

L'architettura della cura psichiatrica Dai manicomi ai Centri territoriali





**Politecnico
di Torino**

Politecnico di Torino

Architettura Costruzione Città
A.a. 2024/2025
Sessione di Laurea Febbraio 2025

L'architettura della cura psichiatrica Dai manicomi ai Centri territoriali

Relatore: Giovanni Durbiano

Candidata: Sara Segato

INDICE



ABSTRACT

2



INTRODUZIONE

5



**DALLA RECLUSIONE ALLA CURA: LA SALUTE
MENTALE TRA STORIA E ARCHITETTURA**

9

1.0 L'architettura come strumento di reclusione e cura

11

1.1 L'evoluzione della normativa italiana

2

L'ARCHITETTURA DELLA FOLLIA	21
2.0 L'evoluzione degli spazi della salute mentale	23
2.1 L'architettura manicomiale	25
2.1.1 Nascita dei manicomi	25
2.1.2 Le caratteristiche	26
2.1.3 I manicomi in Italia	28
2.1.4 Modelli differenti	30
2.2 I complessi manicomiali in Piemonte	33
2.2.0 L'istituzione progettata	33
2.2.1 Lo 'Spedale de Pazzereelli	34
2.2.2 Regio manicomio di Torino	36
2.2.3 Reale Certosa di Collegno	38
2.2.4 Istituto Interprovinciale di Grugliasco	40
2.2.5 La gestione dei manicomi nella Provincia di Torino	47
2.2.6 Manicomio di Racconigi	48
2.2.7 Manicomio di Vercelli	50
2.2.8 Manicomio di Novara	52
2.3 I criteri di progettazione dei manicomi	55

3

PROGETTARE DOPO I MANICOMI: LIMITI E POTENZIALITÀ DELL'ATTUALE NORMATIVA SUI REQUISITI MINIMI

3.0	Il superamento dei manicomi	59
3.1	L'attenzione per la salute mentale	61
3.1.1	La salute mentale	63
3.1.2	La salute mentale a livello internazionale	63
3.1.3	Un progetto per la rete assistenziale italiana	64
3.2	La rete dei servizi per la salute mentale	66
3.2.1	Il passaggio alla psichiatria di settore	69
3.2.2	Centro di Salute Mentale - CSM	69
3.2.3	Centro Territoriale - CT	70
3.2.4	Servizi Ospedalieri SPDC e DH	71
3.2.5	Strutture Residenziali - SR	72

4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE	77
4.0 Analisi quantitativa dei servizi psichiatrici in Piemonte	79
4.1 Il benessere mentale nella Regione	81
4.1.1 Il Rapporto Salute Mentale in Piemonte	81
4.1.2 Il benessere psicologico dei piemontesi	84
4.2 La rete dei servizi delle ASL	85
4.2.1 La distribuzione della popolazione tra le ASL	85
4.2.2 Analisi quantitativa dei CSM	88
4.2.3 Analisi quantitativa dei CD	89
4.2.4 Analisi quantitativa degli SPDC	90
4.3 L'ASL della Città di Torino	91
4.3.1 La suddivisione in ROT	91
4.3.2 Analisi della popolazione	93
4.3.3 Analisi quantitativa dei servizi	95

5

TRE CASI STUDIO DI STRUTTURE TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE

	99
5.0 Dal CSM alla riabilitazione	101
5.1 Centro di Salute Mentale di Corso Lecce	105
5.1.1 La struttura	105
5.1.2 Considerazioni spaziali	107
5.2 Casa Bordino	109
5.2.1 La struttura	109
5.3 SRP1 ALTHAEA	113
La struttura	113

6

PROGETTAZIONE PENSATA: UNA STRATEGIA PER IL CENTRO TERRITORIALE DI VIA SOSTEGNO 33

6.0	La definizione di una strategia	123
6.1	Il Centro Territoriale di Via Sostegno 33	125
6.1.1	Inquadramento generale	125
6.1.2	Un edificio rifunzionalizzato	129
6.2	Dagli spazi minimi agli spazi utili	135
6.2.1	La libertà della normativa	135
6.2.2	La suddivisione funzionale	136
6.2.3	L'analisi dell'utenza	138
6.3	Formulare una strategia di progettazione	143
6.3.1	Una progettazione pensata	143
6.3.2	Definizione degli attori	144
6.3.3	Le considerazioni degli attori fruitori	146
6.3.4	Definizione dei criteri	150
6.3.5	Valutazione dei criteri	152
6.3.6	Definizione di una strategia	154



CONCLUSIONE

161



BIBLIOGRAFIA

165



RINGRAZIAMENTI

169

ABSTRACT

La presente tesi analizza l'evoluzione degli spazi dedicati alla cura della salute mentale, dai manicomi ai moderni servizi territoriali, focalizzandosi sull'impatto dell'architettura, dell'organizzazione degli spazi, delle pratiche psichiatriche e delle normative sul benessere dei pazienti. L'interesse per questa tematica nasce da un'esperienza di tirocinio presso lo studio DAR a Torino, orientata al progetto per il nuovo studentato EDISU nell'ex manicomio di Grugliasco. La ricerca esamina in modo critico il passaggio da spazi di reclusione a strutture spesso ricavate da edifici rifunzionalizzati, evidenziandone le difficoltà e le lacune. Per mezzo di un'analisi storica, dello studio delle normative, di sopralluoghi in diverse strutture e di interviste agli operatori, la tesi mira a comprendere le criticità delle attuali architetture dedicate alla salute mentale nel contesto piemontese e torinese, confrontando domanda e offerta dei servizi offerti dall'ASL di Torino. La ricerca sottolinea il passaggio da un'architettura di cura, tipica dei manicomi, a un'architettura che cura, basata su accoglienza e integrazione. In particolare, viene analizzato il caso studio del Centro Diurno Riabilitativo di Via Sostegno a Torino, per il quale viene proposta la creazione di nuovi spazi al fine di migliorare la qualità della permanenza nella struttura e promuovere il recupero dei pazienti attraverso attività manuali e sociali.

L'analisi dell'eredità dei manicomi piemontesi, luoghi di isolamento e "normalizzazione", ha evidenziato come l'architettura psichiatrica si sia evoluta nel tempo, passando da una logica centralizzata e disciplinare a una più decentrata e orientata all'integrazione sociale. Tuttavia, il passaggio al modello territoriale, promosso dalla Legge 180/78, non è stato sempre accompagnato da una progettazione innovativa e adeguata alle nuove esigenze. L'indagine sul Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno ha mostrato come le attuali strutture, spesso frutto di rifunzionalizzazioni, presentino criticità strutturali e funzionali che ne limitano l'efficacia. La "non-progettazione" degli spazi per la salute mentale, motivata da mancanza di fondi e timore di ripetere gli errori del passato, rischia di compromettere il benessere dei pazienti. La proposta progettuale presentata, che prevede l'inserimento di una struttura prefabbricata in legno all'esterno del Centro Territoriale, si ispira a modelli virtuosi di riabilitazione psichiatrica e mira a superare le limitazioni dell'edificio esistente, integrando nuove funzioni e promuovendo attività artistiche e manuali. La tesi si propone di offrire un contributo alla riflessione su come progettare ambienti più efficaci, dignitosi e integrati nel tessuto sociale per la cura psichiatrica, in linea con i principi della legge 180/78 e i moderni approcci terapeutici.

This thesis analyzes the evolution of spaces dedicated to mental health care, from asylums to modern community-based services, focusing on the impact of architecture, spatial organization, psychiatric practices, and regulations on patient well-being. The interest in this topic stems from an internship at the DAR studio in Turin, during the collaboration on the project for the new EDISU student residence in the former Grugliasco asylum. The research critically examines the transition from spaces of confinement to structures often obtained from repurposed buildings, highlighting their difficulties and shortcomings. Through historical analysis, the study of regulations, site visits to various facilities, and interviews with operators, the thesis aims to understand the critical issues of current mental health architectures within the Piedmontese and Turin context, comparing the supply and demand of services offered by the ASL of Turin. The research emphasizes the shift from an architecture of care, typical of asylums, to an architecture that cares, based on welcoming and integration. In particular, the case study of the Via Sostegno Day Rehabilitation Center in Turin is analyzed, for which the creation of new spaces is proposed in order to improve the quality of stay within the facility and promote patient recovery through manual and social activities.

The analysis of the legacy of Piedmontese asylums, places of isolation and “normalization,” has shown how psychiatric architecture has evolved over time, moving from a centralized and disciplinary logic to a more decentralized one oriented towards social integration. However, the transition to the territorial model, promoted by Law 180/78, has not always been accompanied by an innovative design that is adequate to the new needs. The investigation of the Via Sostegno Rehabilitation Center has shown how current structures, often the result of repurposing, present structural and functional criticalities that limit their effectiveness. The “non-design” of mental health spaces, motivated by a lack of funds and fear of repeating past mistakes, risks compromising the well-being of patients. The proposed design, which involves the insertion of a prefabricated wooden structure outside the existing Center, is inspired by virtuous models of psychiatric rehabilitation and aims to overcome the limitations of the existing building, integrating new functions and promoting artistic and manual activities. The thesis aims to contribute to the reflection on how to design more effective, dignified, and socially integrated environments for psychiatric care, in line with the principles of Law 180/78 and modern therapeutic approaches.

INTRODUZIONE

Questo lavoro di tesi nasce in seguito al tirocinio svolto durante il percorso magistrale nello studio DAR a Torino, all'interno del quale ho collaborato per il progetto del nuovo studentato EDISU del relatore Giovanni Durbiano, nel complesso dell'ex manicomio di Grugliasco. L'esperienza ha suscitato un forte interesse per l'evoluzione dei luoghi che ospitano la cura del disagio psichico, intrinsecamente correlati alle pratiche psichiatriche, alle normative in materia e al territorio.

La salute mentale ha iniziato a far parte delle politiche di salute mondiale solo nell'ultimo ventennio, diventando un tema sempre più centrale. Nonostante questo, i servizi dedicati ai disturbi psichici sono contraddistinti da uno scarso livello di disponibilità, accessibilità e qualità soprattutto a causa dei pochi investimenti nel settore. Infatti, secondo l'OMS appena il 14% della spesa sanitaria globale è dedicato ai disturbi neuropsichiatrici inclusi depressione, psicosi e abuso di droghe e alcol. Inoltre, nei Paesi in via di sviluppo circa il 75% delle persone affette da disturbi mentali non riceve alcun tipo di trattamento.¹

La ricerca svolta in questa tesi si propone di analizzare l'evoluzione della cura della salute mentale e alle strutture ad essa dedicate, partendo dai manicomi del passato fino ad arrivare agli attuali servizi territoriali. L'analisi si concentra sull'architettura e sull'organizzazione degli spazi, valutandone la funzionalità, l'adeguatezza alle esigenze terapeutiche e l'impatto sul benessere degli utenti, analizzando le pratiche psichiatriche adottate nel corso del tempo, le normative che ne hanno regolato l'evoluzione. Un aspetto centrale della ricerca svolta è quello di tracciare il passaggio da spazi pensati per il rinchiodere i pazienti a spazi come quelli attuali, spesso collocati in edifici rifunzionalizzati che di conseguenza non sempre rispondono alle esigenze della moderna cura psichiatrica. Risultando precedentemente destinate ad altri usi, gli adattamenti di tali strutture presentano notevoli difficoltà e lacune come nel caso analizzato nel capitolo 6. Quindi per identificare le criticità delle strutture territoriali e progettare ambienti più efficaci è fondamentale comprendere le ragioni alla base della trasformazione degli spazi. In aggiunta, si è posta l'attenzione sulle normative attuali che regolamentano le architetture di queste strutture e sul fatto che non siano sufficientemente aggiornate. Spesso risultano eccessivamente generiche perdendo in efficacia ed adeguatezza degli spazi che vi sono conformi.

¹ Oms: un movimento globale per la salute mentale, www.epicentro.iss.it

A fronte delle criticità strutturali e funzionali emerse durante le interviste agli operatori, il progetto sviluppato nella sezione finale per il Centro Territoriale Riabilitativo propone una riconfigurazione degli spazi per rispondere meglio alle esigenze della cura e del benessere della salute mentale. Si mira a creare ambienti che siano funzionali e al contempo in grado di promuovere il recupero attraverso attività manuali e sociali.

La presente tesi è suddivisa in sei capitoli. Successivamente al primo capitolo di introduzione dei temi trattati, il capitolo 2 è dedicato all'analisi storica dei manicomi, esplorando le strutture, le pratiche e le politiche che caratterizzavano questi luoghi. Il capitolo 3 si concentra sulle normative che hanno segnato la transizione dal modello manicomiale alla rete territoriale di strutture per la salute mentale, esaminando i cambiamenti legislativi e le loro implicazioni.

Nel capitolo 4 viene presentata un'analisi sui dati che riguardano il benessere mentale della popolazione piemontese e una comparazione tra la domanda e l'offerta a cui fanno fronte le strutture dell'ASL di Torino. Il capitolo 5 esamina tre tipologie di strutture assistenziali psichiatriche, nelle quali ho effettuato dei sopralluoghi per comprendere le reali condizioni in cui si svolge la riabilitazione e le difficoltà operative. Infine, il capitolo 6 si concentra su un caso studio in particolare: il Centro Diurno Riabilitativo di Via Sostegno a Torino, per il quale si propone un progetto di rivisitazione degli spazi, in seguito alle carenze strutturali e funzionali evidenziate in sede di colloqui ed interviste direttamente rivolte agli operatori.

1

DALLA RECLUSIONE ALLA CURA: LA SALUTE MENTALE TRA STORIA E ARCHITETTURA

Un giorno forse i manicomi li riapriranno, ma oggi li abbiamo chiusi. Abbiamo dimostrato che l'impossibile è possibile.

- Franco Basaglia

1

DALLA RECLUSIONE ALLA CURA: LA SALUTE MENTALE TRA STORIA E ARCHITETTURA

- 1.0 L'architettura come elemento di reclusione e cura
- 1.1 L'evoluzione della normativa italiana

2

L'ARCHITETTURA DELLA FOLLIA

- 2.0 L'evoluzione degli spazi della salute mentale
- 2.1 L'architettura manicomiale
- 2.2 I complessi manicomiali in Piemonte
- 2.3 I criteri di progettazione dei manicomi

3

PROGETTARE DOPO I MANICOMI

- 3.0 Il superamento dei manicomi
- 3.1 L'attenzione per la salute mentale
- 3.2 La rete dei servizi per la salute mentale

1.0

L'ARCHITETTURA COME STRUMENTO DI RECLUSIONE E CURA

Nell'*Architettura della partecipazione* di Giancarlo De Carlo, l'autore sottolinea la profonda connessione tra l'ambiente fisico e le persone che lo abitano, suggerendo che lo spazio non è un mero contenitore, ma un elemento fondamentale che influisce sull'esperienza dell'individuo. Questo pensiero diventa particolarmente rilevante quando si affronta la progettazione degli spazi destinati alla cura della salute mentale, un ambito in cui l'architettura ha un impatto diretto sul benessere psicofisico dell'individuo. Non si tratta più di progettare semplicemente spazi funzionali, ma di pensare a un'architettura che prenda in considerazione l'essere umano nella sua totalità, sia fisica che psicologica. Un'architettura che si concentra sulla qualità degli ambienti e sulla relazione tra questi e chi li vive: forme, colori, luce naturale, il verde, l'arte e le viste verso l'esterno sono elementi che contribuiscono a creare un ambiente favorevole al benessere e alla cura.²

Questo cambiamento di approccio si riflette in modo evidente nel passaggio da un'architettura *di cura* – come quella dei manicomi storici – a una *che cura*.³ In passato, infatti, le strutture manicomiali erano pensate come luoghi isolati dal contesto sociale, in cui il distacco dalla realtà esterna veniva considerato necessario per favorire la guarigione dei malati psichici. Il manicomio era visto come un luogo di contenimento, progettato per "purificare" la mente tormentata, spesso attraverso l'isolamento e il silenzio. Tuttavia, questo modello istituzionale, che rispondeva a un'idea di cura basata sulla segregazione e il controllo, ha portato alla creazione di un sistema che negli anni ha rivelato la sua inefficacia e le sue conseguenze dannose.

² M.P. Amore, *Architettura e psichiatria: luoghi che curano*, 2019, www.psicologiafenomenologica.it

³ Ibidem.

Dalla seconda metà del Novecento, sono emersi movimenti anti-istituzionali che hanno promosso un nuovo paradigma per la salute mentale, incentrato sulla territorialità, la continuità terapeutica e l'integrazione del paziente nella comunità.

La fine del modello manicomiale, alimentata da fattori economici e dalla crescente consapevolezza dei diritti dei pazienti, ha portato alla legge 180 del 1978, che ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici e ha promosso un modello di cura basato sul territorio. Le strutture psichiatriche, quindi, non dovevano più essere viste come luoghi di segregazione, ma come ambienti in cui la cura si sviluppa attraverso un'interazione attiva con la società, favorendo il reinserimento e la continuità della vita sociale. In questo contesto, la progettazione degli spazi è diventata un tema cruciale: non si tratta più solo di soddisfare le necessità pratiche del trattamento, ma di creare ambienti che siano in grado di rispondere alle esigenze psico-sociali degli utenti.

In questa evoluzione, l'architettura si sposta dalla dimensione del controllo e dell'isolamento verso quella dell'accoglienza e dell'integrazione. Le strutture psichiatriche moderne devono essere progettate non solo per rispondere ai bisogni terapeutici, ma anche per rispettare la dignità e i diritti dei pazienti, creando spazi che sostengano il loro benessere psicologico e il loro reinserimento nella società. Questo cambiamento di approccio implica una visione più sensibile, che considera la cura come un processo dinamico e integrato con la vita quotidiana, piuttosto che un'attività confinata in un luogo separato dalla realtà sociale.



1.



1.1

L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA ITALIANA

1.1.1

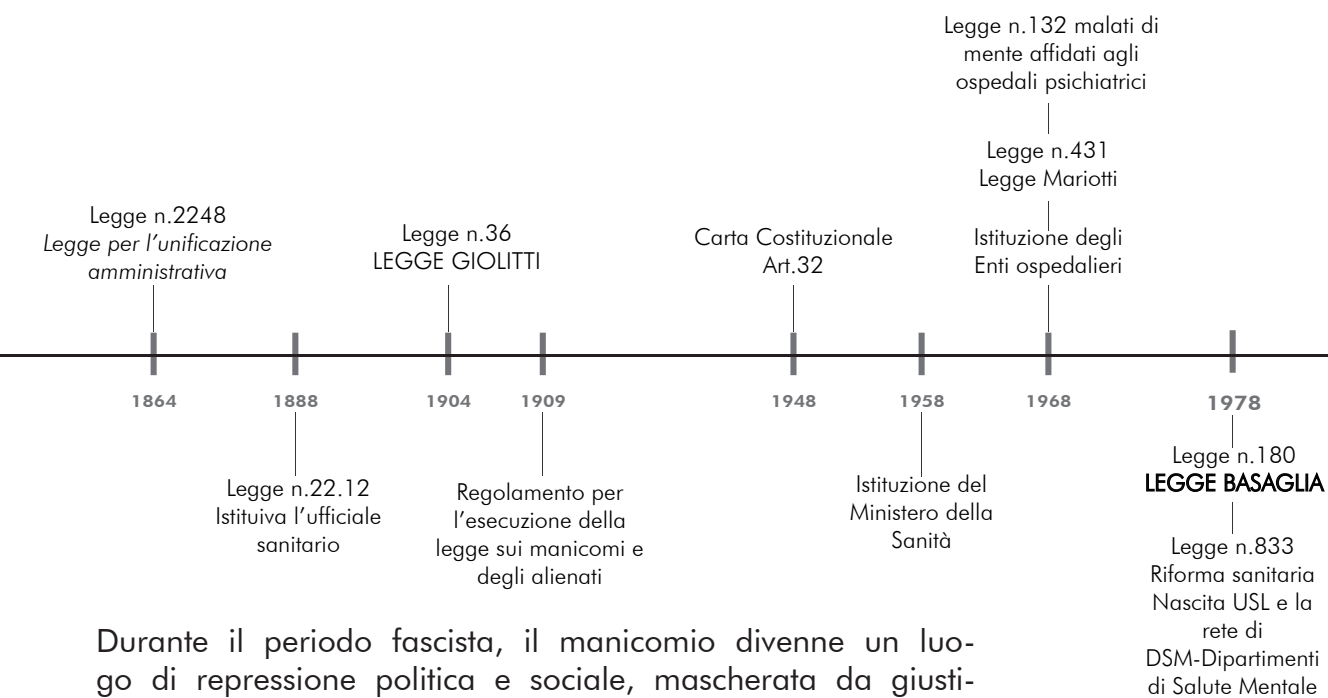
La Legge che regolamentò i manicomi

“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.”⁴

Questo il primo degli undici articoli costituenti la Legge n.36 del 1904, anche soprannominata Legge Giolitti come il Primo Ministro dell'epoca, fu la prima legge organica a regolamentare la materia psichiatrica. Alla fine del XIX secolo in Italia esistevano circa 124 strutture destinate all'assistenza psichiatrica, di cui una quarantina erano manicomi pubblici. Tuttavia, non esisteva ancora una legge che regolamentasse e unificasse le diverse realtà, sia pubbliche che private, che operavano in questo settore. Ogni istituzione era autonoma nella gestione sanitaria e amministrativa. La Legge Giolitti attribuiva agli istituti manicomiali un ruolo sempre più repressivo ed esclusivo, collegando la malattia mentale alla pericolosità sociale. Da un lato, la legge definiva chiaramente la psichiatria come uno strumento di controllo sociale, mentre dall'altro conferiva al Direttore del Manicomio un ampio potere decisionale, permettendogli di determinare autonomamente gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, influenzando così la loro salute e il loro destino sociale.

2. Franco Basaglia con i pazienti dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, 1968-1969, foto di Gianni Berengo Gardin

4 Legge 14 febbraio 1904, n. 36, Riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati., Gazzetta Ufficiale n.43 del 22.02.1904.

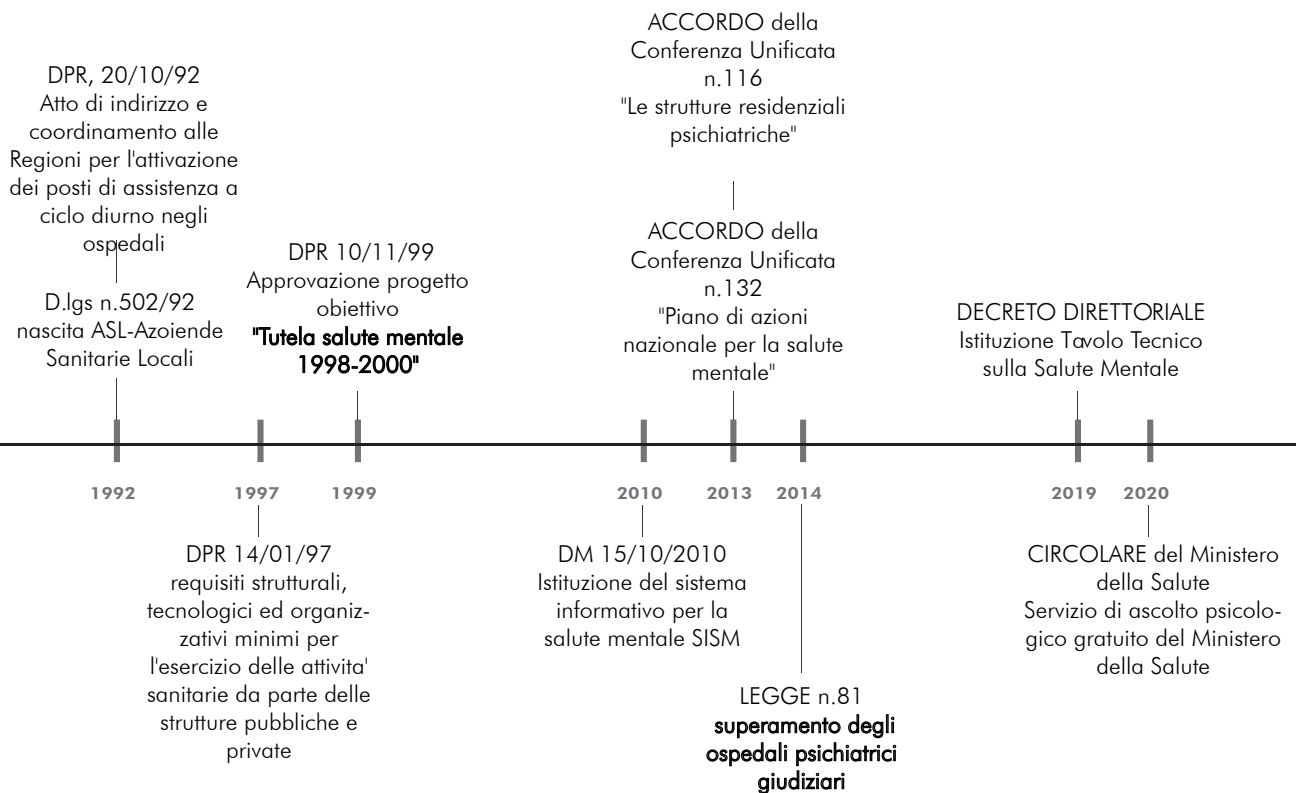


Durante il periodo fascista, il manicomio divenne un luogo di repressione politica e sociale, mascherata da giustificazioni sanitarie. Tra il 1926 e il 1941, il numero di internati nelle strutture manicomiali aumentò significativamente, passando da 60.000 a 96.000 persone.⁵ Oltre ad essere utilizzato per motivi politici, il manicomio divenne anche un mezzo per nascondere verità scomode. Un esempio emblematico è quello di Ida Dalser, compagna di Mussolini dal 1914 al 1915, che fu internata nel 1926 e morì in manicomio nel 1937, così come suo figlio, Benito Albino Mussolini, che morì per consunzione in un manicomio di Milano nel 1942.⁶ In parallelo, in psichiatria, si affermano in quegli anni le teorie di Ernst Rüdin, che favorivano un approccio di segregazione del malato, considerato non tanto come una persona da curare, quanto come un elemento da isolare e allontanare dalla società. In Italia e in Germania, questa visione trovò applicazione in varie pratiche psichiatriche, tra cui la sperimentazione dell'elettroshock, promossa dal dottor Ugo Cerletti. L'elettroshock segnò profondamente la storia di Villa Azzurra, sezione medico-pedagogica del complesso manicomiale di Grugliasco [2.3.4].

Nel secondo dopoguerra, si intensificò la necessità di una normativa che regolasse le strutture psichiatriche e il trattamento dei malati mentali. L'opinione pubblica in Italia iniziò a riflettere più profondamente sul sistema manicomiale. Nel 1949, un articolo di Indro Montanelli sul "Corriere della Sera" commentava il film "La fossa dei serpenti", presentato alla Mostra del Cinema di Venezia, evidenziando le problematiche del sistema psichiatrico, soprattutto per quanto riguardava il trattamento dei malati di mente.

5 P. Ianni, Cenni storici: Dalla Legge Giolitti alla Legge Basaglia. Intervento al Convegno "40 anni dopo riflessioni sulla Legge del 13 Maggio 1978, n.180", 2017, in www.nomos-leattualitaneldiritto.it

6 Ibidem



1.1.2

Il processo di deistituzionalizzazione

Nel 1964, Franco Basaglia espone a Londra, al primo Congresso internazionale di psichiatria sociale, la sua proposta di chiusura degli ospedali psichiatrici. La sua idea, innovativa per l'epoca, suscitò una reazione di incomprendimento da parte del pubblico, ma segnò l'inizio di una riflessione critica sul trattamento delle persone con malattia mentale. Nel 1968, con l'approvazione della Legge n. 431, anche chiamata Legge Mariotti, l'Italia avviò il primo vero tentativo di restituire dignità e umanità ai malati di mente. Ciò che in passato era stato considerato aberrante e disumano, e che aveva alimentato paure irrazionali nella società, venne finalmente riconosciuto come malattia mentale.

Dopo dieci anni dalla Legge Mariotti, nel 1978 venne emanata la Legge n.180, meglio conosciuta come Legge Basaglia, che segnò la fine dell'istituzione manicomiale. La Legge si compone di 11 articoli e già dall'Articolo 1 è possibile notare un cambio di direzione rispetto alla Legge Giolitti.

“Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari. [...] possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici. [...] Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.”⁵

⁵ Legge 13 maggio 1978, n. 180, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori., Gazzetta Ufficiale n.133 del 16.05.1978

La riforma promossa da Franco Basaglia restituì dignità e diritti civili ai pazienti psichiatrici, cambiando profondamente la loro condizione da essere dall'essere oggetti passivi della legge all'essere soggetti con la libertà di scegliere. La rivoluzione di Basaglia ebbe inizio dal 1961 quando divenne direttore del manicomio di Gorizia. Da "filosofo", Basaglia percepiva una violenza ancora più profonda: quella dell'assenza di umanità. I più di 600 internati nel manicomio che avrebbe dovuto contenere 350, privati di volto e storia, non erano più persone, ma entità anonime, senza identità.⁶

Basaglia riconosceva la mostruosità dell'istituzione totale: i cancelli, le chiavi, le porte chiuse, i letti di contenzione, ma ciò che lo turbava maggiormente era il terrore della scomparsa dell'individuo. Gli internati erano ridotti a una massa indistinta, invisibile, priva di qualsiasi riconoscimento o umanità.⁷ Il nuovo direttore iniziò a "slegare i matti": abolì le contenzioni fisiche, l'elettroshock e instaurò un rapporto medico-paziente basato sull'ascolto e sul sostegno morale. Uno dei primi provvedimenti del nuovo direttore è quello di consegnare ai pazienti dei comodini: piccoli elementi di arredo, che, contribuiscano alla ricostruzione della soggettività negata ai pazienti, privati di ogni effetto personale al momento del ricovero.⁸ Istituì assemblee a cui potevano partecipare i degenti, gli infermieri e i medici, restituendo ai pazienti la libertà di esprimersi, negata fino ad allora. La rivoluzione di Basaglia aveva l'obiettivo di porre le persone al centro e per fare questo era necessario aprire le porte dei manicomi e aiutare i pazienti a reintegrarsi nella società.

Con la Legge n.180 l'Italia diventa il primo Paese ad abolire i manicomi, che si realizzò concretamente negli anni '90. Le Regioni ebbero il compito di realizzare una rete di servizi territoriali gestiti dalle ASL e con al vertice i Dipartimenti di Salute Mentale.

6 D. Orsini, *Il Sessantotto dei manicomi, l'inizio della svolta nell'assistenza psichiatrica in Italia.*, Volume 18 - 15 Maggio 2019, Rivista di Salute Mentale di Comunità, Nuova Rassegna di studi psichiatrici.

7 Ibidem.

8 G. Scavuzzo, *Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, Ardeth, 04 / 2019, www.journals.openedition.org



3.

3. Murales di Ugo Guarino nell'ex ospedale psichiatrico di San Giovanni, a Trieste, foto di Martina Tommasi

2

L'ARCHITETTURA DELLA FOLLIA

“La vita del manicomio è una lunga attesa: l’universo si restringe alle pareti screpolati di cameroni umidi e fumosi, al selciato dei portici della nebbia, alla panchina del cortile in un giorno di sole. Una piccola umanità mette in comune la propria solitudine”

- AA.VV., *La Fabbrica della Follia*.

