta. Ha pubblicato tante opere che è impossibile qui elencare. Nel libro *Zitti e buoni! Tecniche del controllo*, pubblicato da Feltrinelli nel 1979, mette in fila le esilaranti e tragiche osservazioni grafiche del suo lavoro in manicomio.



**The IDEASS Programme** - Innovation for Development and South-South Cooperation - is part of the international cooperation Initiative ART. IDEASS grew out of the major world summits in the 1990s and the Millennium General Assembly and it gives priority to cooperation between protagonists in the South, with the support of the industrialised countries.

**The aim of IDEASS** is to strengthen the effectiveness of local development processes through the increased use of innovations for human development. By means of south-south cooperation projects, it acts as a catalyst for the spread of social, economic and technological innovations that favour economic and social development at the local level. The innovations promoted may be products, technologies, or social, economic or cultural practices. For more information about the IDEASS Programme, please consult the website: [www.ideassonline.org](http://www.ideassonline.org).

# IDEASS

## Innovation for Development and South-South Cooperation



ART - Support for territorial and thematic networks of co-operation for human development - is an international co-operation initiative that brings together programmes and activities of several United Nations Agencies. ART promotes a new type of multilateralism in which the United Nations system works with governments to promote the active participation of local communities and social actors from the South and the North. ART shares the objectives of the Millennium Development Goals.

In the interested countries, ART promotes and supports national co-operation framework programmes for Governance and Local Development - ART GOLD. These Programs create an organized institutional context that allows the various national and international actors to contribute to a country's human development in co-ordinated and complementary ways. Participants include donor countries, United Nations agencies, regional governments, city and local governments, associations, universities, private sector organizations and non-governmental organizations.

It is in the framework of ART GOLD Programmes where IDEASS innovations are promoted and where cooperation projects are implemented for their transfer, whenever required by local actors.