1

DALLA RECLUSIONE ALLA CURA: LA SALUTE MENTALE TRA STORIA E ARCHITETTURA

- 1.0 L'architettura come elemento di reclusione e cura
- 1.1 L'evoluzione della normativa italiana

2

L'ARCHITETTURA DELLA FOLLIA

- 2.0 L'evoluzione degli spazi della salute mentale
- 2.1 L'architettura manicomiale
- 2.2 I complessi manicomiali in Piemonte
- 2.3 I criteri di progettazione dei manicomi

3

PROGETTARE DOPO I MANICOMI

- 3.0 Il superamento dei manicomi
- 3.1 L'attenzione per la salute mentale
- 3.2 La rete dei servizi per la salute mentale

2.0

L'EVOLUZIONE DEGLI SPAZI DELLA SALUTE MENTALE

L'architettura dei manicomi non rappresenta solo un aspetto tecnico o estetico, ma rivela profondamente il modo in cui, in diverse epoche storiche, si è concepita la cura - spesso trasformata in controllo - della follia. Analizzare le forme, le disposizioni spaziali e le caratteristiche architettoniche dei manicomi significa entrare nel cuore di una visione della malattia mentale che ha plasmato non solo le vite dei degenti, ma anche le dinamiche tra potere, scienza e società.

In Piemonte, i manicomi sono stati tra i primi a testimoniare l'evoluzione di questo modello istituzionale. Dal primitivo Spedale de' pazzzerelli, luogo di confinamento per i malati di mente, fino al più strutturato manicomio di Grugliasco, si assiste a una progressiva istituzionalizzazione della follia.

Questi spazi, pensati per contenere e spesso segregare, non solo rispecchiavano i limiti della psichiatria del tempo, ma influivano attivamente sulla vita e sul benessere psichico dei ricoverati. L'architettura stessa diventava uno strumento terapeutico ma allo stesso tempo un mezzo di oppressione. Questo legame tra spazio fisico e trattamento umano emerge in modo drammatico in esempi come lo scandalo di Villa Azzurra, che portò alla luce le condizioni degradanti e inumane a cui erano sottoposti molti internati.

Ripercorrendo la storia architettonica dei manicomi è possibile comprendere come questi luoghi abbiano influenzato il pensiero sulla follia e la sua gestione. Questo capitolo si propone di tracciare questa evoluzione, preparando il terreno per la riflessione successiva sulle strutture attuali e sul loro ruolo nella salute mentale contemporanea.



1.

2.1

L'ARCHITETTURA MANICOMIALE

2.1.1

Nascita dei manicomi

Il manicomio come luogo di cura e degenza degli alienati, nasce in Francia alla fine del XVIII Secolo, fondato dallo psichiatra Philippe Pinel (1745-1826), in seguito all'atto di liberazione dei malati dall'asilo di Bicêtre nel 1793. Il medico francese fu il primo a considerare i "folli" in persone malate da curare e studiare, attuando una vera e propria riforma per la psichiatria. Infatti, Pinel introdusse il *trattamento morale* (con *morale* si intendeva l'attuale *stato psicologico*), poiché aveva teorizzato che la condizione di follia in cui vivevano i malati, non era solo l'effetto della patologia, ma era anche causata dall'istituzione in cui erano stati fatti prigionieri. Quindi lo stato psichico dei malati era in aggiunta il risultato delle relazioni interpersonali patogene e grazie a relazioni correttive, era possibile alleviarla.¹

Per poter mettere in atto le "cure" erano necessari dei luoghi in cui i malati di mente potessero essere rinchiusi, potendoli separare dai delinquenti. Secondo Jean-Dominique Etienne Esquirol (1772-1840), allievo e collega di Pinel, "il manicomio è uno strumento di guarigione: nelle mani di un medico abile, è l'agente terapeutico più potente contro le malattie mentali"². Alla struttura stessa veniva attribuita una funzione curativa. Lo scopo principale dei manicomi era quello di segregare i malati di mente, poiché l'ambiente in cui avevano vissuto fino a quel momento era stato la causa principale della malattia. L'isolamento diventava così lo strumento terapeutico fondamentale per curare la malattia mentale, in modo tale da poter controllare i pazienti e poterli privarli di qualsiasi influenza del mondo esterno, che avrebbe potuto alterare la psiche.

1. T.R. Fleury, *Philippe Pinel alla Salpêtrière*, Parigi, 1995

1 G.Luciano, *Storia di un manicomio italiano. Dalla "spedale de' pazzzerelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino.*, Milano, FrancoAngeli, 2019., p.19.

2 P.F. Peloso, *Seconda lettera sulla storia della psichiatria e della riabilitazione psichiatrica. Nascita della psichiatria.*, 2020, www.psychiatryonline.it

La necessità di isolare i pazienti influenzava profondamente la scelta dell'ubicazione dei complessi manicomiali. Essi, infatti, venivano collocati nella **periferia** delle città o lontani dai centri urbani e di conseguenza da quelle che potevano essere le cause della malattia mentale. L'idea alla base era che "L'efficacia del trattamento morale dell'alienato è, del resto, tanto più efficace quanto più il luogo è isolato"³. Non erano quindi solo i degenti ad essere isolati dal resto della popolazione, ma lo erano anche le strutture stesse. Un esempio è quello del Regio Manicomio di Torino che era collocato al confine della città, vicino alla fortificazione e alla Porta Palatina.

Pinel sottolineava l'importanza delle aree scelte per l'insediamento delle strutture, in quanto esse necessitassero di **ampie superfici** per poter dividere i pazienti in base alla tipologia di malattia e per poter dare l'illusione di essere liberi.

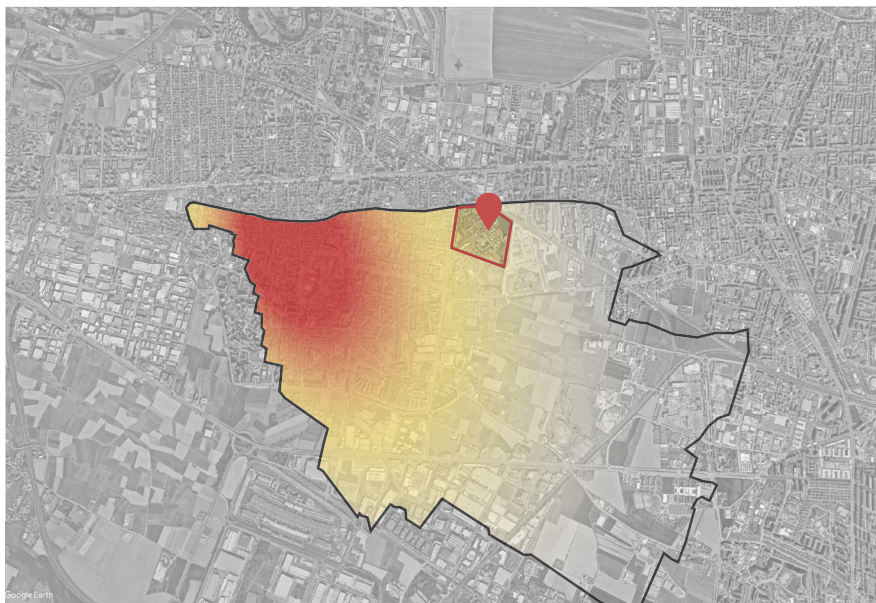
Nonostante i vasti spazi esterni che i manicomi avrebbero dovuto avere, essi erano di norma dotati di una recinzione, un **muro di cinta**. Il muro aveva da un lato lo scopo di contenimento dei degenti, di segregarli all'interno dei complessi ed evitarne la fuga; dall'altro esso aveva lo scopo di non permettere alla popolazione di vedere gli alienati, che per la società dell'epoca erano considerati pericolosi e motivo di vergogna. Il muro sia in senso fisico sia in senso metaforico era un elemento di separazione tra due realtà, attraversarlo equivaleva a cambiare la percezione dell'individuo. Se all'esterno erano presenti cittadini liberi, con una propria personalità, proprietà e libertà, all'interno i malati venivano spogliati e privati della propria individualità. Oltre il muro era presente un'altra città.

Importanti erano inoltre gli **aspetti ambientali**, che venivano considerati già a partire dal Settecento da medici e igienisti. Le stanze di degenza all'interno degli edifici erano preferibilmente esposte a sud, con ampie corti e lunghe passeggiate delimitate da alberi.⁴ Medici e architetti sostenevano l'importanza della natura per il benessere dei pazienti, la vista del paesaggio era un elemento fondamentale. La scelta del sito era preferibile in aree non urbanizzate, oltre che per gli aspetti sociali, anche per poter garantire una maggior salubrità dell'aria e una miglior esposizione e la possibilità di utilizzare la campagna, dando la possibilità ai degenti di coltivare i campi, in quella che verrà chiamata agroterapia.

³ G. Doti, *Complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa, 2013, pp.29-38.

⁴ *Ibidem*

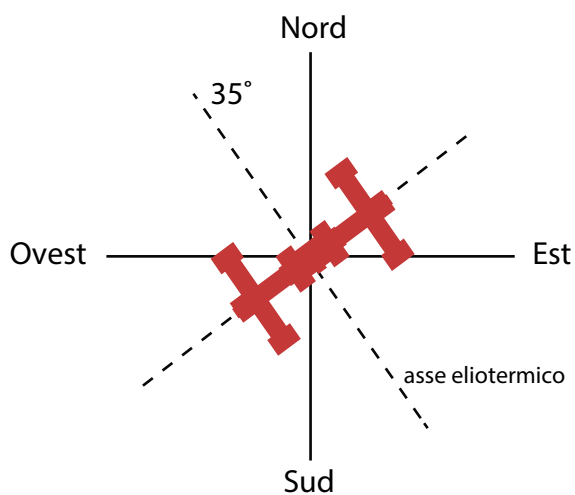
Esempio Ospedale psichiatrico di Grugliasco



2.



3.



4.

2. Collocazione Istituto inter-provinciale per infermi di mente a Grugliasco, rispetto al centro del comune.

3. Immagine del muro di cinta del complesso dell'Istituto inter-provinciale per infermi di mente a Grugliasco.

4. Inclinazione dei primi padiglioni A e B costruiti rispetto ai punti cardinali.

La nascita delle strutture manicomiali come tipologia architettonica in Italia ha origine nella Seconda metà dell'Ottocento, sebbene sul territorio fossero presenti delle strutture che accoglievano gli alienati, gestite da ordini religiosi, a partire dal Rinascimento.

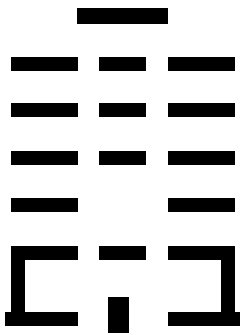
Nonostante non fosse ancora presente in Italia una legge specifica sulla costruzione di strutture apposite, nel 1849 il medico Biagio Miraglia (1814-1885) sosteneva che l'Italia aveva bisogno di manicomi italiani anziché utilizzare modelli stranieri non adatti al clima e alla cultura del Paese. Nel 1861 Miraglia presentò al Parlamento la richiesta per un "sistema proprio ed uniforme di asili alienati" e formulò un *Programma di un manicomio modello italiano*. Al manicomio veniva attribuita una funzione terapeutica, esso era considerato il "modello morale per eccellenza"⁵ e per questo motivo nell'Ottocento gli psichiatri ebbero un ruolo fondamentale nella progettazione dei complessi manicomiali.

Per la programmazione degli spazi venivano presi in considerazione diverse necessità e diversi fattori:

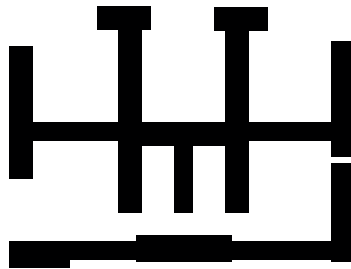
- numero dei pazienti;
- estensione dell'area;
- ubicazione;
- requisiti igienici;
- separazione dei sessi;
- curabilità;
- classe sociale;
- tipologia di alienazione.

Mentre negli altri Paesi Europei erano presenti delle tipologie ben definite di edifici per gli alienati, in Italia si sperimentarono diverse forme architettoniche. Parchappe (1800-1866), psicologo francese, nei *Principes à suivre dans la fondation et la construction des Asiles d'aliénés* del 1853, definisce per i manicomi francesi una composizione di edifici di uno, massimo due piani ai lati della spina centrale dei servizi e un organismo multipiano ad angolo retto per gli edifici anglo-germanici.⁶

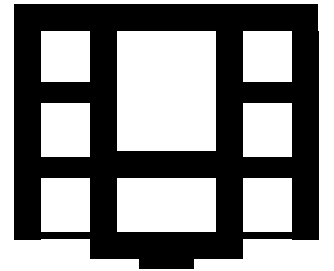
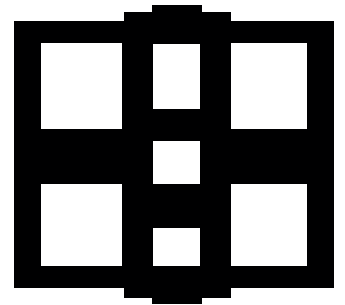
5 F.De Peri, Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento, in Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e Medicina, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino, 1984, pp.1120 (citato da C. Lenza in *Complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*)



5.



6.



7.

Il modello del manicomio italiano andava nella direzione di un parallelogramma rettangolo, molto simile ad un impianto ospedaliero, caratterizzato da fabbricati a due piani, logge, porticati e corti quadrate. L'impostazione planimetrica del manicomio italiano favoriva il contenimento dei pazienti all'interno della struttura, facilitando il lavoro degli operatori per la sorveglianza, ma rispetto al modello francese prendeva le sembianze di una struttura carceraria.

Nel 1865 fu emanata la Legge n.2248 per "l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia", la quale prevedeva l'obbligo per le Province di provvedere ai mentecatti poveri e una conseguente creazione di una rete di strutture pubbliche sul territorio. Successivamente nel 1877, in seguito ad una visita nei luoghi di cura situati in Francia e in Svizzera, lo psichiatra Paolo Funaioli (1848-1911) pubblicò *Una visita ai manicomi della Svizzera e della Francia*, scritti nei quali distingue le tipologie di manicomi in: sistema a forme geometriche (Losanna, Berna, Brugg), sistema a padiglioni (Basilea, Parigi, Marsiglia), sistema misto (Bron) e in ultimo il sistema disseminato o a villaggio. Il sistema a villaggio venne considerato il manicomio tipo, sintesi di scienza, arte e umanità e fonte di benefiche influenze sugli alienati.⁷ Sebbene la tipologia a villaggio fosse considerata la coniugazione perfetta tra spazio e cura, l'impostazione era esclusivamente a discrezione del progettista, i costi di realizzazione erano più elevati rispetto agli altri modelli e di conseguenza non venne utilizzata come modello per i manicomi italiani.

5. Tipologia francese.
S.Pinel, *Traité complet du régime des aliénés*, Parigi, 1836.

6. Tipologia anglo-germanica.
Littlemore Lunatic Asylum, Oxford, 1844.

7. Tipologia italiana.
N. Stassano, *Manicomio Modello italiano sul programma di B. Miraglia*, 1861.

6 C.Lenza, *Complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa, 2013
7 Ibidem

Nel Donghi, *Manuale dell'architetto*, alla voce *manicomi*, venivano differenziate diverse tipologie di manicomi, differenziate in base alla forma e al sistema insediativo. In seguito alla legge n.36 del 1904 e al conseguente Regolamento del 1909, in Italia vennero costruiti oltre 70 manicomi ex-novo.

Un censimento effettuato nel 1996 dalla Fondazione Benetton Studi e Ricerche, sono state differenziate cinque tipologie di complessi manicomiali:

1. Padiglioni ravvicinati

La tipologia dei *padiglioni ravvicinati* è caratterizzata da edifici differenti collegati tra loro da porticati, che consentivano ai ricoverati e agli infermieri di spostarsi da un padiglione all'altro e di passeggiare al coperto. Essi erano spesso suddivisi in fasce tripartite.

2. Padiglioni distanziati

La tipologia a *padiglioni distanziati* è caratterizzata da strutture isolate, in modo tale da potersi adattare al sito.

3. Padiglioni di tipo misto

Questa tipologia era l'unione delle prime due tipologie citate.

4. Padiglioni disseminati a villaggio

La tipologia dei *Padiglioni disseminati a villaggio*, comprende edifici di dimensioni inferiori rispetto alle altre tipologie, disposti in modo organico o geometrico, che si integrano maggiormente con il territorio e la natura.

5. Edifici isolati

La tipologia degli Edifici isolati è caratterizzata dagli ospedali psichiatrici razionalisti e/o funzionalisti costruiti tra gli anni '30 e '60 del Novecento. Simile alla tipologia dei padiglioni distanziati, ma con maggiore distanza tra le parti e padiglioni sostituiti da palazzine.⁸

8 M.P. Amore, La forma dell'istituzione manicomiale: l'architettura della psichiatria., Psychiatry online Italia, 2019, www.psychiatryonline.it

Padiglioni ravvicinati

Manicomio provinciale di Pavia in Voghera

1876 - 1978

2 piani fuori terra

⇒ 300



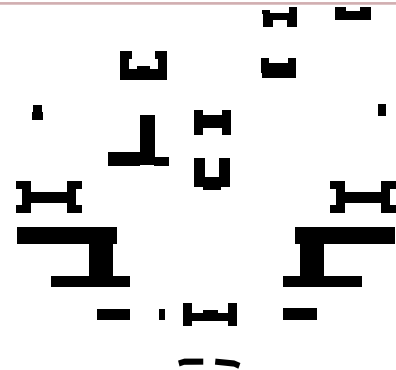
Padiglioni distanziati

Manicomio provinciale di Mantova

1929-1980

3 e 2 piani fuori terra

⇒ 580



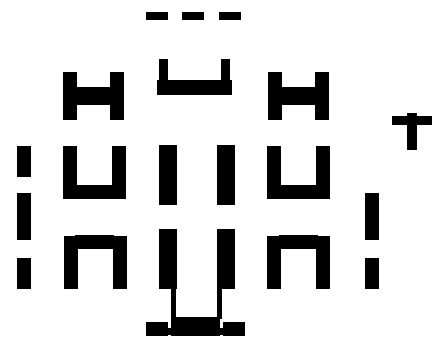
Padiglioni di tipo misto

Ospedale neuropsichiatrico provinciale Bergamo

1884

3 e 2 piani fuori terra

⇒ 700



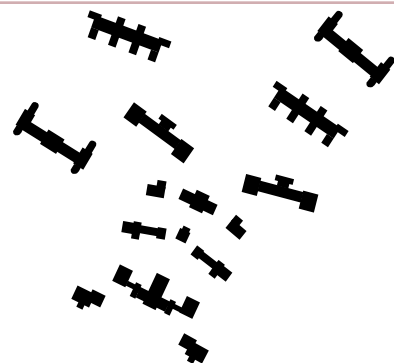
Padiglioni a villaggio

Ospedale provinciale San Francesco di Rieti

1930 - 1999

3 e 2 piani fuori terra

⇒ 600



Edifici isolati

Istituto interprovinciale per infermi di mente a Grugliasco

1931 - 1974

3 e 2 piani fuori terra

⇒ 730





8.



9.



10.



11.



12.



13.



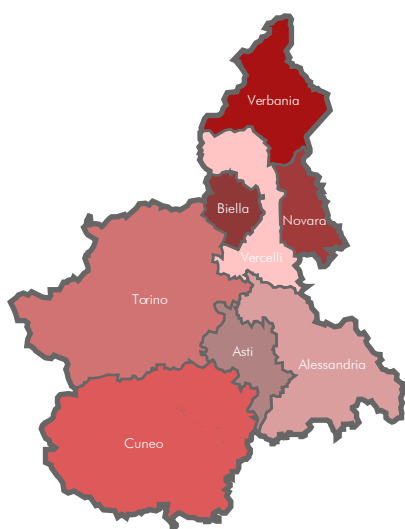
14.

2.2

I COMPLESSI MANICOMIALI IN PIEMONTE

2.2.0

L'istituzione progettata



In Piemonte la costruzione dei complessi manicomiali rispecchia la volontà dell'epoca, di regolamentare la collocazione fisica dei cosiddetti pazzi. Infatti, con la necessità di un nuovo progetto per il Regio Manicomio di Torino, la progettazione degli spazi di internamento vedeva partecipe, oltre all'architetto, anche il personale medico. Quello che sarebbe dovuto essere un tentativo di progettazione pensata per rendere coerente forma e funzione, diventa però la progettazione di un'istituzione, quella che Foucault chiama uno spazio disciplinare, nel quale si vuole imporre la realtà al malato, inserendolo in un determinato regime, per renderlo "normale". Il paziente, una volta entrato in questo luogo, risulta isolato da ogni possibile influenza esterna, sottoposto a una sorveglianza continua e privato della possibilità di gestire il suo tempo, dovendo sottostare a un'imposizione quotidiana di gesti, impegni, abitudini.⁹ L'istituzione manicomiale viene legittimata dalla psichiatria e dall'idea di normalizzare i pazienti, come se il fatto stesso di essere all'interno del manicomio fosse la cura per il disagio mentale.

I manicomi del contesto piemontese, rispecchiavano perfettamente l'immagine del manicomio come luogo di reclusione per i pazienti, in cui lo psichiatra poteva esercitare il proprio potere e ne è esempio il caso del Dottor Coda a Grugliasco. I manicomi erano progettati come sistemi chiusi, organizzati e ben scanditi, luoghi che lasciavano poco spazio alla libertà di azione. Sebbene il manicomio fosse nato con l'idea di essere un luogo di cura, quello che ne risultò fu un'istituzione progettata, dentro alla quale persino le terapie si trasformavano in strumenti punitivi.

8. Ospedale dei pazzereelli, foto di Paola Boccalatte, 2013, da Museo Torino.

9. Regio manicomio di Torino, 2024

10. Certosa di Collegno, 2024.

11. Istituto Interprovinciale di Grugliasco, 2024.

12. Manicomio di Racconigi, 2018, foto di Samuele Silva, www.samuelesilva.net

13. Manicomio di Vercelli, 2018, foto di Samuele Silva, www.samuelesilva.net

14. Manicomio di Novara, <https://a-novara.it>

⁹ C. F. Martiriggiano, *Contro-spazi della società, Michel Foucault e il potere psichiatrico.*, 2021, www.trecani.it

Il primo edificio ad essere adibito come luogo di cura per poveri malati di mente fu costruito nel 1728 per volontà del Re Vittorio Amedeo II. Esso rispondeva alle esigenze di ordine pubblico e aveva l'obiettivo di essere un luogo di cura in cui i mentecatti potessero essere risanati. La gestione fu affidata alla Confraternita del SS. Sudario, ente religioso che dal Medioevo si occupava dei poveri bisognosi. L'edificio ospitò dai 100 ai 300 pazienti. In questa prima struttura i pazienti non potevano essere internati senza una dichiarazione medica. Un altro aspetto, che con la costruzione dei complessi manicomiali venne meno, fu la libertà che veniva lasciata ai pazienti di entrare e uscire liberamente del complesso. L'unico segno particolare di riconoscimento per la popolazione e per i volontari erano le campanelle che venivano legate alle caviglie e potevano permettere agli operatori di sentirli e riportarli all'interno nelle ore serali. Il simbolo della campanella viene ripreso nel cornicione delle finestre del piano terra.

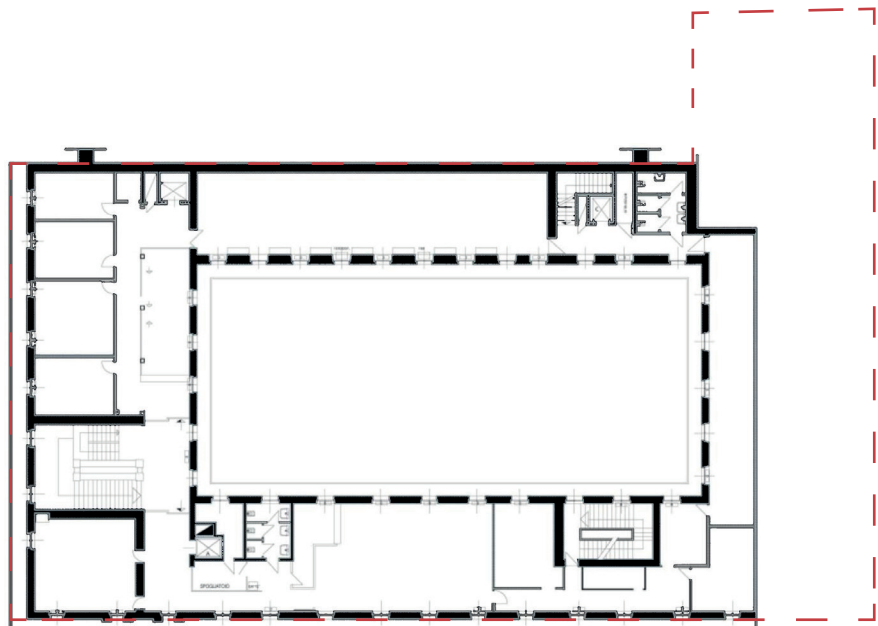
L'edificio venne chiuso un secolo più tardi poiché gli spazi della struttura in Via Piave risultavano insufficienti rispetto al numero sempre in crescita di malati, anche in seguito alla guerra causata dall'invasione napoleonica. Secondo l'Architetto Giuseppe Talucchi erano necessari spazi diversamente organizzati e con una nuova gestione, quindi una nuova tipologia di edificio.¹⁰

La planimetria [15] mostra il tezo piano di una porzione dell'edificio allo stato attuale, il quale, a seguito di una ristrutturazione ospita degli uffici.

¹⁰ L. Guardamagna, M. Guerra, *Complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa, 2013



- 1 'Spedale de' pazzerelli
- 2 Regio manicomio di Torino



15.



Il progetto per il nuovo Regio Manicomio di Torino venne fatto da Talucchi, iniziato nel 1828, si collocava in un'area ben esposta e con abbondante acqua, seguendo le direttive degli igienisti del tempo. L'edificio si trovava ad un isolato di distanza dal precedente S'pedale de' pazzzerelli ed era affiancato all'Ospedale San Luigi.

La struttura manicomiale prevedeva un corpo centrale dedicato all'amministrazione e all'accettazione, dal quale si diramavano quattro ali simmetriche, nelle quali si differenziavano i degenti in base al genere. Tra le maniche dell'edificio si venivano così a crearsi dei cortili interni, sui quali si affacciavano al piano terra, caratterizzato da portici loggiati, i cameroni con il soggiorno e al primo piano 85 piccole celle. Le corsie delle maniche erano suddivise in base alle patologie. Le decisioni all'interno dell'ospedale erano prese dal medico, in seguito al regolamento interno scritto dal primario Cipriano Bertolini, il quale rendeva la figura del medico autonoma e indipendente dagli organi amministrativi.¹¹

Sebbene le intenzioni dell'architetto fossero quelle di dare un assetto ospedaliero e finalizzato alla cura dei pazienti, il risultato che si ottenne fu quello di edificio con una disposizione carceraria. Infatti, l'esigenza di contenimento e isolamento del malato erano ancora lontane dall'idea attuale di psichiatria di curare il paziente con programmi di risocializzazione e terapie individuali.

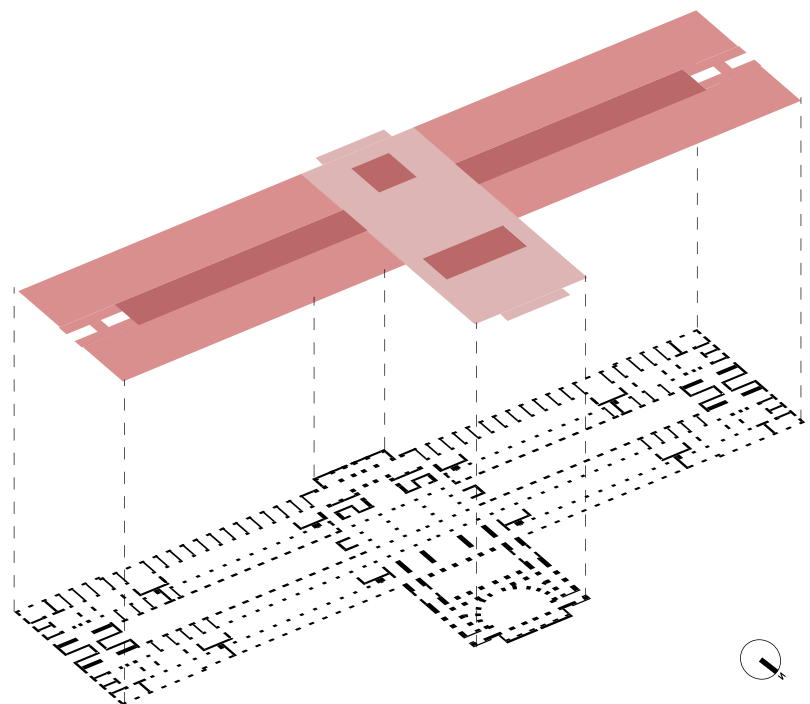
A causa dell'ingente crescita dei pazienti, i posti letto all'interno del nuovo manicomio, che erano 600, risultarono ben presto insufficienti. Nel 1852 l'amministrazione dell'Opera Pia decise di spostare 80 degenti tranquilli nella Certosa di Collegno. In seguito alla costruzione di nuove sedi nel Novecento, il manicomio di Torino ospitò sempre meno pazienti e in particolare solo donne, fino alla sua chiusura definitiva nel 1973.

¹¹ G.Luciano, *Storia di un manicomio italiano. Dalla "spedale de' pazzzerelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino.*, Milano, FrancoAngeli, 2019., p.26.

- 1 'Spedale de' pazerelli
- 2 Regio manicomio di Torino



- 2 Regio manicomio di Torino
- Padiglioni di degenza
- Cortili interni
- Blocco amministrativo



La scelta di utilizzare la Certosa Reale di Collegno era dettata una duplice motivazione, “l’ingegnere igienista” Luigi Fenoglio in un articolo del 1902 sosteneva che “si aveva così il vantaggio di tenere all’aria libera della campagna una parte di ricoverati e di permettere anche un notevole risparmio nel loro mantenimento”.¹² Infatti, la decisione fu guidata sia dalla tendenza di spostare i manicomi in aree rurali per favorire la salubrità e la terapia, sia per motivi di convenienza economica.

Dal 1865 vennero fatti degli ampliamenti al complesso monastico di Collegno per adeguarlo alla nuova funzione. L’ingegnere Giovanni Battista Ferrante elaborò un progetto per poter riutilizzare la struttura esistente e realizzare degli ampliamenti. Vengono dapprima realizzati 9 padiglioni dispari, disposti a pettine sul lato destro, con pianta rettangolare e di due o tre piani fuori terra. Invece, dal 1893 sono stati costruiti 5 padiglioni pari sul lato sinistro, progettati dall’ingegnere Fenoglio insieme all’edificio della lavanderia a vapore.¹³ I padiglioni erano differenziati in base alla tipologia di malattia dei pazienti e quindi vennero chiamati *reparti* seguiti da un numero, ad esempio il reparto 5 era destinato ai *lungodegenti*. Nel 1999 vennero poi costruiti i laboratori per mettere in atto l’ergoterapia, un metodo curativo basato sull’utilizzo del lavoro a scopo curativo.

Tra il 1931 e il 1934 erano state realizzate le Ville Regina Margherita, destinate alle pensionate paganti una retta. Il termine “Villa” avevo l’obiettivo di evocare un maggiore senso di libertà e apertura rispetto al resto del manicomio. Nonostante il nome, i ricoveri all’interno delle Ville non erano differenti rispetto ai reparti, fatta eccezione per il cibo e le stanze singole. L’ultima villa, Villa Rosa, venne destinata alle anziane tranquille e fu costruita nel 1966.






In seguito alla Legge Basaglia, la Certosa di Collegno passò sotto la competenza dell’ASL To3 e alcuni edifici furono occupati dalle comunità di degenza.

12 L. Fenoglio, *Cenni sul R. Manicomio di Collegno con 7 tavole e 17 figure.*, Camilla e Bertolero, Torino, 1902., (citato da L. Guardamagna e M. Guerra in *Complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*).

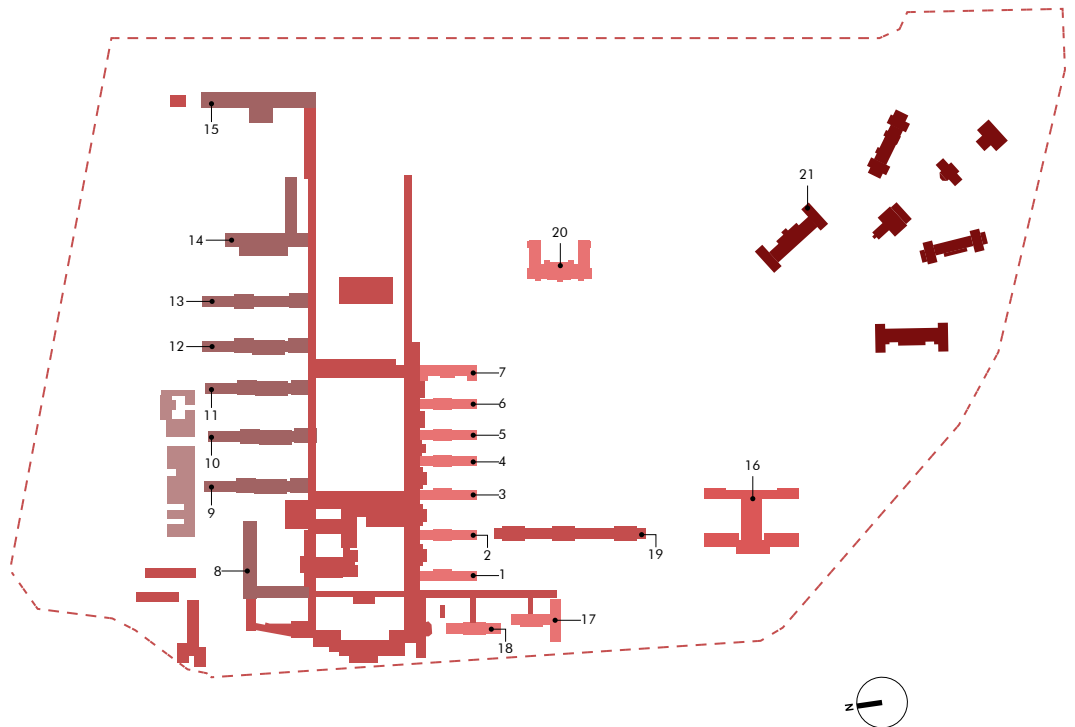
13 Laurana Lajolo e Massimo Tornabene (a cura di), *Memorie del manicomio. L’ospedale psichiatrico di Collegno a trent’anni dalla 180*, Araba Fenice, Boves 2008, pp. 81-82, (citato da R. Cosentino, D. Cossa, *Ospedali Psichiatrici di Torino*, Torino, 2012.), www.aslto3.piemonte.it

 Reale Certosa di Collegno



-  Padiglioni pari
-  Padiglioni dispari
-  Laboratori
-  Ville Regina Margherita
-  Villa Rosa

1. R1 - Cronici
2. R3 - Cronici tranquilli
3. R5 - Lungodegenti
4. R7
5. R9 - Incontinenti
6. R11 - Incontinenti
7. R13 - Furiosi
8. R2
9. R4 - Laboratori
10. R6
11. R8 - Lungodegenti
12. R10 - Incontinenti
13. R12 - Epilettici
14. R14 - Criminali
15. Lavanderia - stireria
16. Villa Rosa
17. R15 - Infermeria
18. R17 - Accettazione
19. R19 - Alcolopatici
20. R21 - Tubercolotici
21. Ville per lungodegenti paganti



Sull'Ospedale psichiatrico interprovinciale di Grugliasco è presente più materiale in quanto il complesso è stato oggetto della rifunzionalizzazione seguita durante il tirocinio e in quanto a partire dalla sua costruzione il manicomio subì diversi cambi di funzione, ampliamenti e negli ultimi anni prima della sua chiusura fu anche oggetto di uno scandalo mediatico, che portò alla luce l'effettivo malfunzionamento dei manicomi. Infatti, dopo la pubblicazione sull'Espresso dell'immagine di una bambina nuda legata ad un letto di Villa Azzurra, la procura di Torino iniziò ad indagare su chi fossero i responsabili e si riuscì a portare in tribunale il medico psichiatra Giorgio Coda.

L'aumento costante degli internamenti, dopo la Legge Giolitti nell'area della città di Torino, portò all'esigenza della costruzione di un complesso manicomiale ex novo. Nel 1915 l'Opera Pia e la Provincia si accordarono per la realizzazione di un nuovo manicomio femminile vicino a Collegno, gestito dal punto di vista economico dalla Provincia e dal punto di vista assistenziale dall'Opera Pia. Il sito scelto comprendeva 34 appezzamenti agricoli nella zona di San Lorenzo a Grugliasco; il lotto era collocato in un'area strategica, poichè era delimitato a Nord da Corso Francia, che nel corso del tempo diventerà un'arteria fondamentale per il collegamento Torino-Grugliasco, ad Ovest dalla ferrovia, la quale rappresentava essa stessa una barriera tra l'ospedale e l'esterno, a Sud dal cimitero, in modo da poter ridurre le spese di trasporto dei degenti deceduti.

Il progetto di Corazza prevedeva un'aulico viale d'ingresso, il quale seguiva un asse eliotermico, per uniformare i valori termici e luminosi e permetteva l'accesso al complesso da Piazza Morselli. Gli edifici previsti erano inclinati di 34° gradi per garantire la miglior illuminazione possibile su tutti i lati, fatta eccezione per la palazzina direzionale che si inseriva ortogonalmente alla via principale quasi a creare una barriera visiva. I lavori di costruzione vennero interrotti a causa dell'inizio della Prima Guerra Mondiale e solo 10 anni dopo l'acquisto del lotto fu necessario un nuovo progetto a causa di un ulteriore incremento dei pazienti. Infatti, Corazza aveva previsto 1200 posti letto, ma alla fine degli anni '20 ne sarebbero serviti 1700.¹⁴

¹⁴ M. Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco.*, Milano, Unicopli, 2002

- Edifici in stato di abbandono
- Edifici rifunzionalizzati
- Muro di cinta

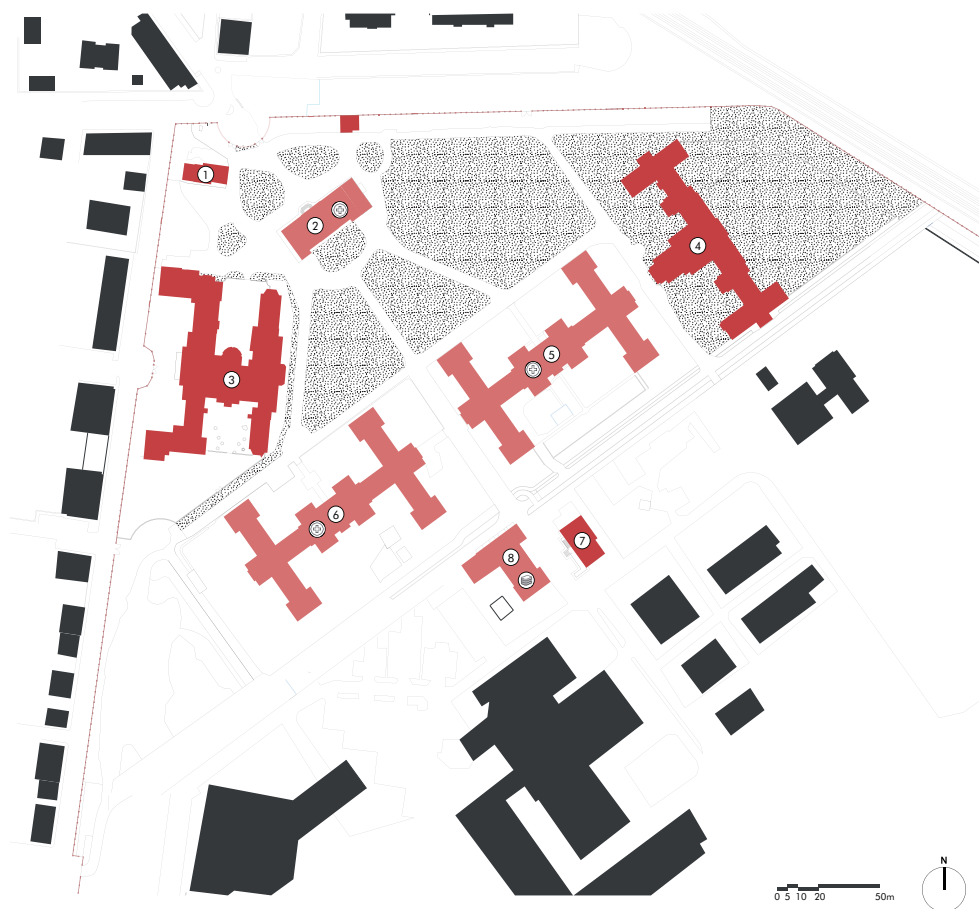
FUNZIONI EX OP

- ① Casa del custode
- ② Palazzina direzionale
- ③ Villa Azzurra
- ④ Padiglione D
- ⑤ Padiglione A
- ⑥ Padiglione B
- ⑦ Casa delle piante
- ⑧ Cucina

FUNZIONI ATTUALI

- Biblioteca AGROVET

ARPA - ASL



Il complesso fu costruito tra il 1928 e il 1931 e i primi edifici ad essere costruiti furono la palazzina direzionale, collocata all'ingresso, 2 padiglioni A e B destinati alle degenti semiagitate, la cucina, la centrale termica, la camera mortuaria e infine il muro di cinta.

Mentre i padiglioni e la palazzina direzionale avevano una forma rigida e simmetrica, con elementi decorativi ripetitivi, le altre strutture di dimensioni inferiori erano caratterizzate da coperture a falde in stile nordico, quasi a voler richiamare l'idea di villaggio.

Nel 1933 vennero inseriti nel lotto il padiglione D, per le degenti epilettiche e il padiglione C (soprannominata Villa Azzurra), per la sezione medico-pedagogica.

L'Ospedale arrivò a rispondere ad una domanda di 730 posti letto, nei quali vennero conteggiati anche quelli per le infermiere, obbligate a vivere all'interno del manicomio, e per le suore.

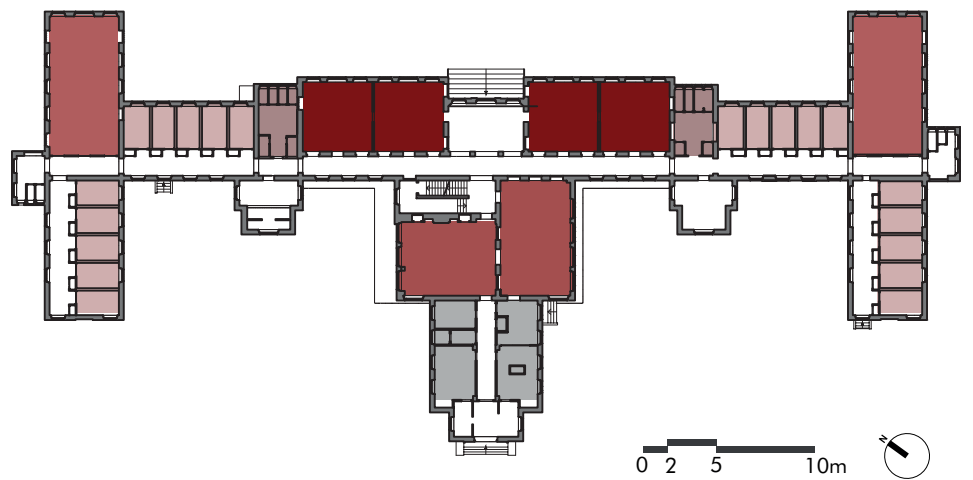
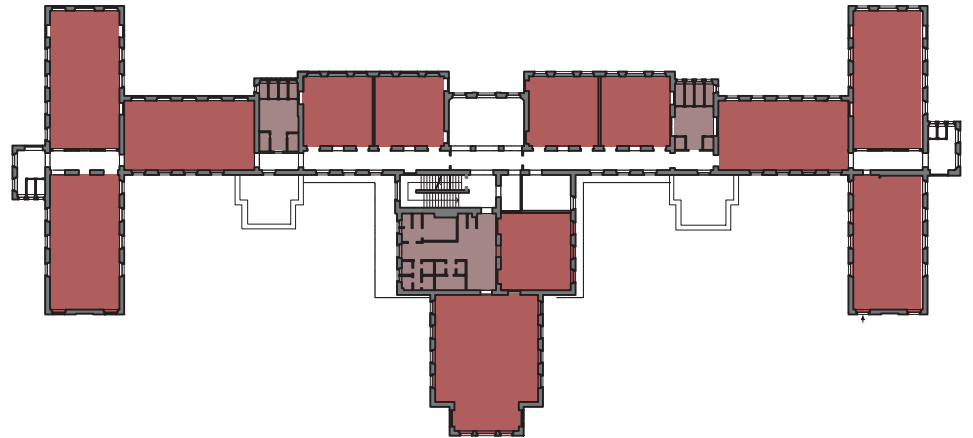
Il complesso rispecchiava la tipologia a padiglioni isolati: ad ogni padiglione corrispondeva un reparto, gestito da un medico primario. Le piante dei fabbricati erano ad H, privi di corridoi e caratterizzati da spazi collettivi. Non erano previste camere singole, cosicchè i degenti dormivano nelle ali degli edifici che ospitavano dormitori unici, senza che fossero previsti spazi in cui fosse possibile avere della privacy. Nei padiglioni non erano nemmeno presenti spazi comuni per poter svolgere attività sociali o riabilitative. I degenti si trovavano a passare le loro giornate senza fare nulla, solo i più fortunati svolgevano dei lavori come aiutare in cucina, nei magazzini, qualcuno negli uffici, mentre alle donne spettavano lavori di cucito. Gli spazi dei padiglioni erano paragonabili a delle strutture di reclusione, i degenti a dei prigionieri e il lavoro degli infermieri si riduceva al controllo dei pazienti.

Gli elementi architettonici degli edifici e l'arredo al loro interno erano curati nei minimi dettagli, come ad esempio i serramenti e i letti; gli interni dei padiglioni erano molto simili tra loro, non erano presenti elementi caratteristici se non degli affreschi in alcune stanze comuni. In modo analogo, pazienti all'interno del macicomio venivano privati della loro personalità e singolarità. Ad essi non era permesso possedere degli oggetti personali, neanche i loro vestiti, poichè ne venivano privati durante il loro accesso. Infatti, nei reparti essi erano resi tutti uguali facendo indossare loro dei pigiama, blu a righe bianche per gli uomini e beige per le donne.

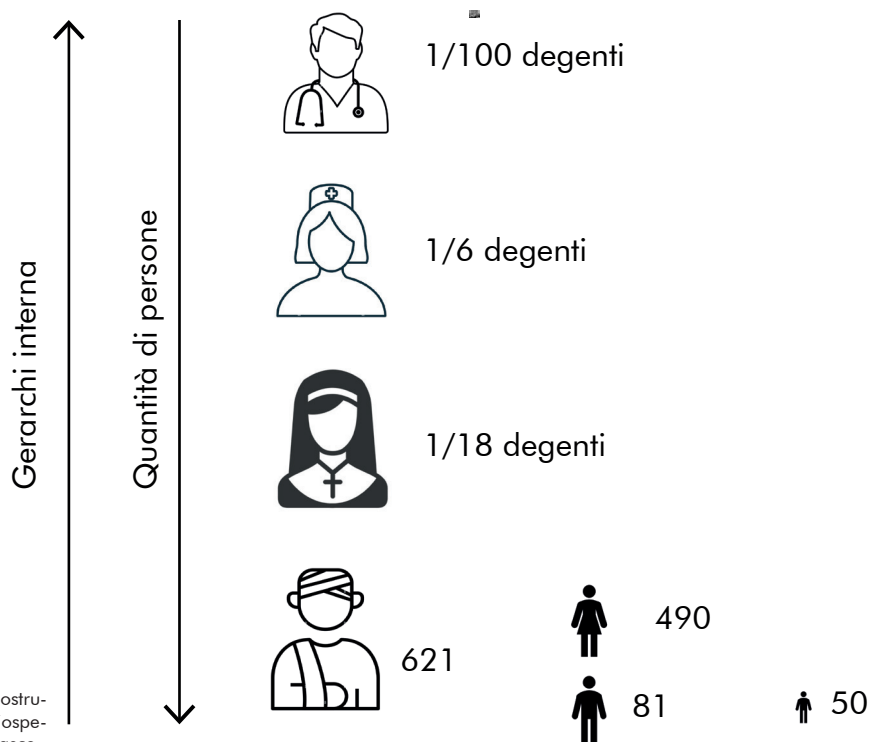
L'assetto dell'Ospedale psichiatrico interprovinciale di Grugliasco, come molti altri, rendeva il complesso come un mondo a sè. Al suo interno vigeva una precisa gerarchia: medico direttore, medico psichiatra capo reparto, infermiere e suore, dopodichè i pazienti.

Palazzina D - Epiletiche

- Dormitorio
- Stanze infermiere
- Laboratori
- Refettori
- Servizi igienici
- Accettazione



Dati del 1971



Dati tratti da M.Moraglio, Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco., Milano, Unicopli, 2002

“Cominciasti a essere legato al letto, o al termosifone, che avevo quattro anni. Così diventai un ribelle. Non scappavo soltanto. Rispondevo alzando anch’io la voce. Era arrivato Coda, lo psichiatra elettricista. Mi ha dato la scossa cinquantadue volte. Non mi ricordavo quant’erano state. Ho rubato la mia cartella clinica e là c’è scritto che Coda mi fece mettere la gommetta fra i denti e i due tappi alle tempie tutte quelle volte. A dire il vero, e questo me lo ricordo senza consultare le carte, secondo come gli girava, l’elettricità me la dava ai genitali, alla colonna vertebrale, ai reni, oltre che alla testa. Diceva alla suora: «Si è fatto la pipì addosso? Sì? Insegniamogli a non farla più». Oppure bastava che lo avessi guardato storto. E mi faceva schiattare dalla paura, prima, ma cercavo di non darlo a vedere. Cercavo.”¹⁵

Il 20 luglio 1970 sull’Espresso uscì un articolo di denuncia delle pratiche assistenziali all’interno di Villa Azzurra. Tre foto di bambini legati ai letti testimoniavano le condizioni dei piccoli degenti all’interno dell’Ospedale, accompagnate dalle informazioni date dal personale e dai componenti della Commissione di tutela. All’interno di Villa Azzurra il medico Giorgio Coda, psichiatra di Torino, utilizzava l’elettroshock oltre alla contenzione dolorosa, come punizione per i *bambini cattivi*. Il metodo degli elettromassaggi era stato sperimentato in precedenza alla Certosa di Collegno sugli alcolisti, come trattamento curativo, ma anche in quell’occasione i pazienti erano delle cavie, obbligati a subire trattamenti dolorosi, che portavano gravi danni alla salute nel lungo termine, senza reali miglioramenti dello stato psichico.

¹⁵ A. Gaino, *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione.*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 2017, p.16

“Il malato di mente, soprattutto lo schizofrenico, era definito inerte, insensibile, rigido dal punto di vista neurovegetativo, e perciò capace di tollerare dosi enormi di farmaci. [...] Parlare di una eventuale collaborazione degli ammalati a una ricerca, nel contesto manicomiale, è certamente un controsenso.”¹⁶



12.

Così lo psichiatra Enrico Pascal, che ebbe un ruolo fondamentale per un cambiamento nel manicomio di Collegno, parlava del ruolo del malato negli ospedali psichiatrici. Infatti, il paziente veniva obbligato ad entrare nell'istituzione e il suo destino era quello di continuare a subire abusi di potere dai medici e dagli infermieri.

La struttura dei manicomi, con il suo sistema chiuso e isolato dal mondo esterno, ha creato un ambiente in cui gli abusi di potere da parte dei medici sui pazienti erano più facili da attuare e meno visibili. L'assenza di controlli esterni e di trasparenza ha favorito la nascita di un rapporto di dominio, dove la figura del medico acquisiva un potere assoluto sulla vita dei malati, ridotti spesso a oggetti passivi di trattamento. Questo isolamento ha legittimato pratiche autoritarie e inumane, senza possibilità di resistenza o denuncia da parte dei degenti. La separazione dal mondo esterno, quindi, ha contribuito a creare un contesto favorevole all'abuso di potere, dove la sofferenza dei malati psichiatrici era ignorata, consolidando il divario tra la medicina e le reali esigenze dei pazienti. La riforma psichiatrica e l'introduzione di modelli più aperti e inclusivi sono stati fondamentali per smantellare questa dinamica e restituire dignità e diritti a chi soffriva.

¹⁶ Ibidem



1779

Chiusura
Villa Azzurra

1978

Legge Basaglia
n. 180

1973

Chiusura
Manicomio di
Torino

1968

Legge Mariotti
n. 431

1966

Villa Rosa

1934

Ville Regina
Margherita

1933

Villa Azzurra e
Padiglione D

1931

Complesso di
Grugliasco

1913

Uso di strutture
a Savonera

1904

Legge Giolitti
n. 36

1893

Ampliamento
padiglioni
pari

1865

Ampliamento
padiglioni
dispari

1852

Reale Certosa
di Collegno

1828

Regio
Manicomio
di Torino

1728

Costituzione
'Sedate de'
Pazerelli

ASL

Provincia di
Torino

Opera Pia

Confraternita
del
Santo Sudario

3

4

2

1

0 100 250 500 m



Fin dall'apertura della prima struttura dedicata ad ospitare i *poveri mentecatti*, la gestione dei manicomi era presa in carico degli ordini religiosi della Confraternita del S. Sudario e della Vergine delle Grazie. Nella seconda metà dell'Ottocento l'ente religioso subì un processo di laicizzazione. Sebbene la legge del 1865 imponesse alla Provincia di Torino di occuparsi degli "alienati poveri", l'assistenza psichiatrica venne lasciata alla Confraternita, in quanto già esperta nella gestione.

Nel 1890 l'Opera Pia divenne un ente autonomo, slegato dall'ordine religioso e controllato da una direzione amministrativa, assumendo il nome di *Regio manicomio di Torino*.¹⁷

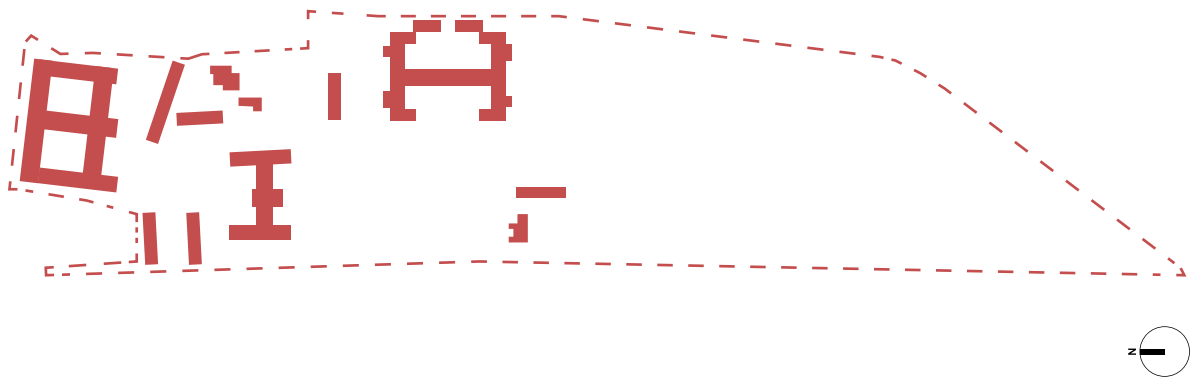
I due enti entrarono spesso in conflitto per motivi principalmente economici. L'Opera Pia possedeva i complessi manicomiali di Torino e Collegno e inoltre, costituiva un rilevante centro di potere scientifico, in quanto i direttori dei manicomi fossero figure importanti nell'ambito della psichiatria nazionale. Alla Provincia di Torino spettavano le spese di mantenimento degli ospedali, oltre che il poter scegliere parte del consiglio di amministrazione dell'Opera.

Se nell'Ottocento veniva posta molta attenzione al parere dei medici psichiatri per l'amministrazione e programmazione degli Ospedali Psichiatrici, nel Novecento gli enti provinciali acquisiscono un maggior impatto sulle scelte strategiche e sulle modalità di assistenza. Soprattutto in seguito alla Legge n.36 del 1904, la quale attribuiva ai medici un ruolo totalitario all'interno degli ospedali, sottraendoli dalle fasi decisionali e riducendoli ad esecutori del controllo dei pazienti.

L'Opera pia Ospedali psichiatrici di Torino venne sciolta definitivamente nel 1980, in corrispondenza del passaggio della direzione delle strutture all'ASL To3.

17 Regio Manicomio di Torino nel suo secondo centenario, Torino, Tip. Rattero, s.d., 1928 (citato da M.Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'Ospedale psichiatrico di Grugliasco*, 2002)

A Racconigi, città nata come importante centro di produzione della seta, nel 1789 le Regie Patenti autorizzarono la costruzione di un grande manicomio in una vasta area libera al confine Sud della città, ribadendo nuovamente il criterio di costruzione dei complessi manicomiali completamente esterni alla società. In quell'anno l'architetto Filippo Castelli propose un progetto con una pianta articolata su due cortili e un fronte a tre piani. La vastità del progetto richiese più fondi di quelli previsti, così il progetto rimase incompiuto fino al 1829, quando l'architetto Talucchi inserì un braccio seminterrato con l'idoterapia e progettò delle piccole camere nelle ali mancanti, anziché le grandi camerate come nel resto dell'edificio. Il complesso, capace di ospitare fino a mille persone, venne utilizzato come quartiere militare fino al 1870. Da quest'ultimo anno gli ingegneri Fabbri e Soleri si dedicarono agli interventi necessari per poter destinare il complesso ai malati di mente. Il cortile venne utilizzato come divisorio per la zona degli uomini e quella delle donne, vennero ricavati spazi comuni interni per i degenti tranquilli e celle singole per i degenti acuti. I pazienti aumentarono progressivamente da 250 circa nel 1874 ad oltre 800 intorno al 1880, per poi diminuire drasticamente a causa di un'epidemia di colera. Nel 1904 l'ingegner Fornaseri progettò otto nuovi padiglioni, di cui però ne fu costruito solo uno nel 1906. Il direttore del manicomio nel 1908, Cesare Rossi, richiedeva la presenza di una colonia agricola nel complesso, per poter mettere in pratica la riabilitazione dei degenti con l'ergoterapia, ma questa fu inserita solo negli anni '30. Nel 1927 si realizzò un nuovo padiglione soprannominato Tamburini, portando la capienza del complesso ad oltre 1000 pazienti. Dall'anno 1930 vennero apportati numerosi miglioramenti, grazie al direttore Emilio Rizzati. Infatti, vennero inseriti laboratori medici e di analisi, un impianto radiologico e una sala operatoria. Inoltre nel 1934, venne creato un reparto neurologico "a porte aperte" a pagamento. Il complesso venne dismesso nel 1978 con la legge 180 e una parte venne riutilizzata per ospitare al suo interno un archivio dell'ente.



I lavori per l'Ospedale Psichiatrico di Vercelli iniziarono nel 1934 e furono completati nel 1937, sotto la supervisione dell'ingegner Luigi Martina. Situato in una zona isolata della città, il complesso si estendeva su una vasta area di 28 ettari, diventando uno dei più grandi manicomi d'Italia.

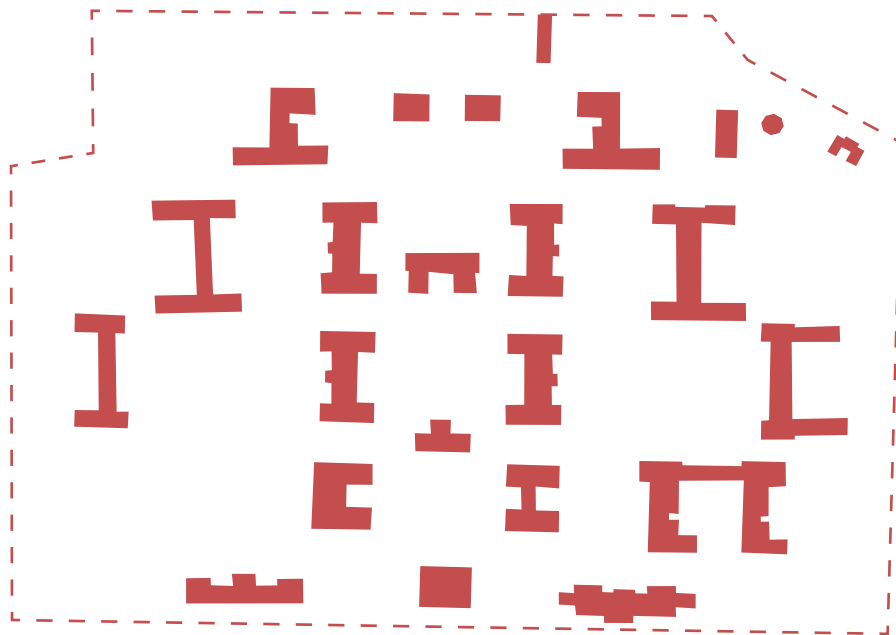
La struttura era progettata per ospitare diverse centinaia di pazienti, con una capacità stimata di oltre 500 posti letto. Gli spazi interni comprendevano ampie sale di degenza, sale da pranzo, laboratori e officine, dove i pazienti svolgevano attività terapeutiche e riabilitative. Gli edifici erano collegati tra loro da padiglioni e gallerie, mentre all'esterno si estendeva un vasto parco con aree verdi, giardini e cortili.

L'architettura del manicomio era caratterizzata da uno stile razionalista, tipico degli anni '30, con linee semplici e funzionali. Gli spazi erano organizzati in modo da separare i pazienti in base al sesso, all'età e alla gravità delle loro condizioni.

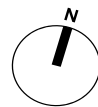
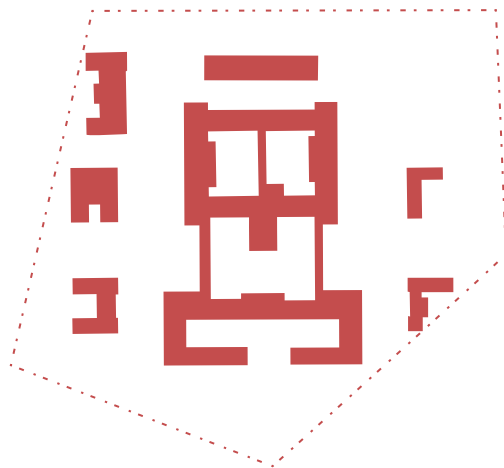
ne di nuovi padiglioni e servizi, per far fronte all'aumento del numero di pazienti.

Il manicomio di Vercelli rimase in funzione fino alla fine degli anni '70, quando, in seguito all'entrata in vigore della Legge 180/78, che aveva abolito i manicomi, fu gradualmente dismesso.

Oggi, l'ex Ospedale Psichiatrico di Vercelli è un complesso di edifici in parte ristrutturati e adibiti a diverse funzioni, mentre altri versano in stato di abbandono. La struttura rimane una testimonianza storica del passato della psichiatria in Italia e un luogo di riflessione sulle condizioni di vita e sulle terapie adottate nei manicomi.



I lavori per l'Ospedale psichiatrico provinciale di Novara iniziarono nel 1871 sotto la supervisione dell'ingegnere Francesco Lucca. In un'area adiacente all'Ospedale Maggiore, l'ospedale avrebbe ospitato spazi per , 220 degenti, una sala convegni, un laboratorio, due refettori. I pazienti venivano divisi per tipologie: paralitici, dementi vecchi e deboli, semi-agitati, clamorosi ed epilettici, convalescenti e tranquilli, malati accidentali ed inclini al suicidio. La struttura entrò in funzione a partire dal 1875 e già al 1877 i pazienti ricoverati erano circa 300. Ai lati dell'ingresso sono presenti due piccoli locali destinati ad abitazioni del portinaio e dell'ortolano. Il Manicomio è costituito da tre grandi corpi: uno destinato agli alloggi dei medici e all'amministrazione, il secondo di dimensioni maggiori fu destinato ai maniaci tranquilli e all'oratorio, mentre il terzo fu destinato ai furiosi e suicidi. I tre corpi principali sono collegati tra loro da gallerie coperte, che oltre a fornire dei passaggi coperti, fungono da divisori tra la sezione maschile e quella femminile. Tra gli edifici e il muro di cinta si collocano inoltre gli orti e giardini , per l'ergoterapia. Nel 1887 l'ingegnere Fortunato Isola, progettò due nuovi padiglioni per epilettici ed epilettiche ed ancora, in seguito venne attuato l'ampliamento per il padiglione degli agitati. Dal 1898 al 1911 il complesso manicomiale di Novara vide un'ulteriore espansione: vennero acquisiti ulteriori terreni per l'erezione di tre nuovi padiglioni per una colonia agricola e del muro di cinta. Nel dopoguerra vennero inaugurati la sezione infantile e il reparto neurologico di ricovero volontario. A partire dagli anni '50 i reparti vennero riorganizzati: le camerate vennero suddivise in spazi più piccoli e accoglienti, vennero eliminati gli strumenti di contenzione e introdotte invece le pratiche di psicoterapia. L'Ospedale venne dismesso solamente dal 1983, anno in cui vennero aperte due comunità terapeutiche; gradualmente il complesso cambiò la sua destinazione d'uso originaria per ospitare servizi di genere differente dell'ASL di Novara.





16.

2.3

I CRITERI DI PROGETTAZIONE DEI MANICOMI

In seguito allo studio dei complessi manicomiali della Regione Piemonte, sono stati stabiliti i criteri che hanno spinto in passato la progettazione dei manicomi.

I criteri progettuali sono stati suddivisi in tre tipologie:

- Criteri territoriali;
- Criteri spaziali;
- Criteri sociali.

La prima categoria di criteri, mette in evidenza come in passato l'alienazione mentale venisse curata per mezzo dell'isolamento sociale e l'esclusione dei degenti dalla società. Era fondamentale che i complessi sorgessero in aree limitrofe rispetto all'area urbana. L'estensione dell'area doveva essere molto elevata e recintata, in modo tale da risultare come una città nella città.

La seconda categoria di criteri si riferisce all'utilizzo degli spazi. Per gli edifici vengono prediletti grandi padiglioni su più piani, in cui sono presenti funzioni di vario genere e nei quali è facile dividere in modo gerarchico lavoratori e pazienti. Gli spazi interni per i pazienti si dividono tra grandi camerate comuni, facili da sorvegliare per gli operatori, e celle di isolamento con strumenti di contenimento. Nella maggior parte dei complessi manicomiali vengono inoltre previsti orti, giardini o addirittura colonie agricole per l'ergoterapia.

La terza categoria è quella sociale, nella quale vengono presi in considerazione i parametri legati ai pazienti: il numero, la tipologia di malattia, il sesso, la classe sociale e la curabilità. Inoltre viene sottolineata la separazione non solo fisica, ma anche umana con i medici e infermieri.



UBICAZIONE PERIFERICA

SEPARAZIONE NETTA CON L'URBANO

ELEVATA ESTENSIONE DELL'AREA



PRESENZA DI SPAZI FACILI DA CONTROLLARE

SEPARAZIONE FISICA MEDICI-PAZIENTI

PRESENZA DI CELLE E STRUMENTI CONTENZIONE

PRESENZA DI ORTI E COLONIE AGRICOLE

GRANDI PADIGLIONI



NUMERO DI PAZIENTI

TIPOLOGIA DI ALIENAZIONE

SEPARAZIONE DEI SESSI

SEPARAZIONE NETTA LAVORATORI-PAZIENTI

SEPARAZIONE IN BASE ALLA CLASSE SOCIALE

SEPARAZIONE IN BASE ALLA CURABILITÀ

CRITERI TERRITORIALI PER LA PROGETTAZIONE DEI MANICOMI

CRITERI SPAZIALI PER LA PROGETTAZIONE DEI MANICOMI

CRITERI SOCIALI PER LA PROGETTAZIONE DEI MANICOMI

3

PROGETTARE DOPO I MANICOMI: LIMITI E POTENZIALITÀ DELL'ATTUALE NORMATIVA SUI REQUISITI MINIMI.

“Il manicomio – nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, come protezione dall’invasione dei “centri d’infezione” – sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato.”

- Franco Basaglia, *L'istituzione negata*

2

L'ARCHITETTURA DELLA FOLLIA

- 2.0 L'evoluzione degli spazi della salute mentale
- 2.1 L'architettura manicomiale
- 2.2 I complessi manicomiali in Piemonte

3

L'ASSISTENZA PSICHIATRICA DOPO LA LEGGE 180

- 3.0 Il superamento dei manicomi
- 3.1 L'attenzione per la salute mentale
- 3.2 La rete dei servizi per la salute mentale

4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

- 4.0 Analisi quantitativa dei servizi psichiatrici in Piemonte
- 4.1 Il benessere mentale nella Regione
- 4.2 La rete dei servizi delle ASL
- 4.3 L'ASL della Città di Torino

3.0

IL SUPERAMENTO DEI MANICOMI

La legge 180 del 1978, meglio conosciuta come “legge Basaglia”, ha segnato una svolta epocale nell’assistenza psichiatrica in Italia, ponendo le basi per un sistema che privilegiasse il trattamento territoriale e la tutela dei diritti delle persone con disturbi mentali. Da allora, il concetto di salute mentale si è evoluto, sia a livello internazionale, con gli obiettivi stabiliti dall’OMS per il 2030, sia a livello nazionale, attraverso i Progetti Obiettivi Salute Mentale (POSM). Questi ultimi hanno introdotto una rete articolata di servizi psichiatrici sul territorio nazionale, gestiti dalle Unità Sanitarie Locali (USL), con una visione integrata e multidisciplinare dell’assistenza.

Il passaggio dalla psichiatria ospedaliera a quella territoriale ha portato alla creazione di Centri di Salute Mentale (CSM), Centri Diurni (CD), Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Day Hospital (DH) e Strutture Residenziali Psichiatriche. Sebbene queste strutture abbiano rivoluzionato la modalità di cura, la normativa vigente si concentra principalmente sulle funzioni degli spazi, senza approfondire aspetti cruciali come la qualità degli ambienti, le dimensioni, i materiali e gli arredi. Solo per le strutture residenziali sono presenti indicazioni più dettagliate, ma esse derivano dalla normativa relativa agli anziani e risultano spesso inadatte a pazienti più giovani.

In questo capitolo si analizzeranno i cambiamenti introdotti dalla legge Basaglia, l’evoluzione dei servizi territoriali e il ruolo degli spazi fisici nell’offrire un’assistenza adeguata, ponendo particolare attenzione alla necessità di uno standard di qualità più elevato e più mirato alle diverse esigenze dei pazienti.



1.

3.1

L'ATTENZIONE PER LA SALUTE MENTALE

3.1.1

La salute mentale

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità”.¹

L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS ha così definito il concetto di *salute*, che rientra nei diritti fondamentali. Al suo interno rientra quindi il concetto di *salute mentale* come “uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare lo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare bene e lavorare bene e contribuire alla propria comunità. Ha un valore intrinseco e strumentale ed è parte integrante del nostro benessere”²

La malattia mentale è una condizione caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nelle emozioni e nel comportamento, che riflettono disfunzioni nei processi psicologici, biologici o di sviluppo che influenzano il funzionamento mentale. Questi disturbi possono causare sofferenza e difficoltà nelle interazioni sociali, nel lavoro e in altre attività. Sebbene piccoli turbamenti in questi aspetti della vita siano comuni, quando tali difficoltà diventano abbastanza gravi da interferire con la quotidianità del soggetto, si considerano malattie mentali o disturbi psichici. Gli effetti della malattia mentale possono essere temporanei o durare nel tempo, con una variazione significativa nell'intensità dei sintomi, che possono andare da lievi a gravi.

Si stima che circa il 50% degli adulti sperimenti un disturbo mentale in qualche momento della propria vita, e di questi, oltre metà manifesta sintomi da moderati a gravi. Le malattie mentali sono anche una delle principali cause di invalidità nei bambini sopra i 5 anni, con la depressione al primo posto.

1. Villa Azzurra, Grugliasco, foto di Mauro Vallinotto, 1968, www.slegalosubito.com.

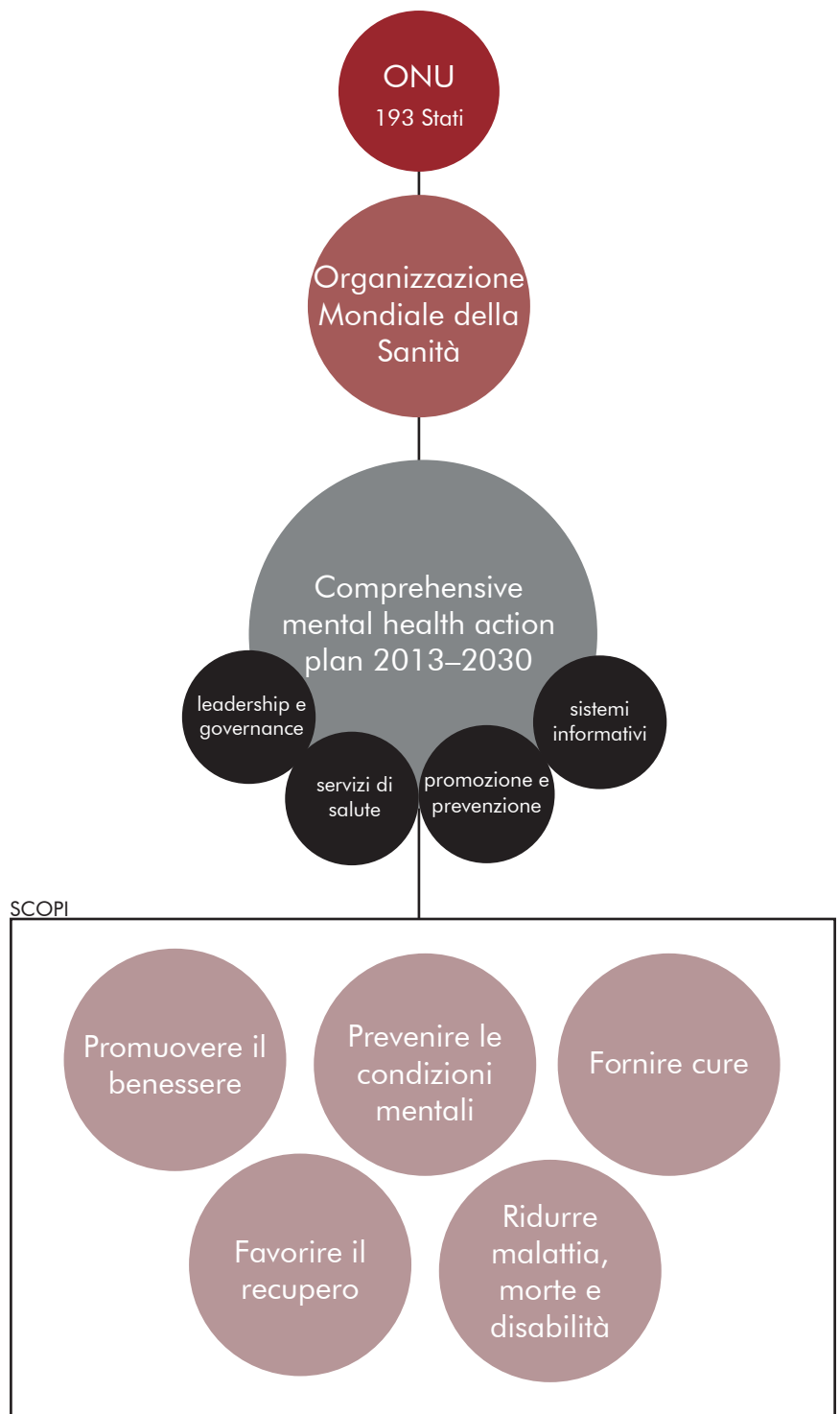
1 Preambolo alla costituzione dell'organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948., in www.coe.int.

2 Definizione di *salute mentale* data dall'OMS, in www.who.int

L'OMS è un istituto dell'ONU che si occupa di salute, ha sede a Ginevra ed è nato nel 1946 con un trattato stipulato a New York, che è entrato in vigore nel 1948. Il tema della salute mentale è di interesse dell'OMS da diversi anni e attraverso report, obiettivi, linee guida e talvolta finanziamenti, aiuta i Paesi membri ad organizzare i servizi per l'assistenza psichiatrica sul territorio.

Il primo riferimento per la salute mentale fu il *World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*; nel 2022 l'OMS ha pubblicato un nuovo rapporto mondiale dedicato alla salute mentale, in seguito al COVID-19: *World mental health report: Transforming mental health for all*. Il documento fornisce una valutazione aggiornata della situazione globale della salute mentale, offrendo una riflessione critica sui progressi ottenuti e sugli insuccessi registrati, nonché indicazioni su quali percorsi e strategie dovrebbero diventare priorità per attuare le trasformazioni necessarie e urgenti. Rispetto al report del 2001, uno degli aspetti innovativi è il focus sulla necessità di una riorganizzazione radicale dei servizi di salute mentale. In particolare, sono evidenziati due obiettivi principali: trasferire il trattamento delle persone con gravi disturbi mentali dagli ospedali psichiatrici alla comunità e potenziare l'assistenza per ansia, depressione e altre condizioni comuni di salute mentale attraverso servizi che operano a livello comunitario

Nella 66° Assemblea Mondiale della Sanità tenuta nel 2013, a cui hanno partecipato i Ministri della Salute dei 193 Paesi membri fu adottato il Piano d'Azione per la Salute Mentale WHO 2013-2020, in cui venivano posti gli obiettivi da raggiungere per la prevenzione e l'organizzazione dei servizi per la salute mentale. Nel 2021, la 74° Assemblea Mondiale della Sanità ha aggiornato il Piano e prorogato la sua durata. Infatti, il *Comprehensive mental health action plan 2013–2030 definisce azioni chiare per gli Stati membri, il segretariato dell'OMS e i partner internazionali, per promuovere a livello globale salute mentale e benessere, prevenire l'insorgenza di disturbi mentali nelle popolazioni a rischio e raggiungere una copertura universale per i servizi di salute mentale*.



2.

I quattro obiettivi principali presenti nel precedente Piano rimangono invariati e sono accompagnati da indicatori specifici e nuove opzioni di implementazione:

- *leadership e governance più efficaci per la salute mentale;*
- *erogazione di servizi di salute mentale integrati e globali in contesti basati sulla salute di comunità;*
- *implementazione di strategie di promozione e prevenzione;*
- *potenziamento dei sistemi informativi, delle evidenze e della ricerca.*³

2. Rappresentazione schematica degli obiettivi e scopi a lungo termine del *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.

3 WHO, *World mental health report: transforming mental health for all*, 2022. www.who.int

In seguito alla legge n.180 e alla legge di riforma sanitaria n.833 del 1978 in Italia ci fu una profonda rivalutazione nei confronti della malattia mentale e delle pratiche assistenziali ad essa legate. La nuova normativa ha introdotto un cambiamento nell'approccio alla malattia mentale, rivedendo gli obiettivi principali dell'intervento pubblico: da un focus sul controllo sociale delle persone con disturbi mentali a uno orientato alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi psichici. Inoltre, ha spostato l'attenzione delle strutture di assistenza, dai trattamenti basati sul ricovero in ospedale a quelli che si concentrano sui servizi sul territorio.

Il primo Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1994-1996"⁴ viene approvato nel 1994. Esso doveva essere attuato a livello regionale e si poneva quattro scopi fondamentali:

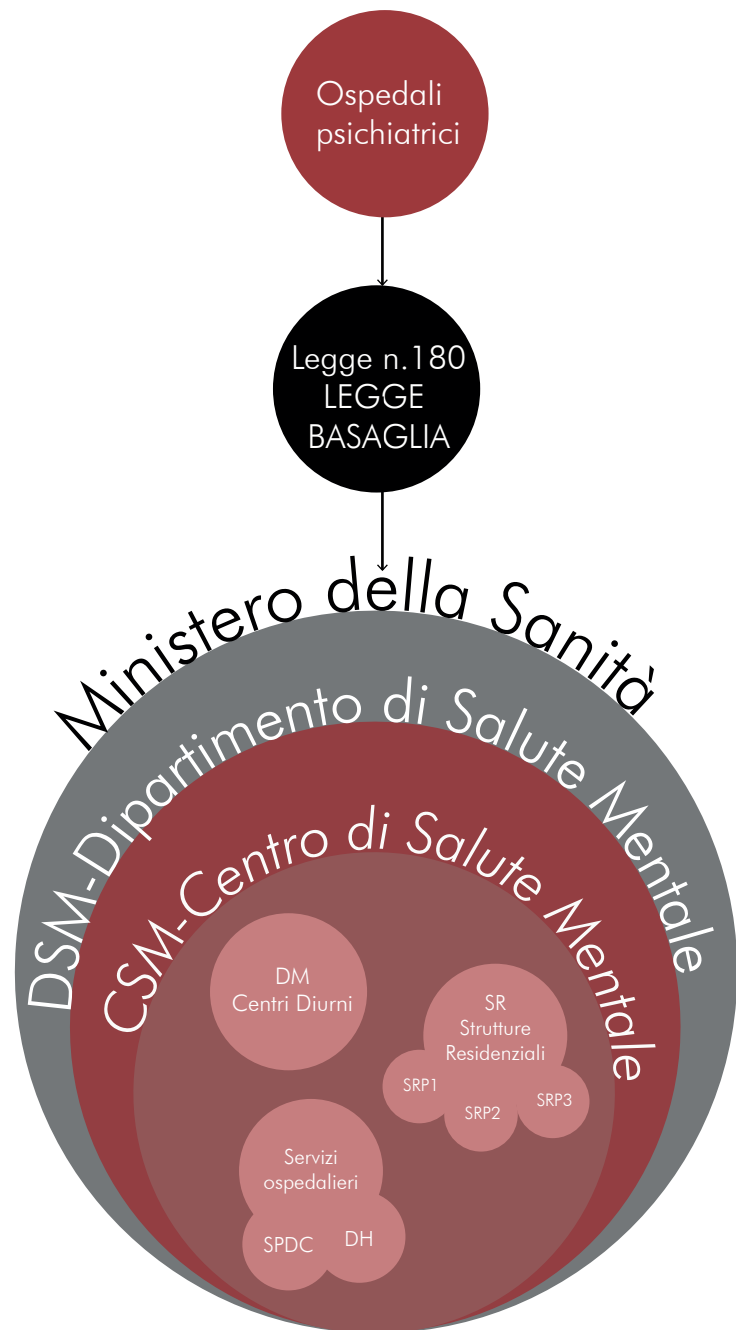
- costruzione in tutte le U.S.L. di una rete di strutture;
- aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori del settore;
- lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro;
- il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.

Uno degli aspetti più significativi è l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale - D.S.M. come organo di coordinamento per le strutture assistenziali sul territorio di competenza dell'ASL di riferimento. Il D.S.M. gestisce le attività, territoriali e ospedaliere, dell'assistenza psichiatrica e fa riferimento ad un bacino di utenza non superiore a 150.000 abitanti. Ogni dipartimento deve essere dotato di:

- una struttura territoriale, il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)
- un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)
- strutture per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o day hospital) (C.D.)
- strutture per attività in regime residenziale.

4 Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1994-1996", Gazzetta Ufficiale n.93 del 22.04.1994.

5 Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999, Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000", Gazzetta Ufficiale n.274 del 22.11.1999.



3.

Successivamente nel 1999 entra in vigore il nuovo Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000"⁵. Il Progetto si poneva cinque obiettivi di salute da perseguire:

1. promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
2. prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali;
3. riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali;
4. salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente;
5. riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio.⁶

⁶ Ibidem



4.

3.2

RETE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

3.2.1

Il passaggio alla psichiatria di settore

Il passaggio dai manicomi alla rete territoriale dei servizi per la salute mentale è stato un processo complesso e graduale, iniziato con l'introduzione della psichiatria di settore alla fine degli anni Sessanta. Infatti, i primi tentativi di deistituzionalizzazione e decentramento dei pazienti psichiatrici vennero fatti in seguito al Convegno nazionale di psichiatria sociale del 1964 tenuto a Bologna, a cui parteciparono due psichiatri francesi che sostenevano il miglior funzionamento di una psichiatria basata sui servizi territoriale al fine di ridurre l'ospedalizzazione.

Nello scenario torinese si iniziò ad attuare un passaggio alla psichiatria di settore prima della Legge Basaglia, nel 1969 venne istituita una *Commissione tecnica amministrativa per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica*, che ebbe il compito di studiare l'assistenza psichiatrica di settore francese e riorganizzare quella di Torino. La prima proposta fu quella di creare 11 zone sul territorio in cui offrire servizi di prevenzione, terapia e riabilitazione, grazie all'aiuto di apposite équipes formate da medici, infermieri, psicologi e altre figure professionali. Si vennero a formare inizialmente tre diversi settori tra cui Torino Centro formato dall'équipe delle Comunità 3 e 5 di Via Giulio e quello del reparto 12 di Collegno. Per una migliore organizzazione del settore di Torino Centro nacque anche il primo Centro di salute mentale di settore per la prevenzione secondaria e terziaria.⁷ La nascita formale del CSM a livello nazionale avverrà nel 1978 con la Legge n.180.

4. La Comunità terapeutica di Enrico Pascal formata dall'équipe del Reparto 12, foto di Carla Martinetto, 1969, www.ilmargine.it.

7 G.Luciano, *Storia di un manicomio italiano. Dalla "spedale de' pazerelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino.*, Milano, FrancoAngeli, 2019., pp.118-129.

Il Centro di Salute Mentale costituisce la prima struttura di riferimento per i cittadini affetti da disagio psichico. Il C.S.M. è la sede organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale e svolge attività di tipo ambulatoriale e domiciliare. Il Centro è gestito da un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM è operativo almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari.⁷

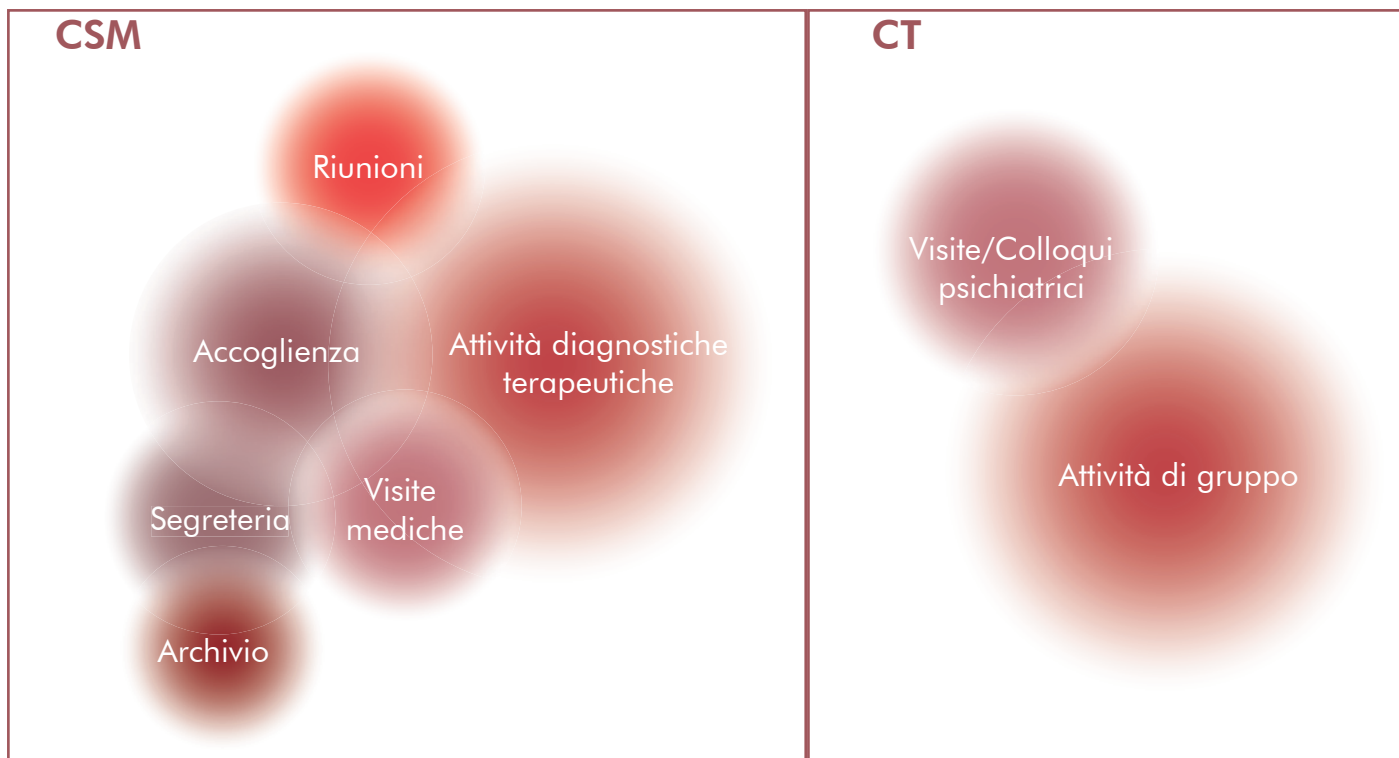
Nel Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" oltre a esplicitare le funzioni del CSM, vengono posti anche dei requisiti minimi strutturali e tecnologici e requisiti minimi organizzativi. È interessante notare come i requisiti siano generici e si limitino a parlare dei locali necessari. Infatti, i requisiti minimi strutturali riportati nel documento sono:

"Numero locali e spazi in relazione alla popolazione servita. Ciascun Centro di salute mentale dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni;
- locale per attività diagnostiche e terapeutiche;
- locale visita medica;
- locale per riunioni;
- spazio archivio."⁸

⁷ Ministero della Salute, *La rete dei servizi per la salute mentale*, 14 marzo 2024, www.salute.gov.it.

⁸ Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999, Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000", *Gazzetta Ufficiale* n.274 del 22.11.1999



5.

3.2.3

Centro Territoriale - CT

Il Centro Territoriale (CT) è l'equivalente del Centro Diurno (CD) per l'ASL di Torino. Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con finalità terapeutico-riabilitative, inserita nel contesto territoriale. È attivo almeno 8 ore al giorno, per sei giorni alla settimana. Il CD è dotato di un'équipe propria, che può essere integrata da operatori di cooperative sociali e associazioni di volontariato, e dispone di locali adeguatamente attrezzati. L'accesso alle strutture è gestito esclusivamente dai Centri di Salute Mentale.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, offre ai pazienti la possibilità di sperimentare e sviluppare abilità nella cura di sé, nelle attività quotidiane e nelle relazioni interpersonali, sia individuali che di gruppo, favorendo anche l'inserimento lavorativo. La gestione del Centro Diurno può essere affidata al DSM o a soggetti privati, sia sociali che imprenditoriali. In entrambi i casi, i rapporti con il DSM sono regolati da convenzioni specifiche, che garantiscono la continuità del percorso di presa in carico, nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento e delle normative vigenti.⁸

Anche per quanto riguarda i CD, il testo di riferimento per le linee guida relative agli spazi previsti è il Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", che anche in questo caso rimane generico, ma specifica la collocazione nel territorio "collocati in normale contesto residenziale urbano, per favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi ed attività per il tempo libero esistenti nella comunità"¹⁰.

5. Locali previsti per il CSM e per il CD dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000"

9 Ministero della Salute, *La rete dei servizi per la salute mentale*, www.salute.gov.it, 14 marzo 2024.
10 Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999, Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000", *Gazzetta Ufficiale* n.274 del 22.11.1999

Esistono due tipologie di servizi ospedalieri che sono il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC e il Day Hospital - DH. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è una struttura ospedaliera che fornisce trattamenti psichiatrici sia volontari che obbligatori in regime di ricovero. Il servizio è collocato all'interno di ospedali di Aziende ospedaliere, presidi di Aziende ASL o Policlinici Universitari. Fa parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), anche se l'ospedale in cui si trova non è gestito dalla stessa Azienda sanitaria di appartenenza del DSM. In questi casi, i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono disciplinati da accordi formali, in conformità con le direttive regionali. Secondo quanto stabilito dal Progetto Obiettivo 1994-'96, il numero di posti letto deve essere orientato verso una media di uno ogni 10.000 abitanti. Ogni SPDC dispone di un massimo di 16 posti letto e di spazi adeguati per le attività collettive.

Invece, il Day Hospital (D.H.) rappresenta una forma di assistenza semiresidenziale, destinata a trattamenti diagnostici e terapeutico-riabilitativi a breve e medio termine. Può essere situato all'interno dell'ospedale, con un legame funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, oppure in strutture esterne all'ospedale, collegate al Centro di Salute Mentale (CSM), dotate di spazi idonei, attrezzature adeguate e personale qualificato. Il servizio è operativo per almeno otto ore al giorno, sei giorni a settimana. Le sue funzioni principali sono:

- Consentire la realizzazione di esami diagnostici;
- Somministrare trattamenti farmacologici;
- Ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri o limitarne la durata.

Gli utenti accedono al servizio seguendo programmi concordati dagli operatori del Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

3.2.5

Strutture Residenziali SR

Le Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) sono servizi extra-ospedalieri in cui i pazienti vengono inviati dal Centro di Salute Mentale (CSM) per seguire un programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, che viene regolarmente verificato e aggiornato. Queste strutture sono situate nel territorio, in aree urbanizzate e prive di barriere architettoniche, per evitare l'isolamento sociale e favorire invece il reinserimento dei pazienti. Le SRP sono suddivise in base alle necessità sanitarie dei pazienti, ma ciascuna struttura non può ospitare più di 20 persone.

SRP1: Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi

Queste strutture accolgono pazienti con gravi difficoltà nel funzionamento personale e sociale, che necessitano di interventi riabilitativi intensivi, attuati attraverso programmi di vari livelli di assistenza. Il team è composto da medici, psicologi, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica e personale sociosanitario. Il programma ha una durata massima di 18 mesi, con possibilità di proroga per altri 6 mesi.

SRP2: Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi

Queste strutture sono destinate a pazienti con gravi o moderate compromissioni del funzionamento personale e sociale, che sono persistenti e invalidanti, e che necessitano di trattamenti terapeutici e assistenza continuativa. Il personale include medici, psicologi, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica e personale sociosanitario. Il programma ha una durata massima di 36 mesi, con la possibilità di estensione per altri 12 mesi.

SRP3: Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con diversi livelli di intensità assistenziale

Queste strutture accolgono pazienti che non possono essere assistiti a domicilio e che presentano vari livelli di autosufficienza e compromissione del funzionamento personale e sociale. Per questi pazienti sono efficaci programmi a bassa intensità riabilitativa. In base al grado di autosufficienza, esistono tre tipologie di strutture:

SRP.3.1: Strutture con assistenza 24 ore su 24.

Accolgono pazienti che non sono in grado di gestirsi autonomamente, con gravi e persistenti difficoltà nella gestione personale, economica e di imprevisti. Il personale è disponibile tutto il giorno.

SRP.3.2: Strutture con assistenza 12 ore al giorno.

Destinate a pazienti che hanno precedentemente vissuto in una struttura con assistenza continua, ma che ora sono clinicamente stabili e necessitano di un programma a bassa intensità riabilitativa.

SRP.3.3: Strutture con assistenza limitata a fasce orarie.

Queste strutture ospitano pazienti clinicamente stabilizzati, prevalentemente provenienti da esperienze precedenti in strutture con assistenza a 24 o 12 ore. Attualmente, questi pazienti necessitano di supporto nelle attività quotidiane, con un'assistenza programmata nelle fasce orarie diurne, per mantenere e potenziare le competenze autonome acquisite.

Per le Strutture Residenziali con un numero di posti letto inferiore a 10 hanno come requisito minimo strutturale quello di essere abitazioni civili sia con spazi per l'attività quotidiana sia spazi per l'attività sanitaria e colloqui personali. Per le Strutture con fino a 20 posti letto, si seguono invece le direttive del DPCM 22/12/1989¹¹. Le strutture quindi devono avere al loro interno degli spazi residenziali (camera/appartamento) che possono ospitare un massimo di 4 persone. I servizi igienici devono necessariamente essere collegati alle camere e viene specificato che i pazienti possono personalizzare le camere. In questo caso vengono fissati dei requisiti dimensionali e non solo funzionali. Infatti, la superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq. 40/45 per ospite¹²;

Alloggi:

- 28 m² per una persona
- 38 m² per due persone
- 52 m² per tre persone

Camere:

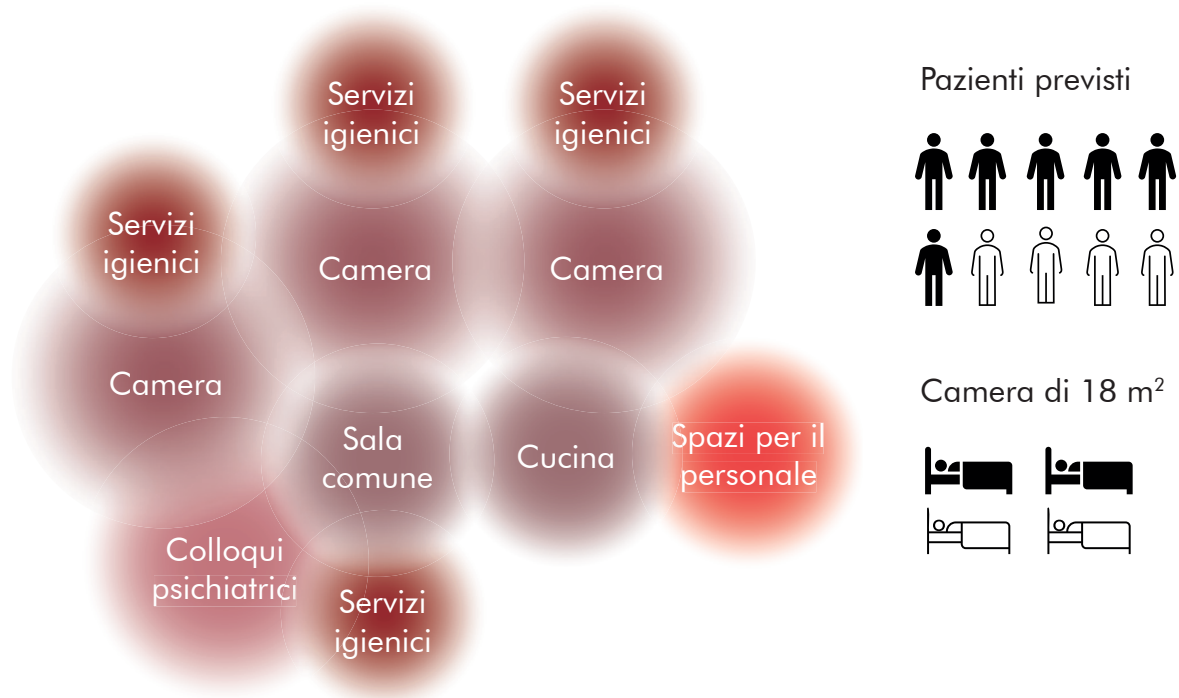
- 12 m² per una persona
- 18 m² per due persone
- 26 m² per tre persone
- 32 m² per quattro persone

¹¹ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali, Gazzetta Ufficiale de 03/01/1990.

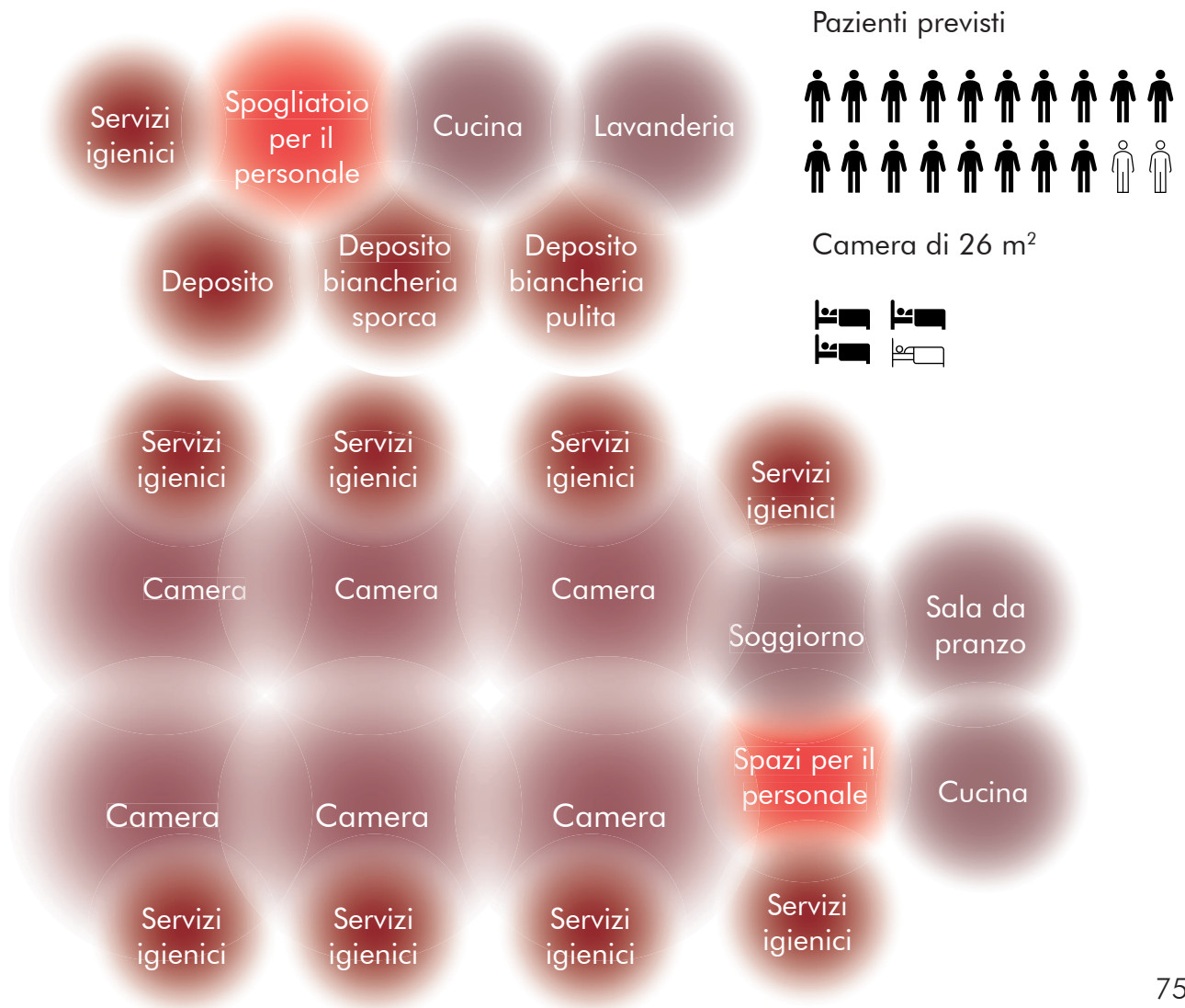
¹² Ibidem

⁶. Locali previsti per le Strutture Residenziali con posti letto < 10 e < 20 dal Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000" e dal DPCM 22/12/1989, allegato A limitatamente ai criteri 5, 7, 9 (punti a e b; punto f in relazione alle dimensioni della struttura) e 10.

Ipotesi Struttura Residenziale con posti letto < 10



Ipotesi Struttura Residenziale con posti letto > 10



4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

“Produrre sanità mentale significa lavorare contro il potere distruttivo della pazzia, ma anche contro il potere depauperante della normalità e l’ottusità del senso comune”

- Enrico Pascal

3

PROGETTARE DOPO I MANICOMI

- 3.0 Il superamento dei manicomi
- 3.1 L'attenzione per la salute mentale
- 3.2 La rete dei servizi per la salute mentale

4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

- 4.0 Analisi quantitativa dei servizi psichiatrici in Piemonte
- 4.1 Il benessere mentale nella Regione
- 4.2 La rete dei servizi delle ASL
- 4.3 L'ASL della Città di Torino

5

TRE STUTTURE TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE

- 5.0 Dal CSM alla riabilitazione
- 5.1 Centro di Salute Mentale di Corso Lecce
- 5.2 Casa Bordino
- 5.3 SRP1 ALTHAEA

4.0

ANALISI QUANTITATIVA DEI SERVIZI PSICHIATRICI IN PIEMONTE

La salute mentale rappresenta un elemento cruciale per il benessere complessivo della popolazione. In Piemonte, l'analisi dei dati evidenzia uno scenario, che vede da un lato un miglioramento di alcuni indicatori, come il calo dei ricoveri psichiatrici dal 1997 al 2015, e dall'altro il permanere di criticità nella capacità di risposta del sistema sanitario regionale. Infatti, mentre i Centri di Salute Mentale (CSM) e i Centri Diurni (CD) risultano sufficienti rispetto allo standard normativo, i posti letto ospedalieri rimangono al di sotto dei requisiti, rappresentando un punto di fragilità del sistema. A ciò si aggiunge un indice di benessere mentale (MH) che rivela differenze significative tra uomini e donne: le donne, infatti, presentano un indice inferiore, indicando una condizione di maggior vulnerabilità psicologica.

Nel capitolo viene affrontata un'analisi sulla distribuzione della rete di servizi sul territorio piemontese, che riflette una densità demografica variegata, con l'ASL Città di Torino che gestisce il maggior carico di popolazione. Nonostante il rispetto degli standard normativi per il numero di CSM e CD, gli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) continuano a presentare una carenza strutturale, già evidenziata nel 2015.

Queste analisi rivelano una correlazione tra la qualità dei servizi offerti e il benessere mentale della popolazione piemontese. Se da un lato il calo dei ricoveri può indicare una migliore gestione territoriale, dall'altro la carenza di risorse, come i posti letto ospedalieri e i gap di benessere psicologico tra uomini e donne, sottolinea la necessità di un miglioramento strutturale e organizzativo della rete di servizi di salute mentale.

69 ITALIA
IN LEGGERO
MIGLIORAMENTO
RISPETTO AGLI ANNI
2019-2021
NEL 2022

2022
CONDIZIONI PIÙ SFAVOREVOLI TRA
LE DONNE RISPETTO AGLI UOMINI

71  **67**

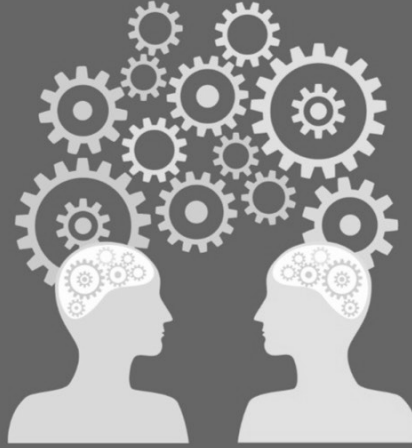

PEGGIORAMENTO
IN TERMINI DI
BENESSERE
PSICOLOGICO
NELL'ULTIMO
QUADRIENNIO

LIVELLI DI
CRITICITÀ
MAGGIORE
TRA LE
GIOVANI
DONNE

14-24 **20-24**
ANNI ANNI



INDICE DI SALUTE MENTALE



PIEMONTE
INDICE DI BENESSERE MENTALE PIÙ
BASSO RISPETTO ALLE REGIONI DEL
NORD (69,1) E ALL'ITALIA.



PIEMONTE
DOPO UN
PROGRESSIVO
PEGGIORAMENTO NEL
TRIENNIO 2019-2021,
NEL 2022 RECUPERA E
TORNA AI LIVELLI DEL
2019 (BES 2022)

1.

4.1

IL BENESSERE MENTALE NELLA REGIONE

4.1.1

Il Rapporto Salute mentale in Piemonte 2017

Il documento regionale più recente che riporta dati sui servizi psichiatrici in Piemonte è il Rapporto Salute Mentale in Piemonte 2017¹, pubblicato dall'ente regionale IRES Piemonte. Il Rapporto restituisce un quadro completo sulla situazione dell'assistenza psichiatrica nella regione, riportando dati risalenti al 2015. Nel documento viene riportata un'analisi statistica sulla popolazione che ha utilizzato i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale; si parla di circa 60.000 pazienti che ogni anno si appoggiano ai DSM delle ASL regionali. Viene sottolineato come il problema del benessere psicologico dei cittadini stia crescendo. Infatti, utilizzando l'indicatore MH² si stima che dal 2005 al 2013 in Piemonte: siano aumentati sia gli uomini che le donne con un basso indice di salute psicologica. Un altro aspetto interessante sulla popolazione che viene riportato nel documento è che il numero dei primi ricoveri dal 1997 al 2015 è diminuito. Per gli uomini si passa da 7.087 a 4.671, mentre per le donne da 7.967 a 5.100.

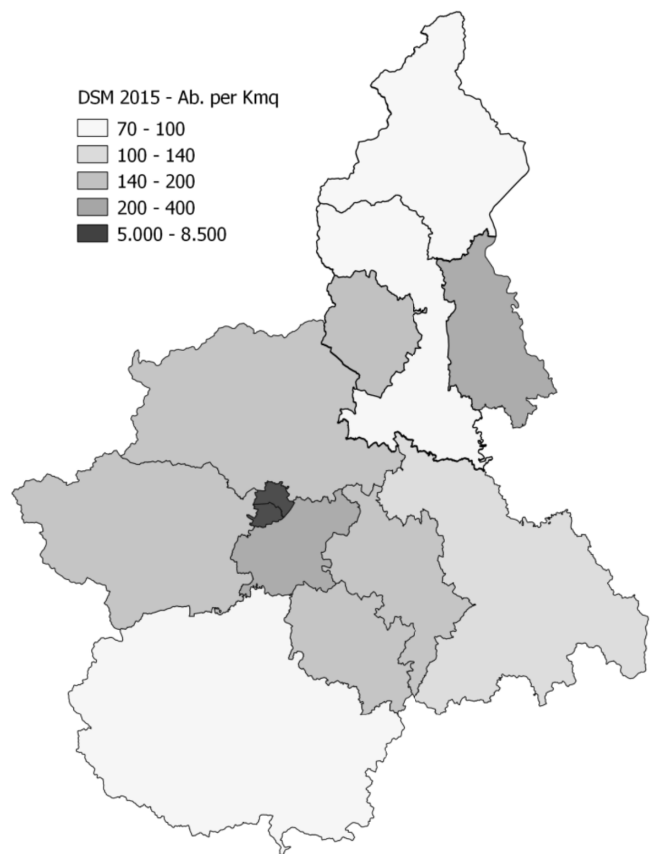
Il secondo capitolo del rapporto tratta dell'organizzazione dei Dipartimenti e alla diffusione delle strutture e dei servizi, confrontati con gli standard normativi che risalgono ai Progetti Obiettivo Tutela della Salute Mentale. Dall'analisi emerge una situazione eterogenea a livello regionale. Le strutture dei DSM – Centri di Salute Mentale, Centri Diurni – fanno peraltro rilevare, in Piemonte, una dotazione più elevata degli standard posti nel complesso, anche se non è così per tutte le ASL.

Partendo dai dati in seguito riportati del 2015, nel sottocapitolo 4.2 è stata svolta l'analisi relativa ai dati sulla popolazione e sui servizi relativa al 2023.

1. Immagine tratta dalla Relazione Annuale Regione Piemonte 2023, Comprendere per rispondere. Dalle crisi la spinta verso un futuro sostenibile. www.ires.piemonte.it

1 Ires Piemonte, *Rapporto Salute Mentale in Piemonte 2017*, www.ires.piemonte.it

2 (Keller, S.D., J.E. Ware, P.M. Bentler et al. 1998. Use of structural equation modelling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 51, Issue 11: 1179-1188), *Rapporto BES 2023*, ISTAT, www.istat.it

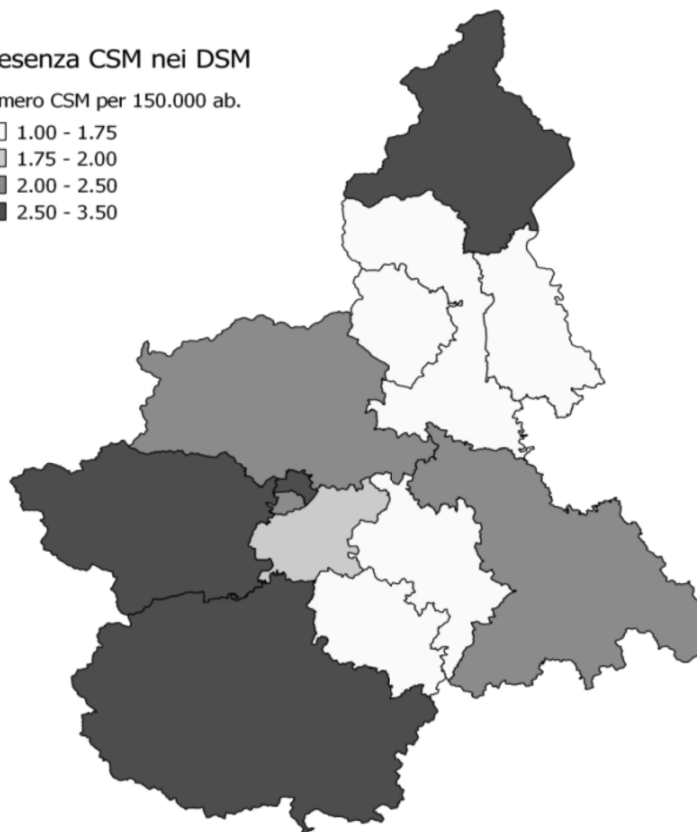
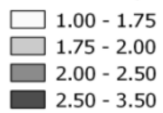


2.

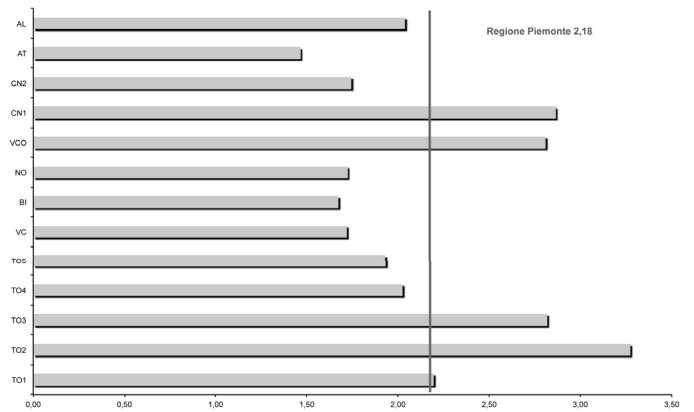
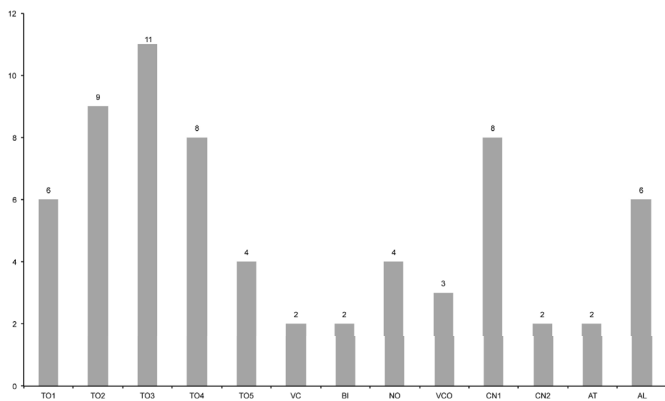
3.

Presenza CSM nei DSM

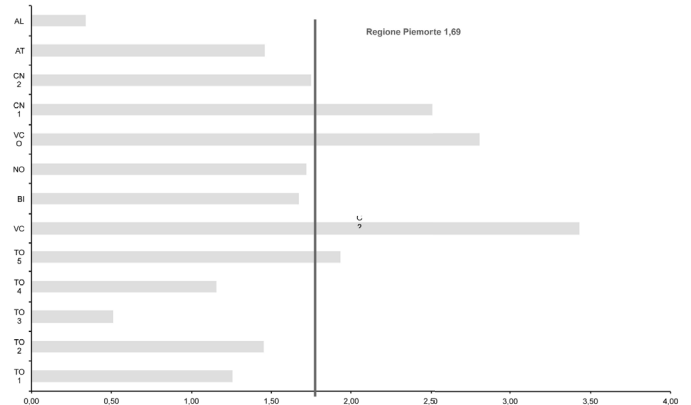
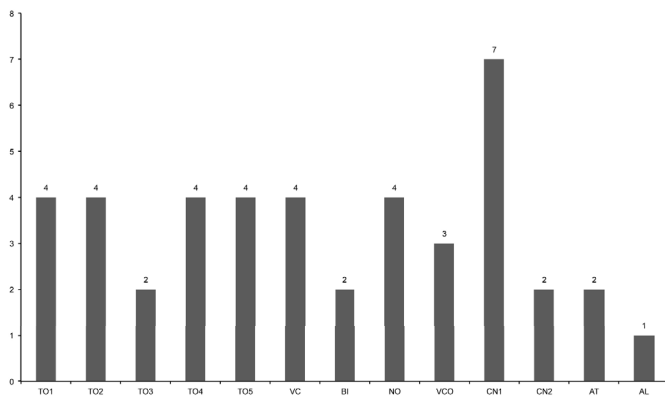
Numero CSM per 150.000 ab.



4.



5.



2-3. Regione Piemonte divisa in base alle ASL, in cui è raffigurata la densità di popolazione.

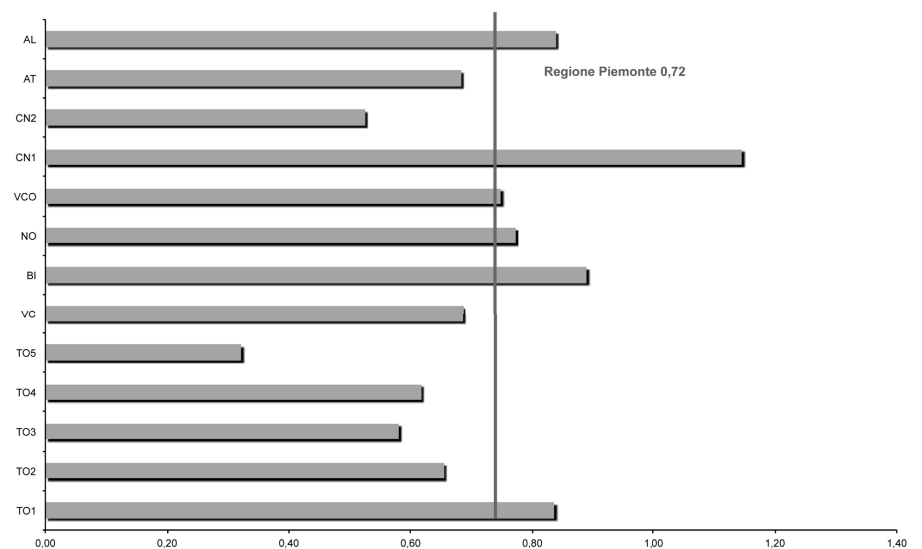
4. Raffigurazione della divisione dei CSM per le ASL rispetto allo standard normativo.

5. Grafico a destra raffigurante il numero di CSM per ogni ASL al 2015; grafico a sinistra raffigurante il numero di CSM normalizzato rispetto allo standard normativo.

6. Grafico a destra raffigurante il numero di CD per ogni ASL al 2015; grafico a sinistra raffigurante il numero di CD normalizzato rispetto allo standard normativo.

7. Grafico che mostra i posti letto SPDC per ogni ASL, normalizzati rispetto allo standard di riferimento.

Fig. 10 Posti Letto SPDC ogni 10.000 abitanti



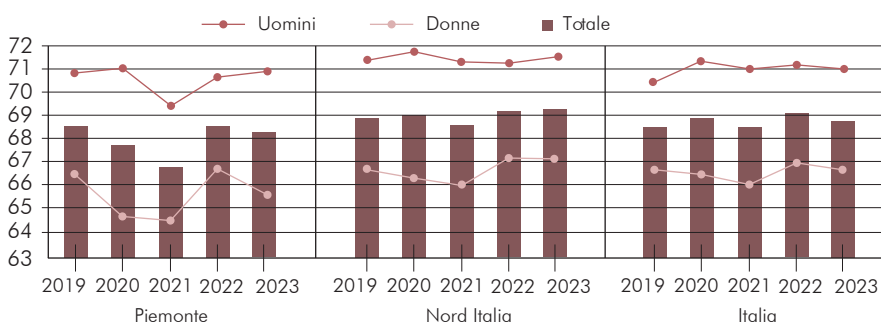
7.

Il benessere psicologico dei piemontesi

4.1.2

Nella Relazione Annuale Ires Piemonte, Persone e Società del 2024 è presente un'indagine sulla salute mentale nella Regione Piemonte. Viene utilizzato l'indice di salute mentale MH³ per monitorare l'evoluzione del benessere psicologico nella popolazione. L'indicatore ha un punteggio compreso tra 0 e 100 e all'aumentare di questo valore si ha un miglioramento delle condizioni di salute mentale.

Il Piemonte registra un indice di benessere mentale di 68,1, un valore che si allinea alla media delle regioni del Nord-Ovest e dell'Italia (68,7), ma risulta inferiore a quella del Nord complessivamente (69,2). Questo indicatore si è mantenuto stabile rispetto al 2022 e al 2019, dopo un peggioramento progressivo durante il biennio pandemico 2020-2021. Il divario tra donne e uomini è cresciuto a 5,1 punti a sfavore delle prime, un aumento significativo rispetto al 2022 (3,8 punti) e al 2019 (4,2 punti), risultando anche superiore al dato medio rilevato nel Nord e in Italia (4,3 punti). Tuttavia, negli ultimi vent'anni si evidenzia un peggioramento della salute mentale tra i giovani, in particolare tra le ragazze.⁴



8.

3 ISTAT, Rapporto BES 2023, 2024, www.istat.it

4 Ires Piemonte, Relazione annuale 2024, Relazione Annuale Ires Piemonte, Persone e Società del 2024, www.ires.piemonte.it

4.2

LA RETE DEI SERVIZI DELLE ASL

4.2.1

La distribuzione della popolazione tra le ASL

In Piemonte sono presenti 12 ASL e ciascuna di esse gestisce un Dipartimento di Salute Mentale. Nel 2015 l'ASL della Città di Torino era suddivisa in ASL TO1 e ASL TO2, oggi invece è presente una sola ASL che gestisce il Dipartimento di Salute Mentale. Dall'analisi effettuata le aree del Piemonte più densamente popolate sono quelle gestite dall'ASL della Città di Torino, l'ASL TO5 (Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino) e l'ASL NO (Arona, Borgomanero, Galliate, Novara).[9]

Dall'analisi effettuata è possibile notare come la popolazione femminile sia superiore a quella maschile in tutta la Regione [10] e come visto nel sottocapitolo 4.1, sia anche la porzione della popolazione con un indicatore di benessere psicologico inferiore.

Nell'analisi non sono stati utilizzati dati relativi ai ricoveri dei pazienti o all'utilizzo da parte della popolazione in quanto i dati più recenti a disposizione sono quelli risalenti al Rapporto Salute Mentale 2017. Tuttavia i dati dell'OMS affermano che 1 persona su 4 soffre di disturbi mentali, quindi nel contesto piemontese circa 1.066.657 persone.[11]

Lo studio portato avanti si limita quindi a restituire un quadro dei servizi presenti oggi sul territorio regionale rispetto alla normativa vigente dei POTSM 1994-1996 e 1998-2000.

8. Grafico in cui si paragona l'andamento dell'indice MH in Piemonte, Nord Italia e in Italia, tra il 2019 e il 2023, distinguendo uomini, donne e la popolazione totale.

Grafico tratto dalla Relazione annuale 2024, Relazione Annuale Ires Piemonte, Persone e Società del 2024, www.ires.piemonte.it

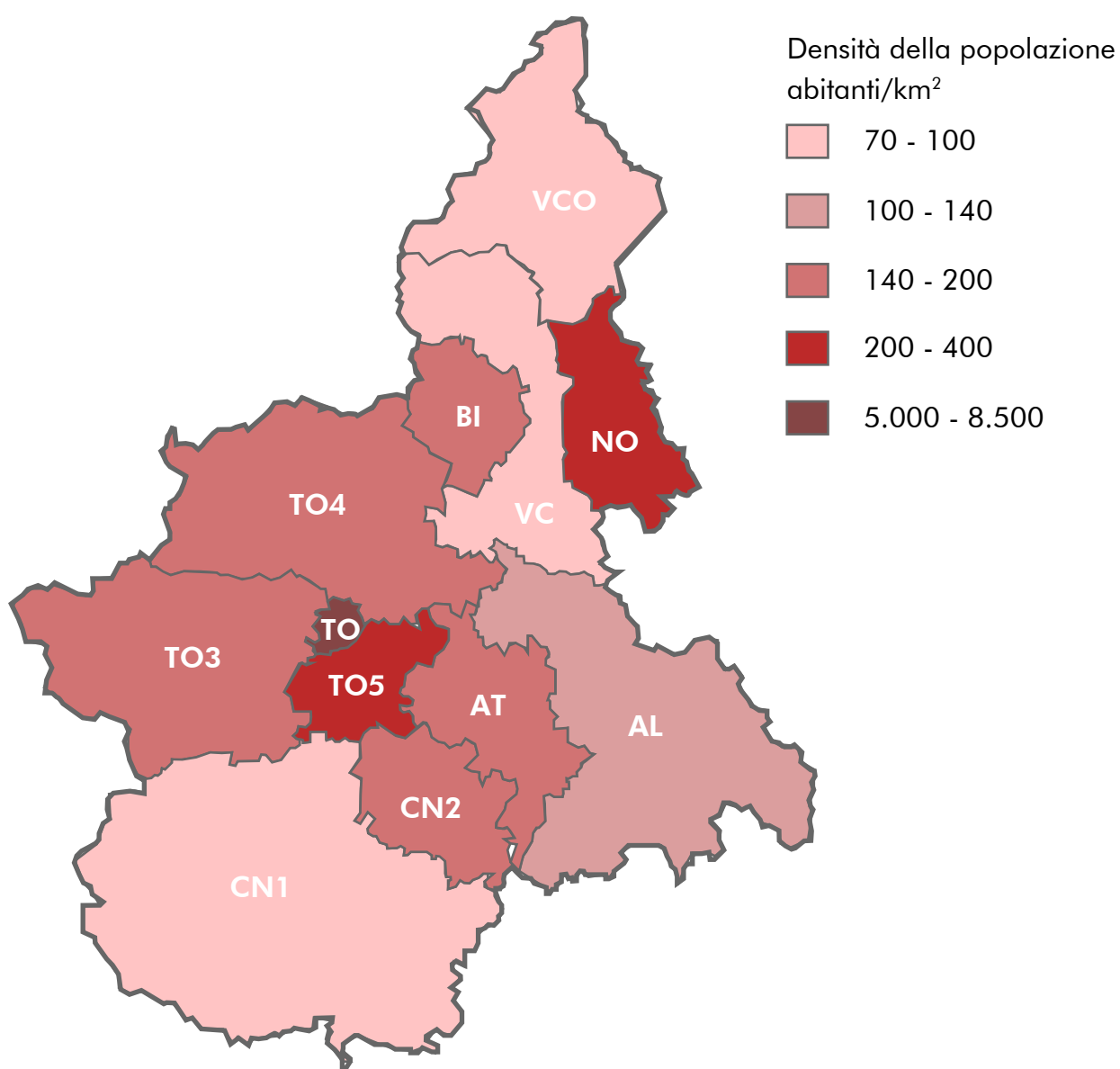
Regione Piemonte

Superficie: 25.400 km²

Abitanti: 4.266.628

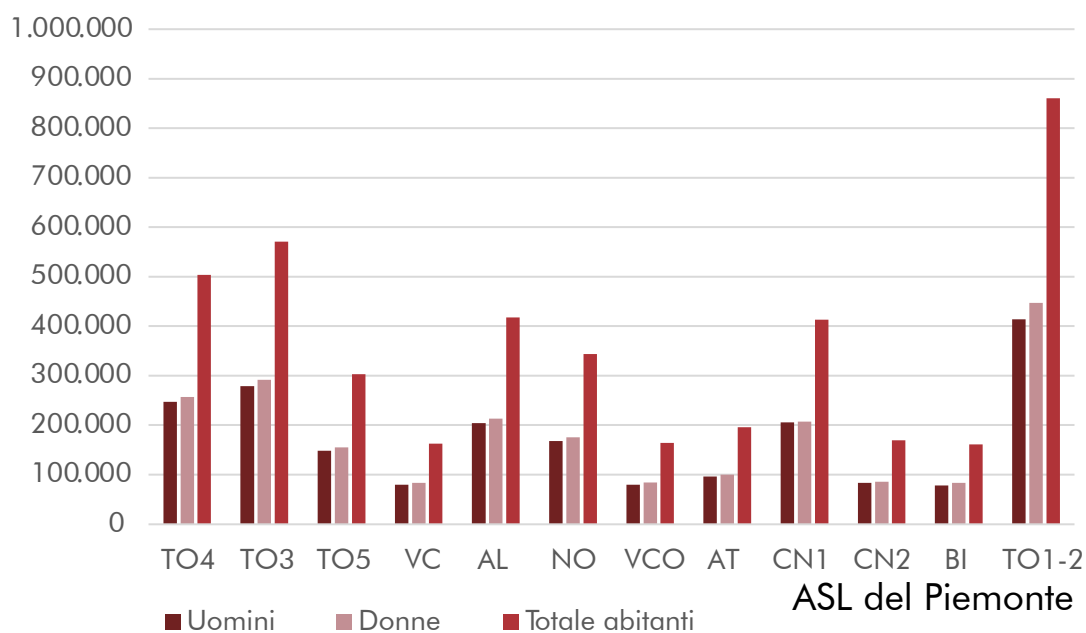
Densità della popolazione: 168 ab/ km²

12 ASL



9.

Abitanti

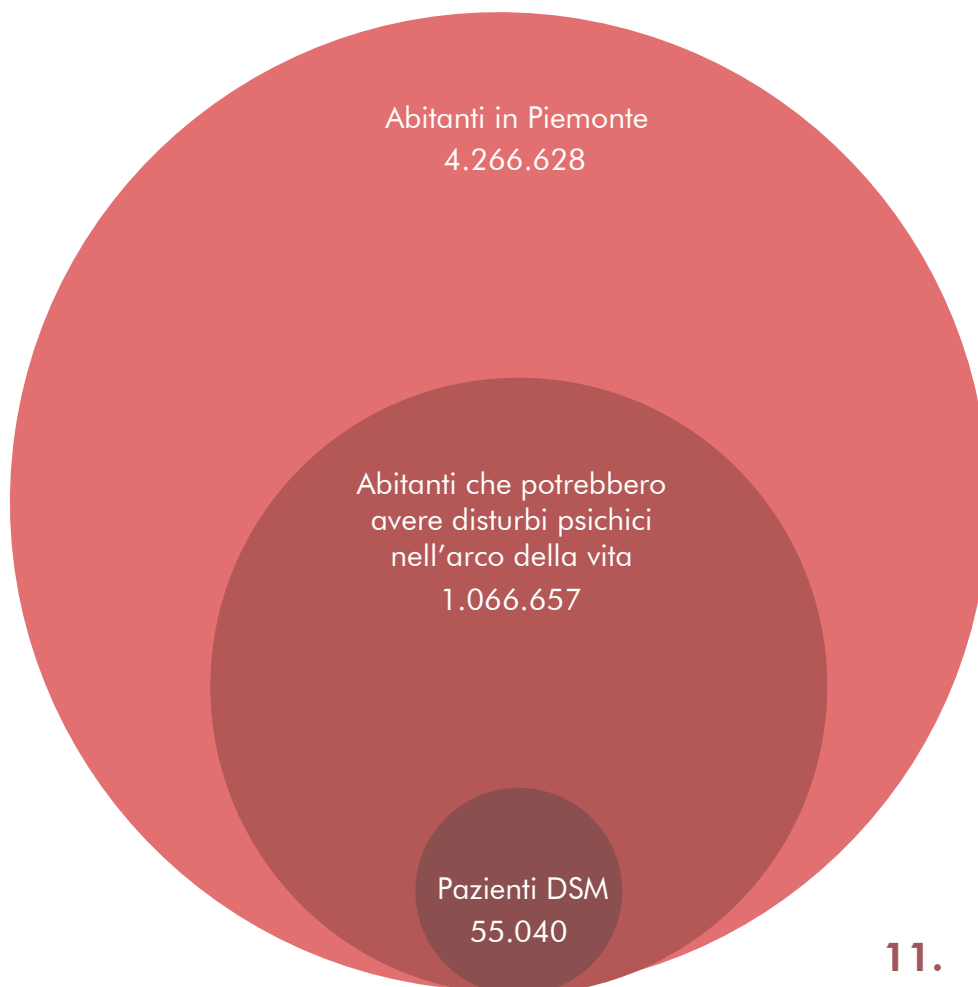


10.

9. Carta Regione Piemonte divisa per le rispettive ASL, in cui è indicata la densità della popolazione al 2023.

10. Grafico raffigurante gli abitanti del Piemonte divisi per i rispettivi ASL. I dati risalgono al 2023 e sono tratti dal sito della Regione Piemonte, nella sezione *Popolazione e Aree geografiche ed amministrative del Piemonte*, www.regione.piemonte.it

11. Schema raffigurante il numero degli abitanti che potrebbero essere affetti da disturbi psichici nell'arco della propria vita, calcolati rispetto al 25% della popolazione totale del Piemonte (1 persona su 4 come affermato dall'OMS). È stato inoltre ipotizzato un numero di pazienti dei DSM, utilizzando i dati del Rapporto del 2017, in proporzione con la popolazione del 2023.

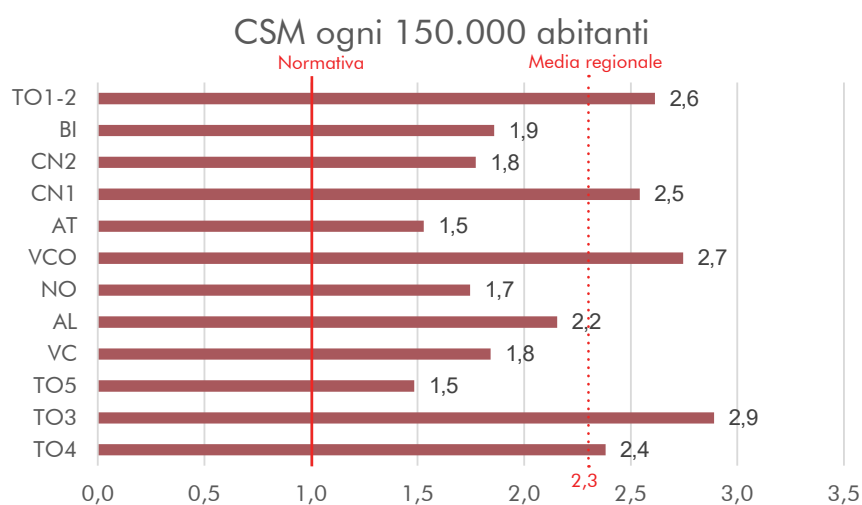
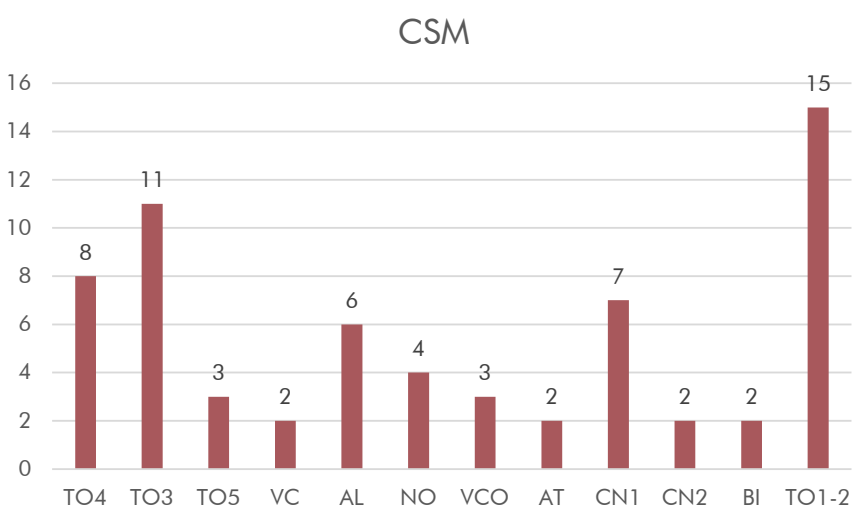


11.

Analisi quantitativa dei CSM

4.2.2

I Centri di Salute Mentale sul territorio regionale sono in totale 65 e la maggior parte di essi sono gestiti dall'ASL della Città di Torino (ex ASL TO1 e TO2). Nel Rapporto Salute Mentale in Piemonte 2017 si considera che Centro di Salute Mentale avrebbe uno standard di riferimento normativo, rispetto alla popolazione della catchment area di 1/150.000 abitanti (POTSM 1994-1996 e 1998-2000). Rispetto ai dati relativi alla popolazione in Piemonte nel 2023⁵, la media regionale è di 2,3 CSM/150.000 abitanti, superiore rispetto allo standard normativo e in miglioramento rispetto al 2015, che era di 2,18 CSM/150.000 abitanti.



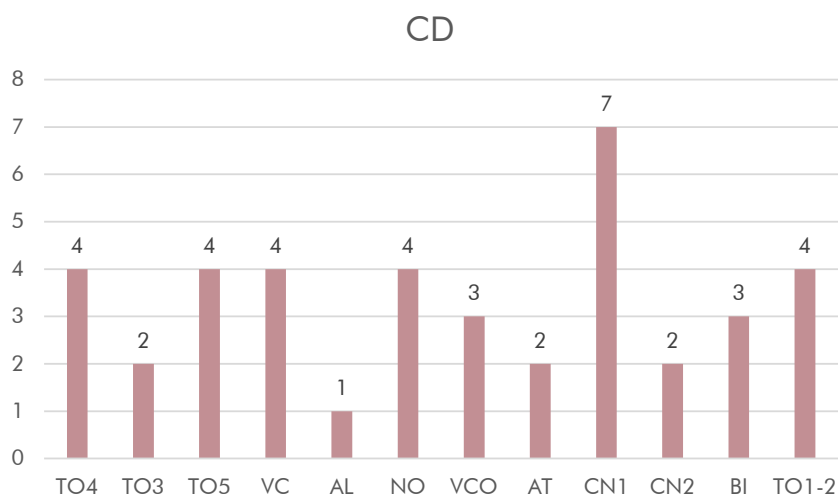
12.

⁵ I dati utilizzati sono stati scaricati dal sito della Regione Piemonte, nella sezione *Popolazione e Aree geografiche ed amministrative del Piemonte*, www.regione.piemonte.it

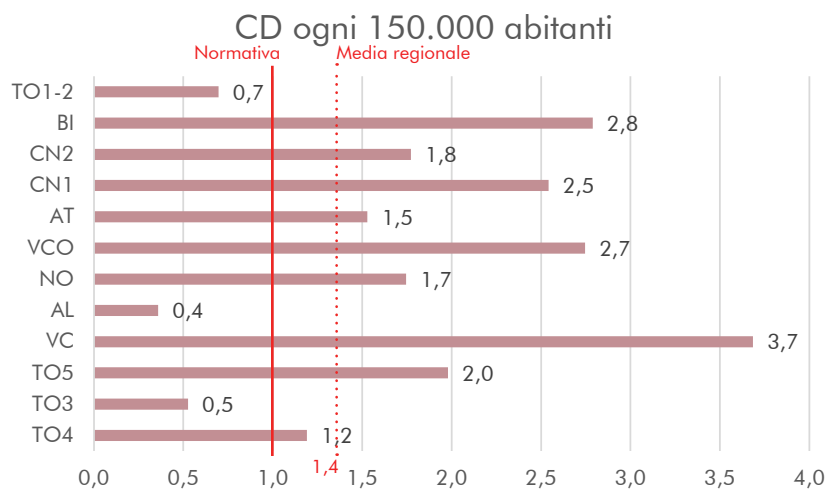
4.2.3

Analisi quantitativa dei CD

Il Centro Diurno, struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico/riabilitative, secondo le indicazioni del POTSM, dovrebbe essere presente con un tasso di riferimento di 1/150.000 abitanti. In Piemonte i Centri Diurni o Centri Territoriali, come nel caso dell'ASL di Torino, sono 40. Rispetto alla normativa sono in media 1,4 CD/150.000 abitanti; ci sono però 3 ASL con un tasso inferiore ad 1/150.000 abitanti, come l'ASL della Città di Torino, l'ASL AL e l'ASL TO3.



12. Grafico superiore: numero dei Centri di Salute Mentale per ciascuna ASL del Piemonte.
Grafico inferiore: CSM ogni 150.000 abitanti. Tutte le ASL hanno un numero di CSM tale da superare il parametro normativo. I dati relativi alla popolazione sono stati scaricati dal sito della Regione Piemonte www.regione.piemonte.it. I dati relativi ai CSM provengono dai siti di ciascuna ASL.



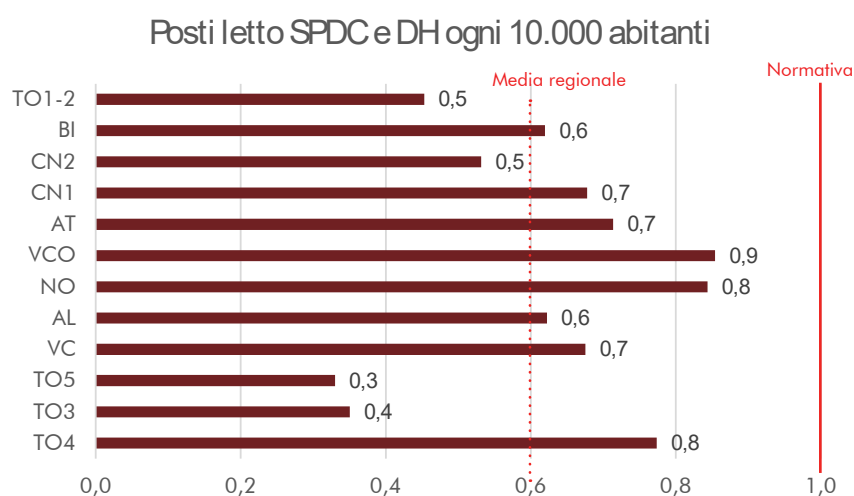
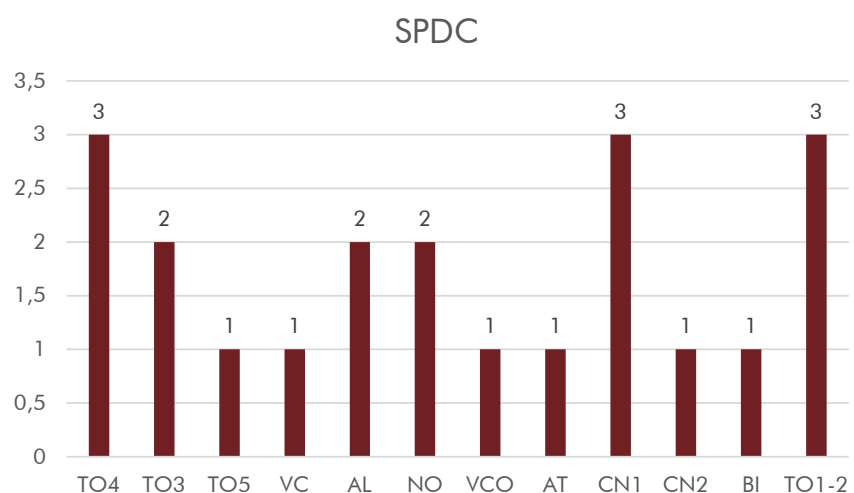
13.

13. Grafico superiore: numero dei Centri Diurni per ciascuna ASL del Piemonte.
Grafico inferiore: CD ogni 150.000 abitanti. I dati relativi alla popolazione sono stati scaricati dal sito della Regione Piemonte www.regione.piemonte.it. I dati relativi ai CSM provengono dai siti di ciascuna ASL.

Analisi quantitativa degli SPDC

4.2.4

Per quanto riguarda i reparti di ricovero ospedalieri lo standard di riferimento del POTSM è di un posto letto di psichiatria ogni 10.000 abitanti, comprendente sia quelli degli SPDC che quelli dei Day Hospital (DH). Il numero dei posti letto per ogni servizio ospedaliero è variabile, ma può arrivare ad un massimo di 16 posti. Dai dati rilevati⁶ è possibile vedere come la media della regione Piemonte sia inferiore allo standard normativo, poiché corrisponde a 0,6 posti letto ospedalieri/10.000 abitanti. L'ASL VCO, NO e TO3 sono quelli che più si avvicinano allo standard normativo.



14.

⁶ I dati utilizzati sono stati scaricati dal Servizio informativo di Psichiatria e Tossicodipendenza, www.serviziopsichiatricitossicodipendenza.org e dai siti web delle 12 ASL della Regione Piemonte, presi dal sito www.regione.piemonte.it.

4.3

L'ASL DELLA CITTÀ DI TORINO

4.3.1

La suddivisione in ROT

L'ASL del comune di Torino è l'ente territoriale che si occupa della gestione dei servizi per la salute mentale sul territorio comunale. Al vertice dei servizi si trova il D.S.M, il Dipartimento di Salute Mentale è un dipartimento territoriale che risponde a persone affette da malattie psichiatriche gravi e a disturbi psichiatrici cosiddetti comuni come l'ansia, gli attacchi di panico, la depressione reattiva ad eventi complicati della vita.⁷

Per una migliore gestione dei servizi, il territorio comunale viene suddiviso in quattro quadranti, ognuno di essi comprende due circoscrizioni. [15] Ciascun quadrante prende il nome di ROT - Rete Ospedale Territorio - Psichiatria.

- Ogni ROT include più CSM, con una rete di professionisti e risorse specifiche.
- L'obiettivo è facilitare l'accesso ai servizi e migliorare il coordinamento tra i diversi livelli di cura (territoriale, residenziale, ospedaliero).

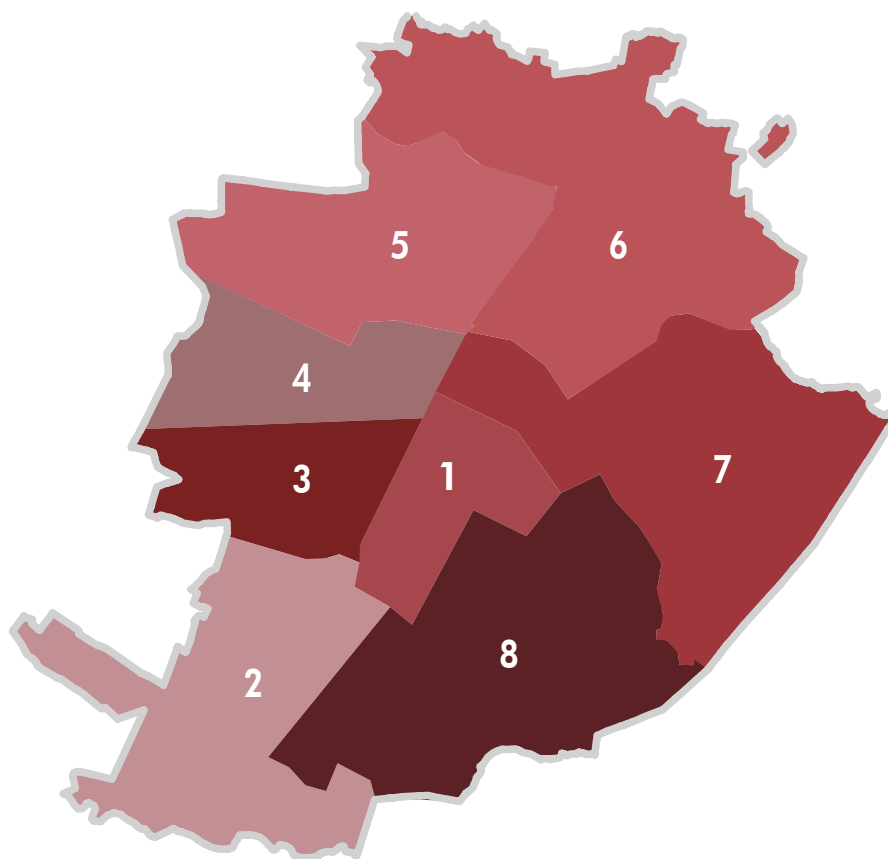
La logica della suddivisione in ROT è quella di rendere il sistema più vicino al cittadino, riducendo le distanze fisiche e organizzative tra l'utente e i servizi. Le quattro ROT sono:

- ROT Psichiatria Nord-Est;
- ROT Psichiatria Nord-Ovest;
- ROT Psichiatria Sud-Est;
- ROT Psichiatria Sud-Ovest. [16]

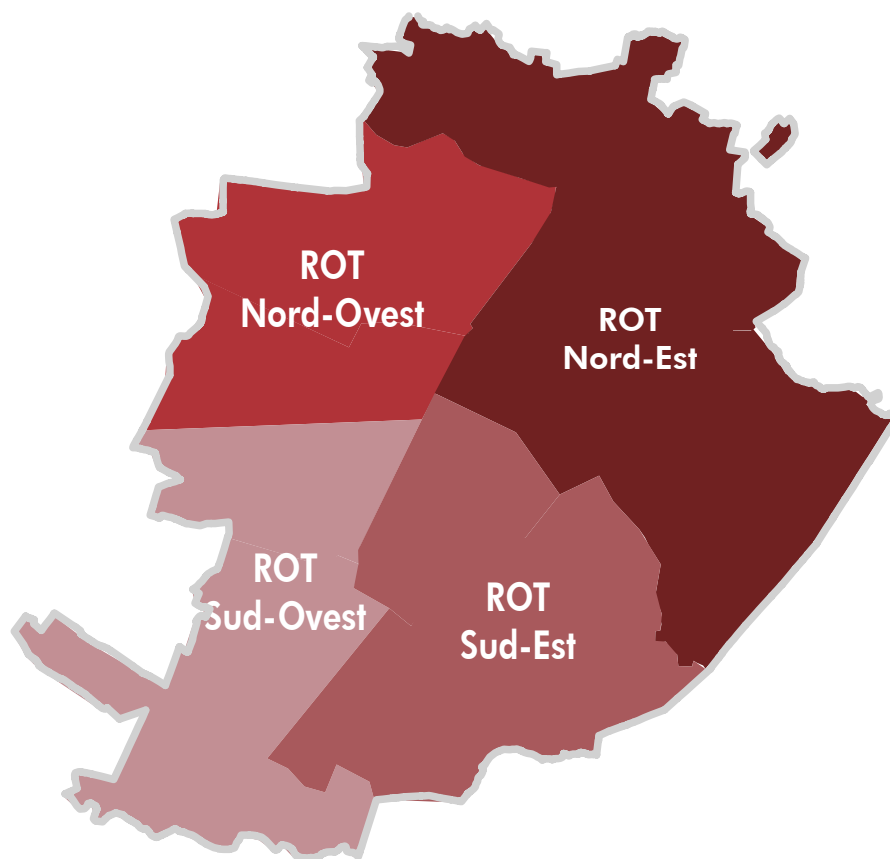
14. Grafico superiore: numero dei SPDC per ciascuna ASL del Piemonte.

Grafico inferiore: posti letto SPDC o DH ogni 10.000 abitanti. I dati relativi alla popolazione sono stati scaricati dal sito della Regione Piemonte www.regione.piemonte.it. I dati relativi al numero di posti letto provengono dal sito www.serviziipsichiatritossicodipendenza.org.

7 ASL di Torino, Dipartimento di Salute Mentale, www.aslcittaditorino.it



15.



16.

4.3.2

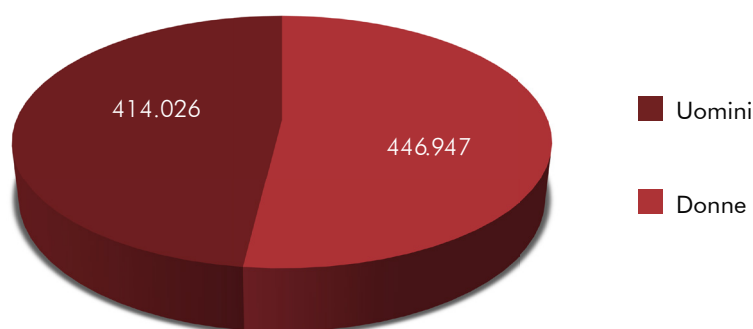
Analisi della popolazione

Il territorio della Città di Torino ha un totale di 860.973 abitanti⁸ e la popolazione femminile è superiore rispetto a quella maschile, in linea con i dati regionali. Il Comune si divide in 8 Circoscrizioni, ciascuna di essere con una diversa densità di popolazione e in particolare la più popolata è la circoscrizione 2 con 132.655 abitanti [18]. Per poter valutare se i servizi psichiatrici sul territorio rispettano lo standard normativo, è utile sommare gli abitanti delle circoscrizioni per le rispettive ROT. Dall'analisi effettuata risulta che l'area della ROT psichiatria Sud-Ovest è quella con più abitanti, mentre la ROT psichiatria Nord-Est è quella con meno abitanti [19].



Popolazione Totale
Comune di Torino

860.973



17.

15. Suddivisione delle circoscrizioni della Città di Torino.

16. Suddivisione delle ROT psichiatria della Città di Torino.

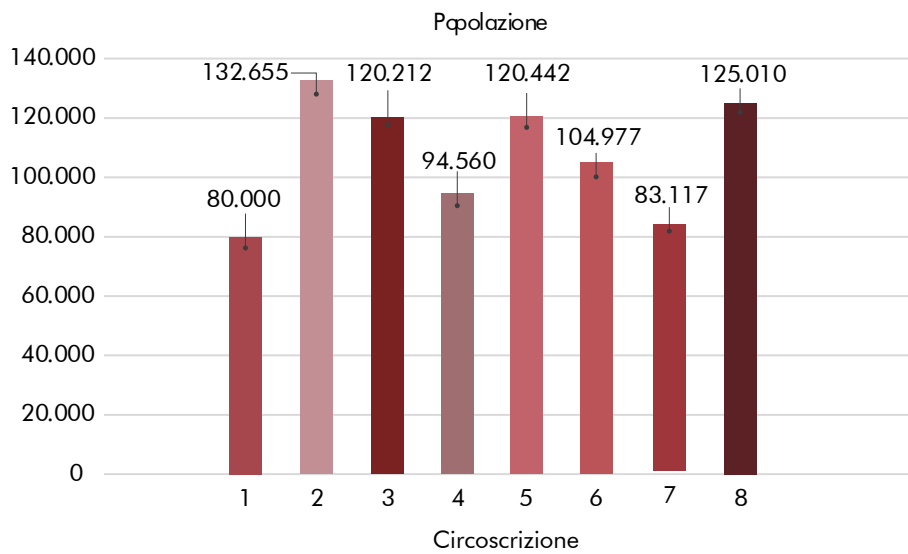
17. Grafico di analisi degli abitanti della Città di Torino con divisione per sesso.

18. Grafico di analisi degli abitanti della Città di Torino, con distribuzione nelle circoscrizioni e ROT, dati risalenti al 31/12/2023, presi da www.comune.torino.it.

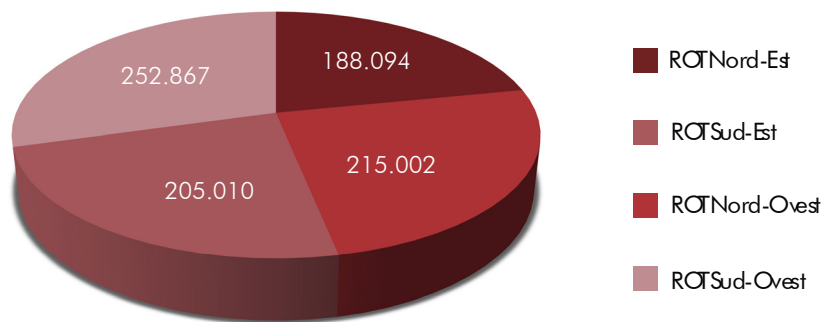
19. Grafico di analisi degli abitanti della Città di Torino, con distribuzione nelle ROT, dati risalenti al 31/12/2023, presi da www.comune.torino.it.

20. Mappa della Città di Torino con CSM, Cd e SPDC.

⁸ Dati risalenti al 31/12/2023, reperiti dal sito delle statistiche demografiche del comune, www.comune.torino.it.



18.



19.

4.3.3

Analisi quantitativa dei servizi a Torino



○ CSM - Centri di Salute Mentale

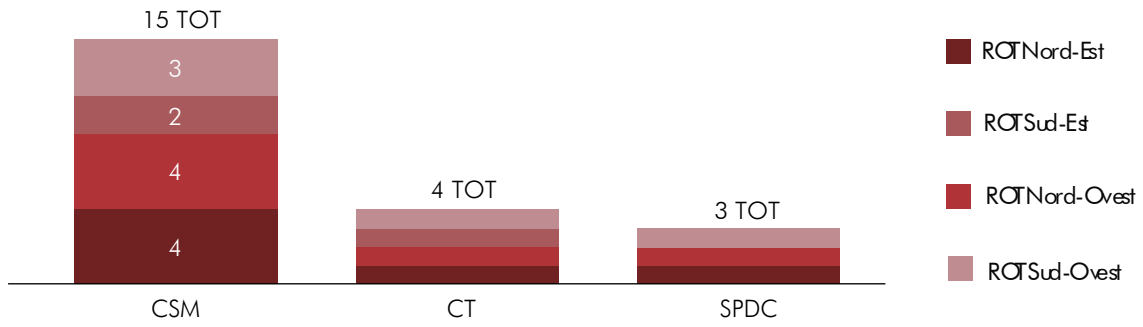
△ CT - Centri Territoriali

◇ SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

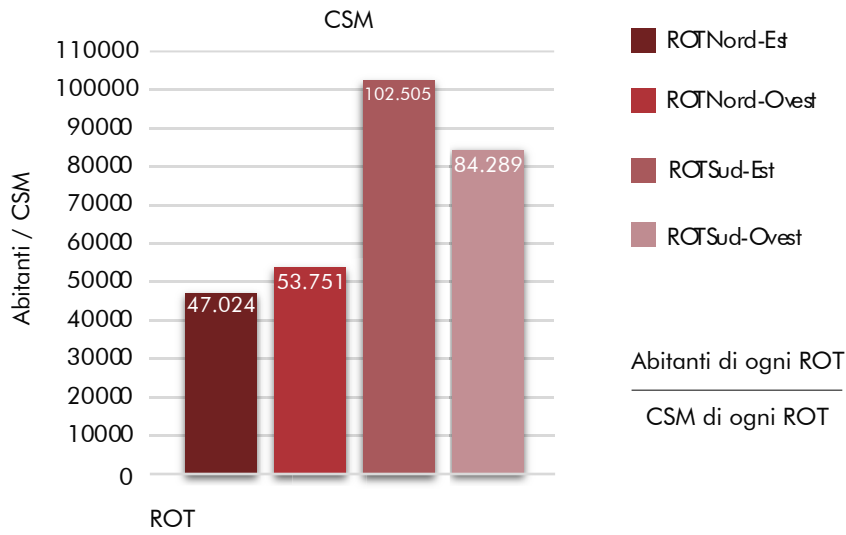
0 250 500 1000 2000 m



Servizi sul territorio

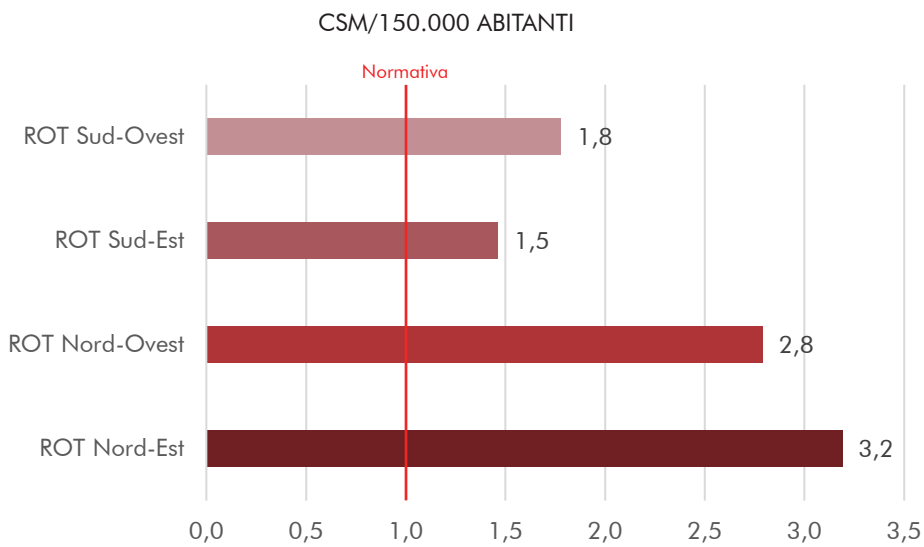


21.

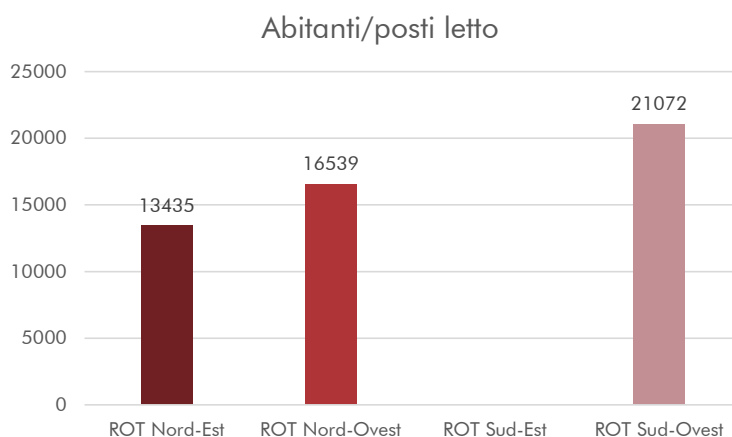


Su tutto il territorio della Città di Torino:

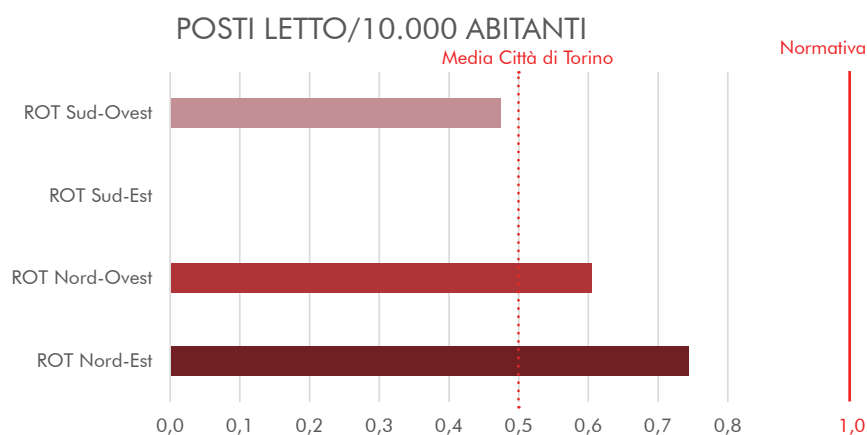
$$\frac{1 \text{ CSM}}{57.398 \text{ abitanti}}$$



22.



23.



Sul territorio di Torino sono presenti 15 Centri di Salute Mentale - CSM, 4 Centri Territoriali - CT e 3 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC [20].

La ROT Sud-Est ricopre l'area con meno servizi, poichè sono presenti 2 soli CSM e 1 solo CT, mentre non è presente nessun SPDC, poichè nel 2020 il reparto dell'SPDC all'Ospedale Mauriziano è stato chiuso a causa dell'emergenza del Covid-19 e non è ancora stato riaperto. Dall'analisi dei dati effettuata risulta che sul territorio non vengono rispettate le indicazioni previste sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, in quanto il Progetto Obiettivo "Tutala Saluta Mentale 1998-2000" prevede 1 posto letto ogni 10.000 abitanti. Nel Comune di Torino invece sono presenti 0,5 posti letto /10.000 abitanti, quindi la metà dei posti letto ospedalieri previsti dallo standard normativo.

Considerando i posti letto degli SPDC e gli abitanti di ogni singola ROT, quella che più si avvicina all'indicazione nazionale è la ROT Nord-Est che ha 1 posto letto ogni 13.435 abitanti. Un'ulteriore considerazione può essere fatta sulla ROT Sud-Ovest, che pur essendo quella con maggior popolazione ha il rapporto posti letto/abitanti che più si distacca dalla prescrizione normativa, arrivando ad 1 posto letto ogni 21.072 abitanti [23].

21. Grafico con la divisione dei servizi psichiatrici in base alle ROT.

22. Grafico con la divisione dei CSM per ciascuna ROT, con riferimento agli abitanti e in relazione alla normativa di 1 CSM / 150.000 abitanti.

23. Grafico con la divisione degli SPDC per ciascuna ROT, con riferimento agli abitanti e in relazione alla normativa di 1 posto letto / 10.000 abitanti.

8 Dati risalenti al 31/12/2023, reperiti dal sito delle statistiche demografiche del comune, www.comune.torino.it.

5

TRE CASI STUDIO DI SERVIZI TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE

4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

- 4.0 Analisi quantitativa dei servizi psichiatrici in Piemonte
- 4.1 Il benessere mentale nella Regione
- 4.2 La rete dei servizi delle ASL
- 4.3 L'ASL della Città di Torino

5

TRE STUTTURE TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE

- 5.0 Dal CSM alla riabilitazione
- 5.1 Centro di Salute Mentale di Corso Lecce
- 5.2 Casa Bordino
- 5.3 SRP1 ALTHAEA

6

PROGETTAZIONE PENSATA: UNA STRATEGIA PER IL CENTRO TERRITORIALE DI VIA SOSTEGNO 33

- 6.0 La definizione di una strategia
- 6.1 Il Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno
- 6.2 Dagli spazi minimi agli spazi utili
- 6.3 Strategia per la progettazione del Centro Territoriale

5.0

DAL CSM ALLA RIABILITAZIONE

In questo capitolo verranno prese in considerazione tre diverse tipologie di strutture dedicate alla cura della salute mentale: il CSM di Corso Lecce, la Struttura Residenziale Protetta Althaea e Casa Bordino. Nonostante questi servizi abbiano come fattore comune quello di ospitare al loro interno persone affette da disturbi mentali e operatori del settore quali ad esempio psichiatri, psicologi ed infermieri, esse sono gestite da enti differenti e offrono servizi di diversa natura. Infatti il Centro di Salute Mentale, presentato al paragrafo 3.2.2, è il primo servizio a cui i cittadini si rivolgono per avere un colloquio con uno psichiatra, che individua per loro un percorso terapeutico. La Struttura Althaea, è una SRP 1 (paragrafo 3.2.5), nella quale viene offerto un servizio extra-ospedaliero. Al suo interno i pazienti assegnati dal CSM possono seguire i programmi riabilitativi, abitando nella struttura per un massimo di 24 mesi. Infine Casa Bordino è un'Organizzazione di Volontariato, grazie alle convenzioni con l'ASL offre servizi di domiciliarità leggera, similmente ad un Centro Diurno. In questo luogo sia i pazienti mandati dal CSM sia i cittadini in autonomia, vengono seguiti da professionisti volontari per ritrovare autonomia nella vita quotidiana; inoltre vengono offerte attività ricreative per favorire la socialità.

Il Centro di Salute Mentale e la Struttura Residenziale hanno come caratteristica comune quella di essere due edifici che in passato erano adibiti a residenze. Casa Bordino è invece un servizio collocato al secondo piano dell'edificio in cui nel 1700 si trovava lo 'Spedale de' pazzzerelli. Nei primi due casi la normativa specifica quali siano i requisiti minimi strutturali, mentre nel caso dell'associazione di volontariato non vi sono linee guida a cui attenersi.



CASI STUDIO

0 100 250 500 m



CSM
Centro di Salute Mentale

Psicologi, Infermieri,
Educatori Socio Sanitari

8/24h 5/7gg



ODV
Organizzazione
di Volontariato
Casa Bordino

Operatori di Cooperative
Sociali, Volontari, Psicologo

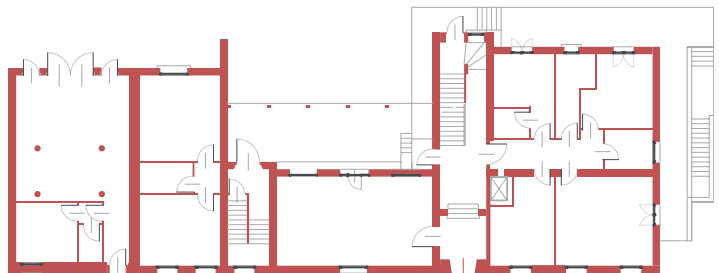
7/24h 5/7gg



SRP1
Struttura Residenziale
Protetta 1

Psichiatra, Psicologo,
Assistente Sociale, Infermiere

24/24h 7/7gg





5.1

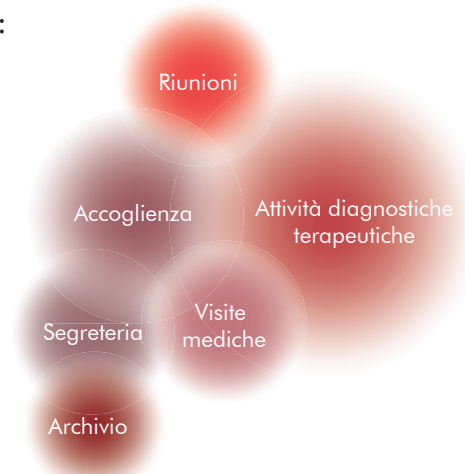
CENTRO DI SALUTE MENTALE DI CORSO LECCE

5.1.1

La struttura

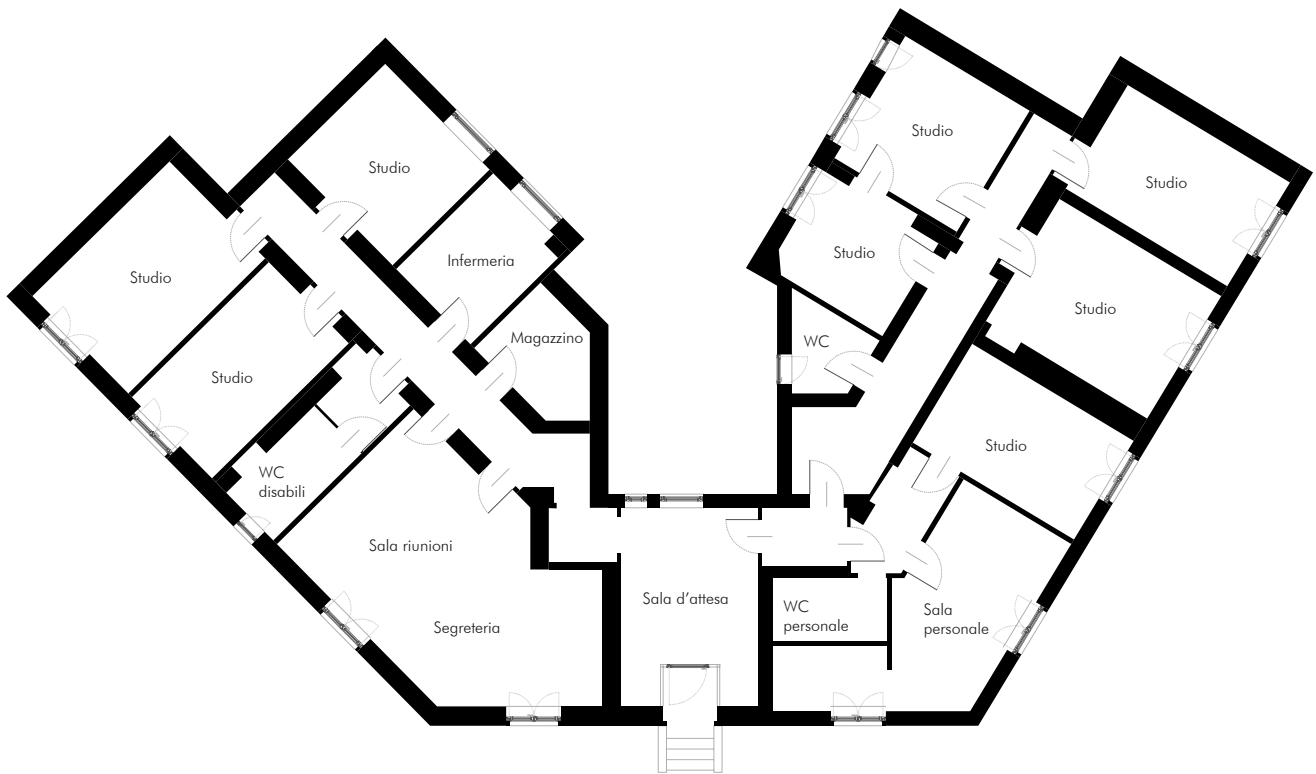
Il Centro di Salute Mentale in Corso Lecce, rientra nei servizi gestiti dalla ROT Psichiatria Nord-Ovest (paragrafo 4.3.1). Il Centro al 2023 aveva in carico circa 1000 pazienti¹, con un'affluenza di circa 100 pazienti al giorno e 26 operatori. Non vengono riportate fotografie della struttura in quanto sarebbe stato necessario un ulteriore permesso oltre a quello ottenuto per l'accesso.

Il CSM è collocato al piano terra di un edificio residenziale popolare dell'ATC. Infatti, in origine dove oggi è situato il servizio dell'ASL, erano presenti tre appartamenti, dei quali è ancora possibile vedere la suddivisione. Prima ancora di venir trasformato in un Centro di Salute Mentale, gli appartamenti vennero destinati ad ospitare tre comunità psichiatriche. Dalla planimetria è possibile notare come la suddivisione spaziale non sia variata molto dalla sua funzione primaria, ma le stanze siano semplicemente state adibite ad ambulatori e studi. Secondo la normativa vigente² il Centro dovrebbe avere al suo interno le seguenti funzioni:



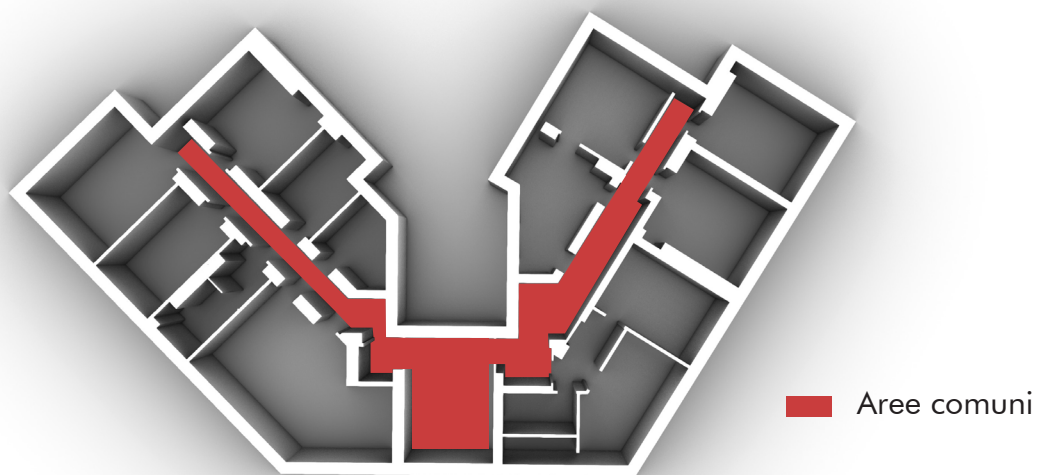
¹ Dati forniti dagli operatori durante il sopralluogo effettuato

² Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999, Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000", Gazzetta Ufficiale n.274 del 22.11.1999



01 25 m





5.1.2

Considerazioni spaziali

Una delle funzioni principali del CSM è quella di essere un luogo in cui i pazienti possono avere un primo colloquio con i medici per individuare un programma riabilitativo e monitorarne lo sviluppo, proprio per questo motivo nella struttura sono presenti otto studi medici.

Dal sopralluogo effettuato è emerso che un altro spazio fondamentale per la struttura è la sala d'accoglienza. In questo caso specifico la sala d'accoglienza è più simile ad una sala d'attesa di uno studio medico, con spazi ridotti e poche sedute, che per l'affluenza giornaliera dei pazienti è insufficiente. La suddivisione spale corridoio-stanze riduce al minimo gli spazi comuni per i pazienti e di conseguenza la possibilità di socialità.



5.2

CASA BORDINO

5.2.1

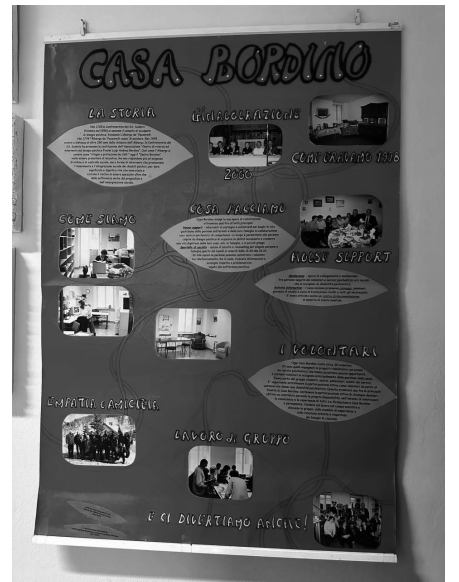
La struttura

L'O.D.V Casa Bordino nasce nel 1995 per volontà della Confraternita del SS. Sudario, con l'obiettivo di superare il paradigma della psichiatria asilare, dell'emarginazione e dell'esclusione delle persone con disagio psichico per accogliere la logica dell'integrazione e della riabilitazione sociale. Dal 2001 Casa Bordino ha una convenzione con l'ASL di Torino e dal 2004 con il Dipartimento di Salute Mentale, per offrire ai cittadini un punto d'ascolto e accoglienza, attività sociali e di supporto. Le attività svolte all'interno della struttura sono simili a quelle di un Centro Diurno, ma gli operatori che lavorano al suo interno sono tutti volontari.

I pazienti presi in carico variano dai 25 ai 30, mentre i volontari che lavorano per il funzionamento delle attività sono 12 e la maggior parte di essi sono psicologi. La divisione interna di Casa Bordino ricorda quella di un appartamento, non ha caso infatti il nome stesso dell'Organizzazione vuole richiamare l'idea di "casa" aperta a tutti, un luogo familiare in cui avere momenti di socialità grazie ad iniziative come cineforum, karaoke e laboratori artistici.

In questo caso, la suddivisione degli spazi interni è ottimale per le funzioni che vengono svolte e per l'affluenza giornaliera di pazienti che varia dalle 4 alle 10 persone.







5.3

SRP1 ALTHAEA

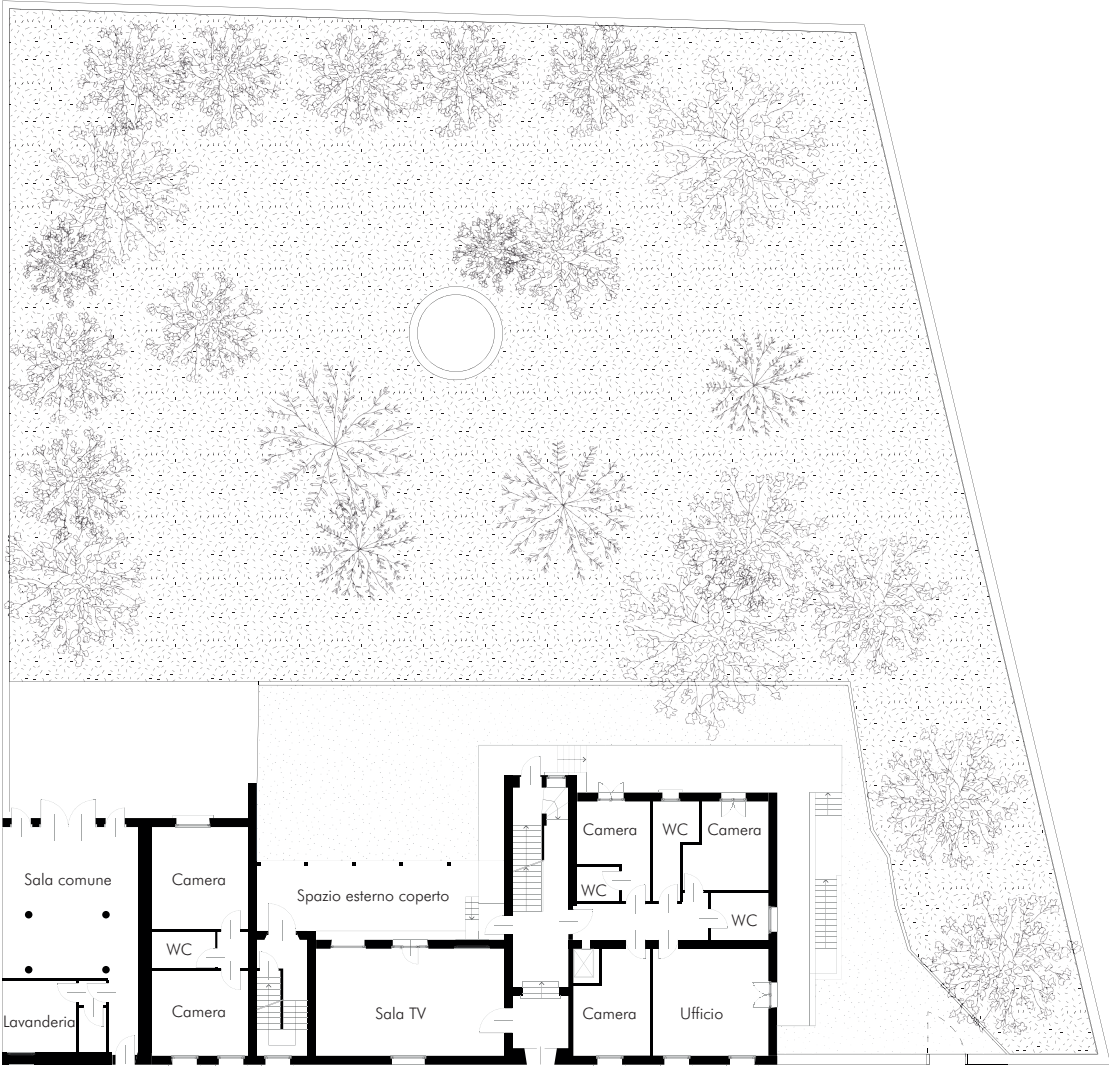
5.3.1

La struttura

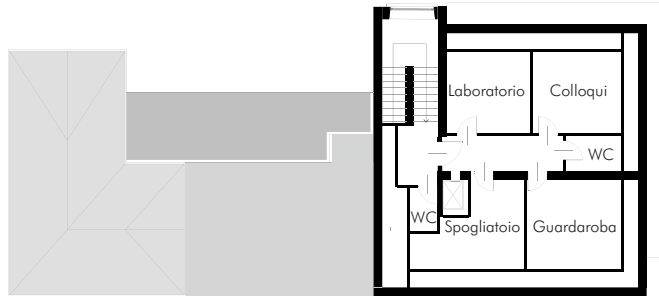
La Struttura Residenziale Protetta Althaea rientra nella tipologia SRP1: Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi intensivi. Questa è gestita dalle Comunità Psichiatriche Torino, appartenenti alla società Ester Srl e del Gruppo Igea Srl. Althaea è una Comunità con un Alto Livello Riabilitativo, che si rivolge ad un'utenza di giovani maggiorenni e adulti con gravi problematiche psichiatriche e di comportamento, oltre che ad utenti psichiatrici autori di reato, ritenuti un pericolo per la società.

L'edificio è collocato in Corso Verona 57 (Circoscrizione 7), è circondato da un ampio giardino con una folta vegetazione e arredi, come panchine esterne che lo rendono fruibile ai pazienti, soprattutto nel periodo estivo. La struttura è composta da tre piani sopraelevati e da un piano interrato ed è suddivisa in due padiglioni A e B, collegati al piano terra e da una terrazza al piano primo. Le camere dei pazienti sono collocate al piano terra, in cui si trovano le donne e al piano primo, nel quale sono presenti gli uomini. Gli spazi comuni e di socialità si trovano principalmente nel piano interrato, dove è presente la mensa e al piano terra, in cui è presente una sala molto ampia con una tv e una seconda sala destinata ad attività ricreative. Il secondo piano è destinato ad una sala per colloqui medico-paziente, un guardaroba ed un laboratorio per attività manuali. Ad oggi la struttura ospita un totale di 20 pazienti, collocati in 9 camere doppie e 2 camere singole. L'equipe multidisciplinare della struttura è composta da 1 infermiere presente 24h/24h, da OSS 15h/24h e dagli Educatori Professionali Socio Sanitari. Inoltre sono presenti un medico internista, tre psicologi e uno psichiatra.

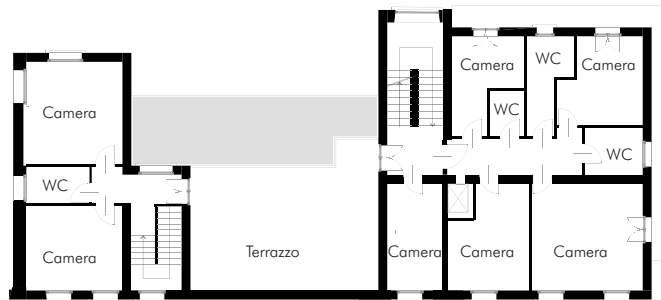
Piano Terra



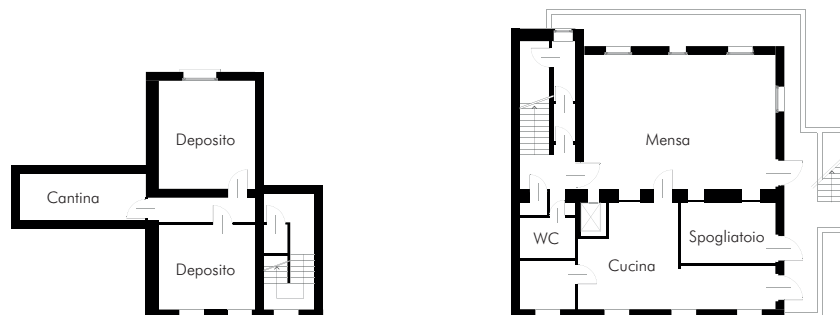
Secondo piano



Primo piano

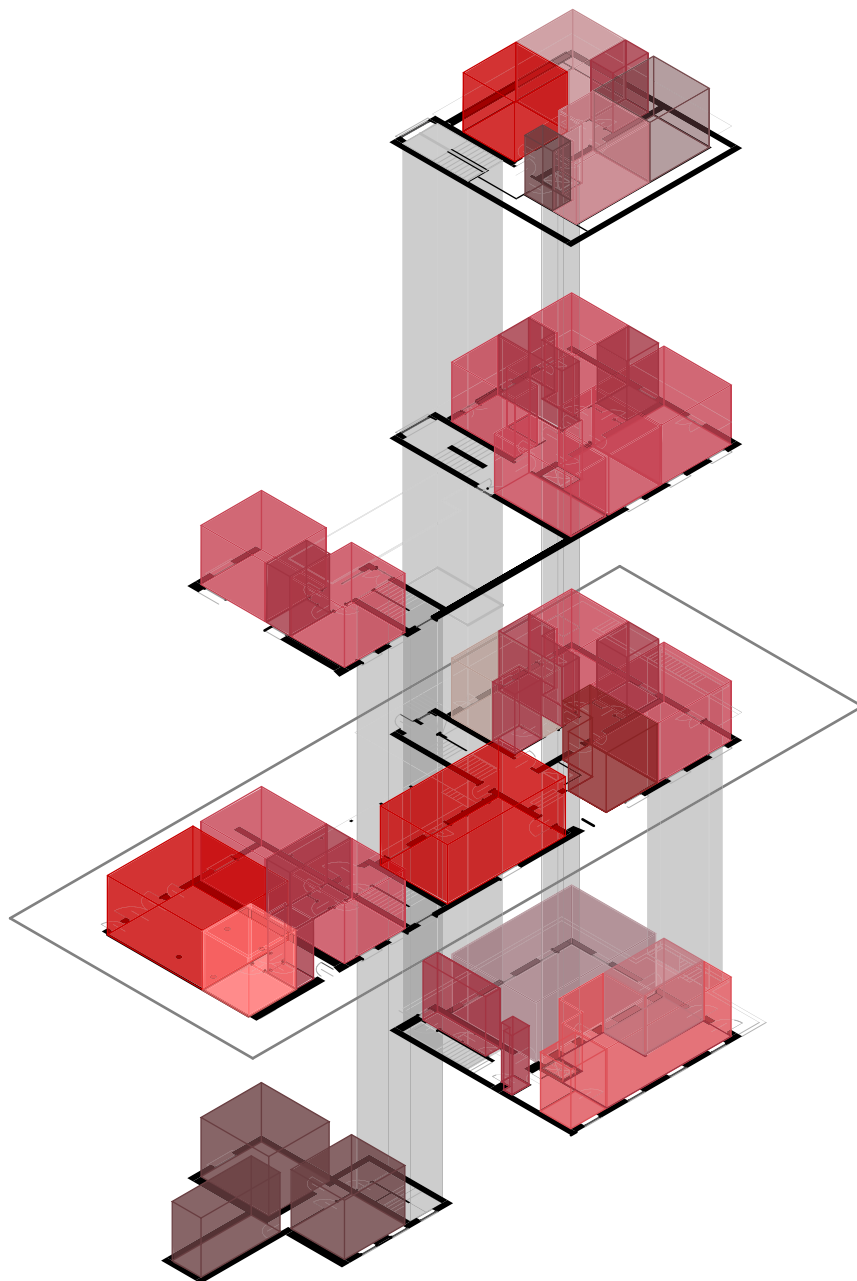


Piano interrato



0 250 500 1000 cm



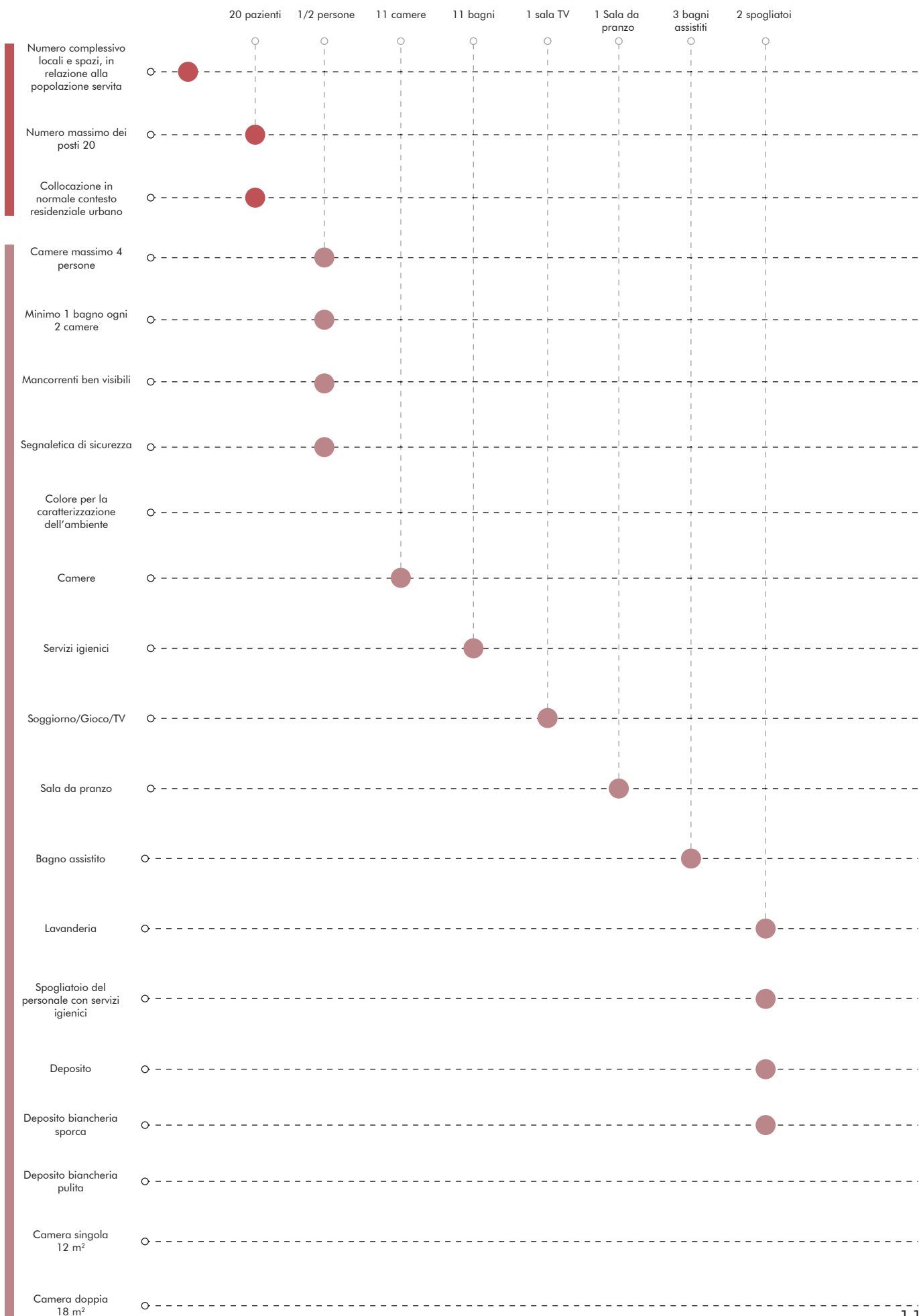


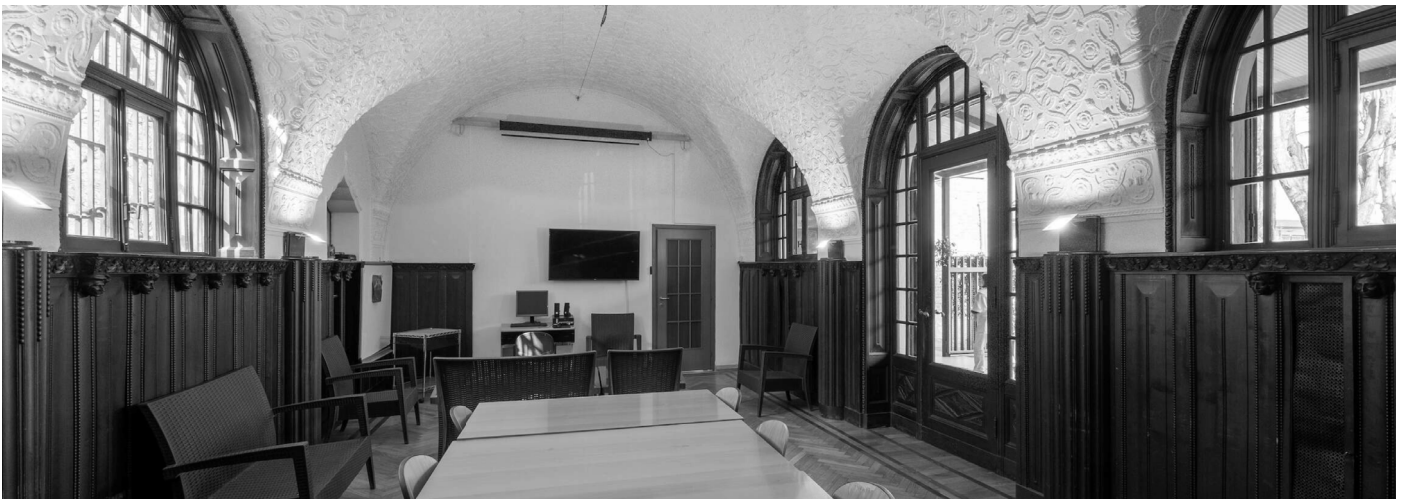
- P2
- Sala Colloqui
- Laboratorio
- Guardaroba pazienti
- Spogliatoio
- Deposito
- Bagno

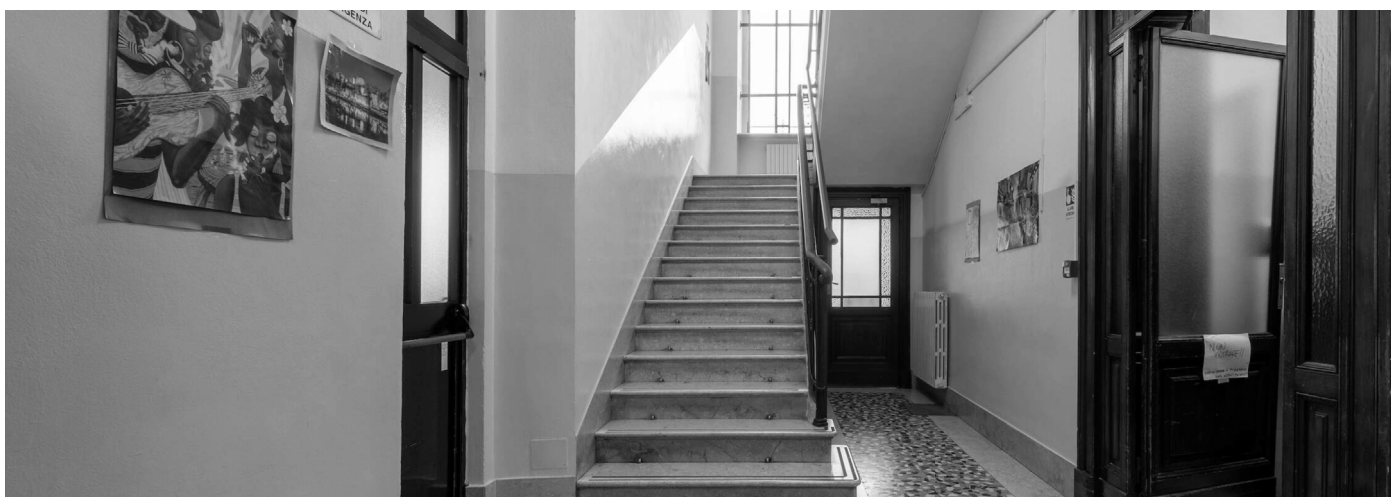
- P1
- Camere
- Bagno

- P2
- Camere
- Infermeria
- Ufficio
- Sale comuni
- Lavanderia
- Bagno

- P1
- Mensa
- Cucina
- Spogliatoio
- Deposito
- Bagno







6

**PROGETTAZIONE PENSATA:
UNA STRATEGIA PER
IL CENTRO TERRITORIALE DI
VIA SOSTEGNO 33**

4

LA SALUTE MENTALE IN PIEMONTE

- 4.0 Analisi quantitativa dei servizi psichiatrici in Piemonte
- 4.1 Il benessere mentale nella Regione
- 4.2 La rete dei servizi delle ASL
- 4.3 L'ASL della Città di Torino

5

TRE STUTTURE TERRITORIALI PER LA SALUTE MENTALE

- 5.0 Dal CSM alla riabilitazione
- 5.1 Centro di Salute Mentale di Corso Lecce
- 5.2 Casa Bordino
- 5.3 SRP1 ALTHAEA

6

PROGETTAZIONE PENSATA: UNA STRATEGIA PER IL CENTRO TERRITORIALE DI VIA SOSTEGNO 33

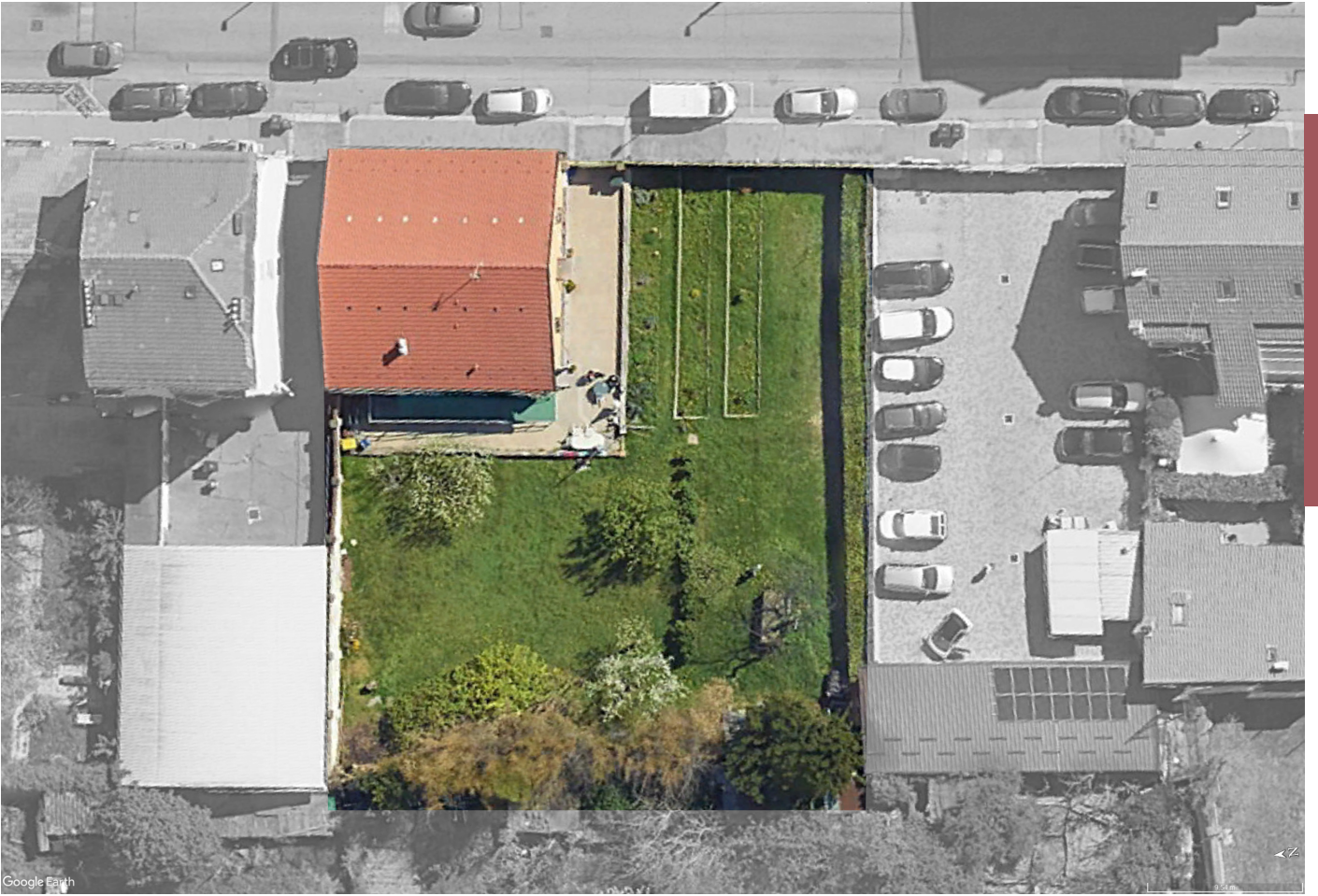
- 6.0 La definizione di una strategia
- 6.1 Il Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno
- 6.2 Dagli spazi minimi agli spazi utili
- 6.3 Strategia per la progettazione del Centro Territoriale

6.0

LA DEFINIZIONE DI UNA STRATEGIA

Il presente capitolo si pone come logica prosecuzione del percorso di analisi intrapreso nei capitoli precedenti, focalizzandosi ora sullo studio del Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno 33 a Torino. Dopo aver delineato l'evoluzione storica dell'architettura psichiatrica, dai manicomi alle strutture territoriali, e averne analizzato criticamente le normative, si rende necessario un approfondimento sulle realtà concrete in cui si svolge oggi la cura della salute mentale.

L'attenzione si sposta dunque su una specifica struttura, il Centro Territoriale di Via Sostegno, per comprenderne le dinamiche interne, le criticità e le potenzialità. Partendo dalla constatazione che il Centro Territoriale di Via Sostegno, pur svolgendo un ruolo fondamentale nel supporto ai pazienti, presenta delle criticità strutturali e funzionali, il capitolo si propone di delineare dei criteri progettuali che possano orientare una sua riorganizzazione degli spazi. L'analisi dello stato di fatto, condotta attraverso sopralluoghi, interviste agli operatori e la disamina della documentazione disponibile, rappresenta il punto di partenza per una riflessione più ampia sulle sfide che l'architettura psichiatrica contemporanea si trova ad affrontare. La strategia progettuale prevede l'inserimento di una struttura prefabbricata in legno all'esterno dell'edificio esistente, al fine di integrare nuove funzioni, tra cui una sala espositiva per le opere prodotte dai pazienti e un laboratorio artistico e di falegnameria. Tale scelta, motivata dall'impossibilità di intervenire sull'esistente e dalla volontà di superare le limitazioni normative e strutturali, si ispira a modelli virtuosi di riabilitazione psichiatrica, come l'esperienza dell'Orto che Cura di Collegno.



Google Earth

6.1

IL CENTRO TERRITORIALE DI VIA SOSTEGNO 33

6.1.1

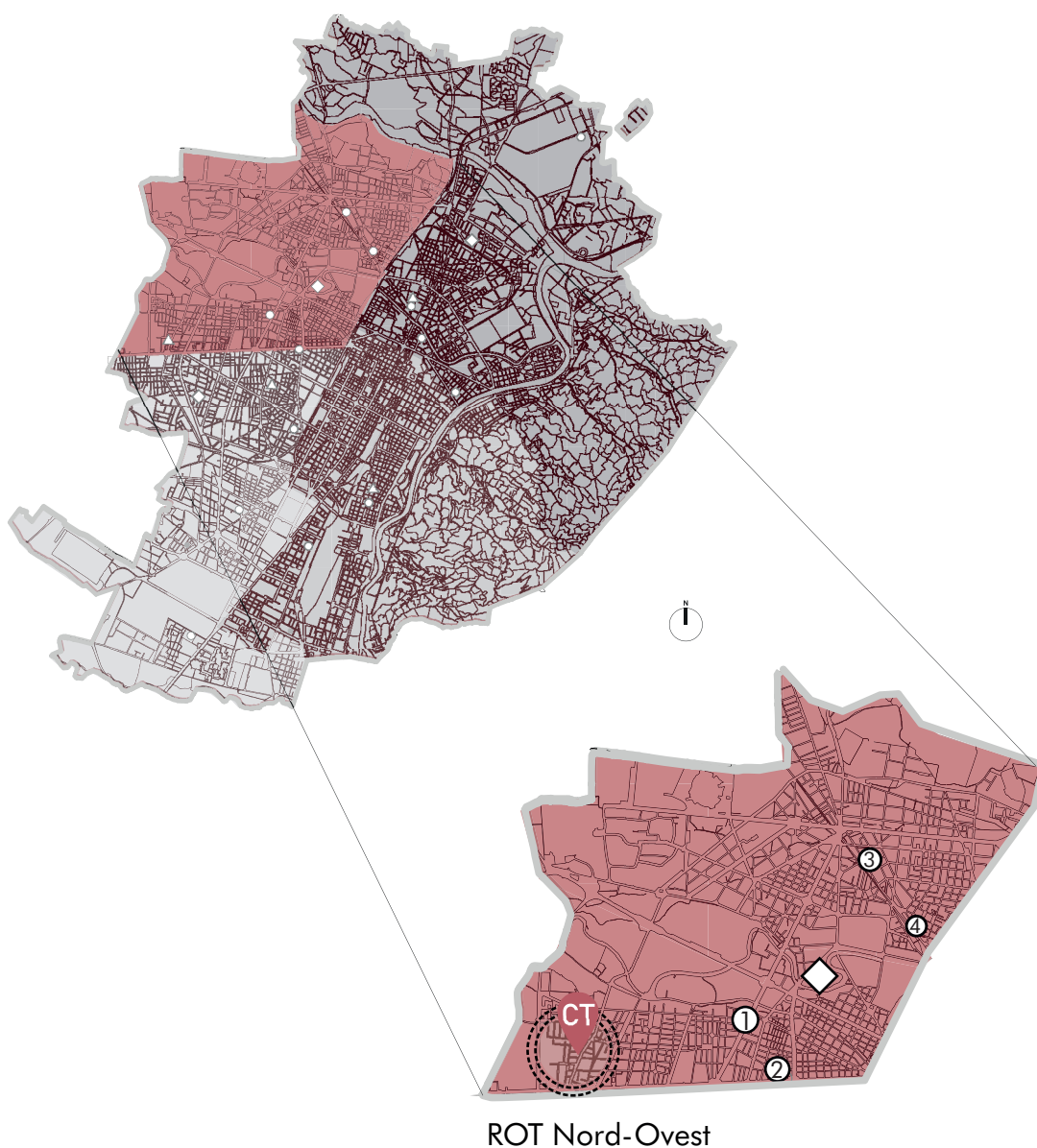
Inquadramento generale

Il Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno 33 fa parte dei servizi psichiatrici della ROT psichiatria Nord-Ovest. La struttura offre un servizio di supporto ai pazienti inviati direttamente dal Centro di Salute Mentale, infatti in caso contrario non è possibile accedere al servizio. Sul sito web dell'ASL di Torino¹ sono presenti il numero di telefono e l'indirizzo mail per mettersi in contatto con l'ufficio del CT, ma per poter visitare la struttura è stato necessario richiedere l'autorizzazione direttamente al direttore della ROT psichiatria, il Dottor Flavio Vischia.

La normativa² sui Centri Diurni suggerisce che il servizio debba trovarsi in un normale contesto urbanizzato; infatti il Centro è situato nella circoscrizione 4, in zona Parella. Esso è ben collegato dai mezzi di trasporto della città di Torino, poiché si trova compreso tra le due fermate della metropolitana Marche e Massaua ed è inoltre vicino alle linee 62 e 90.

Come visto al paragrafo 4.3.2, la circoscrizione 4 non è tra le più popolate di Torino e l'età media dei residenti è di 47 anni³. I pazienti che possono accedere al Centro Territoriale hanno dai 18 anni in giù. Tuttavia come esplicito nel Rapporto Salute Mentale 2023, risulta più alta la concentrazione dei pazienti di età compresa tra 45 e 64 anni. La struttura ha attualmente a carico 271 pazienti e al suo interno può ospitare un massimo di 25 persone tra operatori e pazienti.

¹ Sito web in cui sono presenti le informazioni sulle strutture territoriali della ROT Nord-Ovest: <https://www.aslcittaditorino.it/strutture/rot-psichiatria-nord-ovest/>



Centro Territoriale Riabilitativo
Via Sostegno



SPDC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
Ospedale Amedeo di Savoia



CSM Centro di Salute Mentale
Corso Lecce



CSM Centro di Salute Mentale
Corso Francia



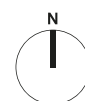
CSM Centro di Salute Mentale
Via C. Massaia



CSM Centro di Salute Mentale
Via Stradella



Centro Territoriale Riabilitativo



- | | | |
|---|--|--|
|  Edifici |  Verde pubblico |  Viabilità principale |
|  Fermata metropolitana |  Farmacia |  Supermercato |
|  Fermata Autobus |  Banca |  Scuola |
|  Parcheggi |  Cinema |  Chiesa |

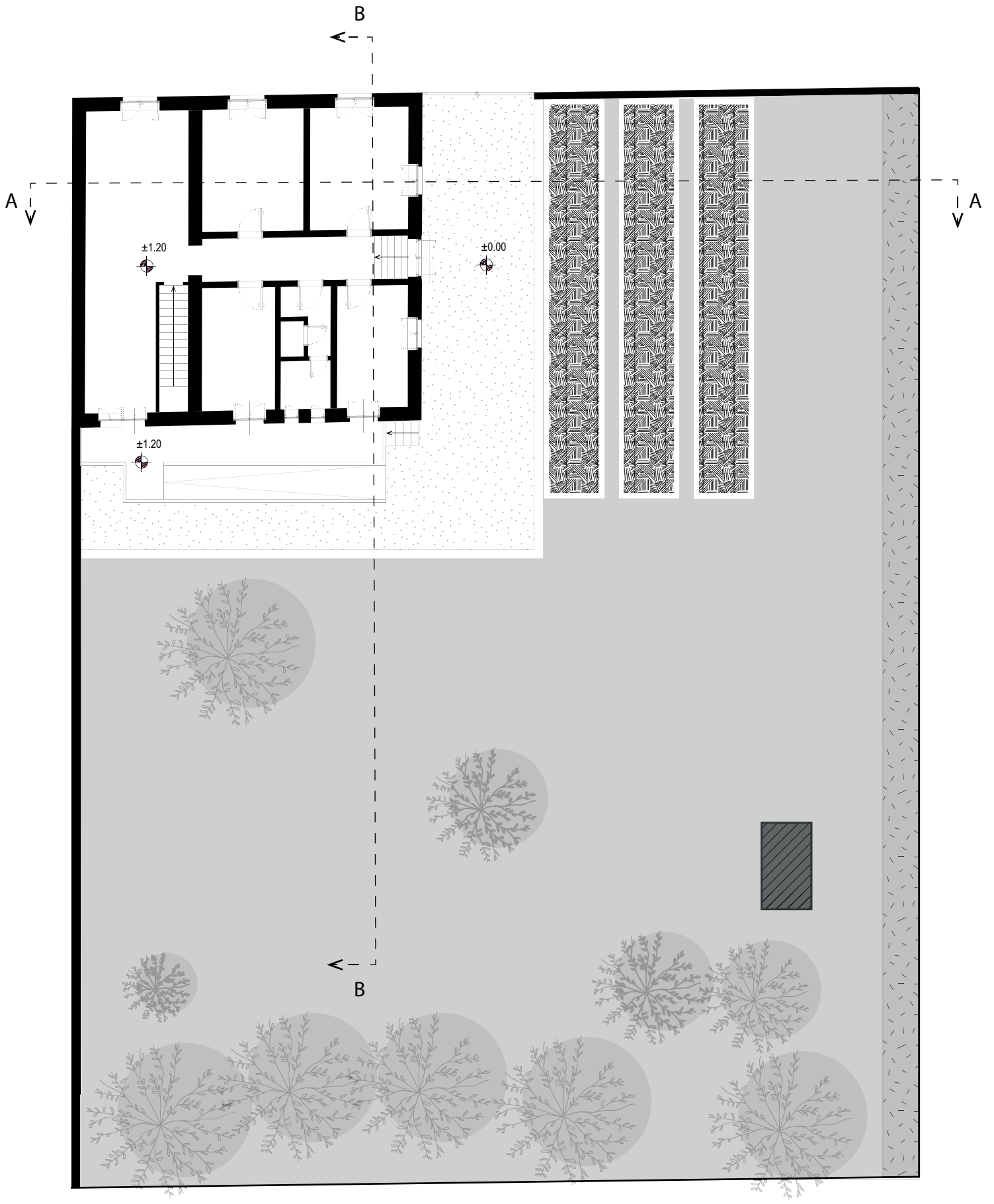


1.

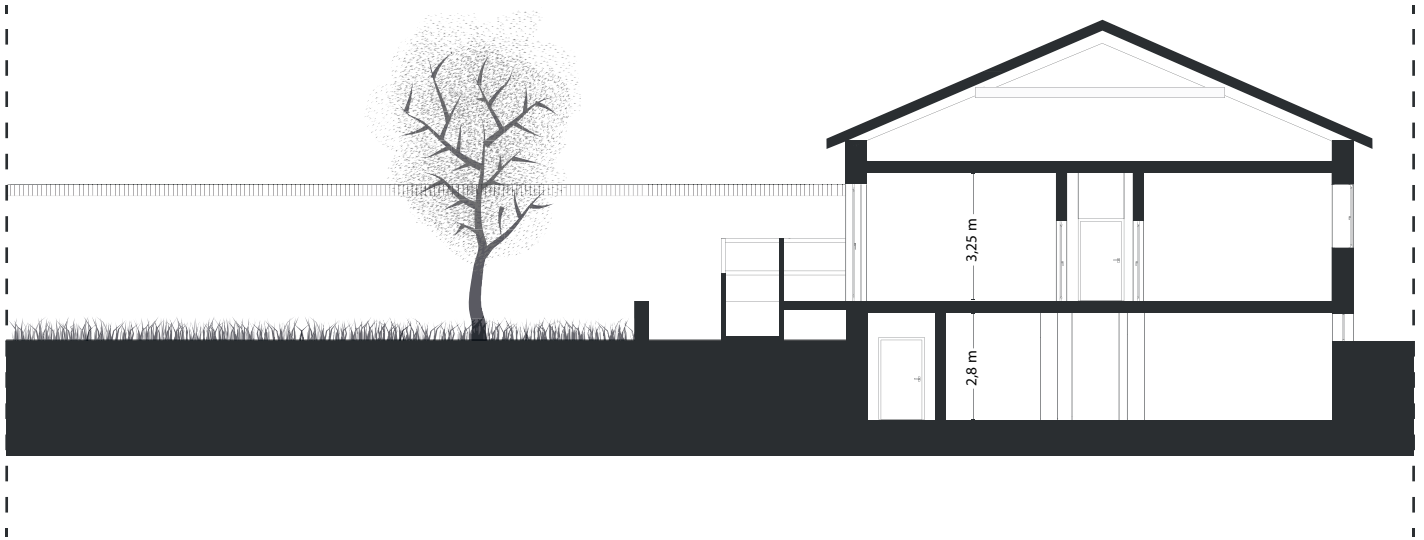
6.1.2

Un edificio rifunzionalizzato

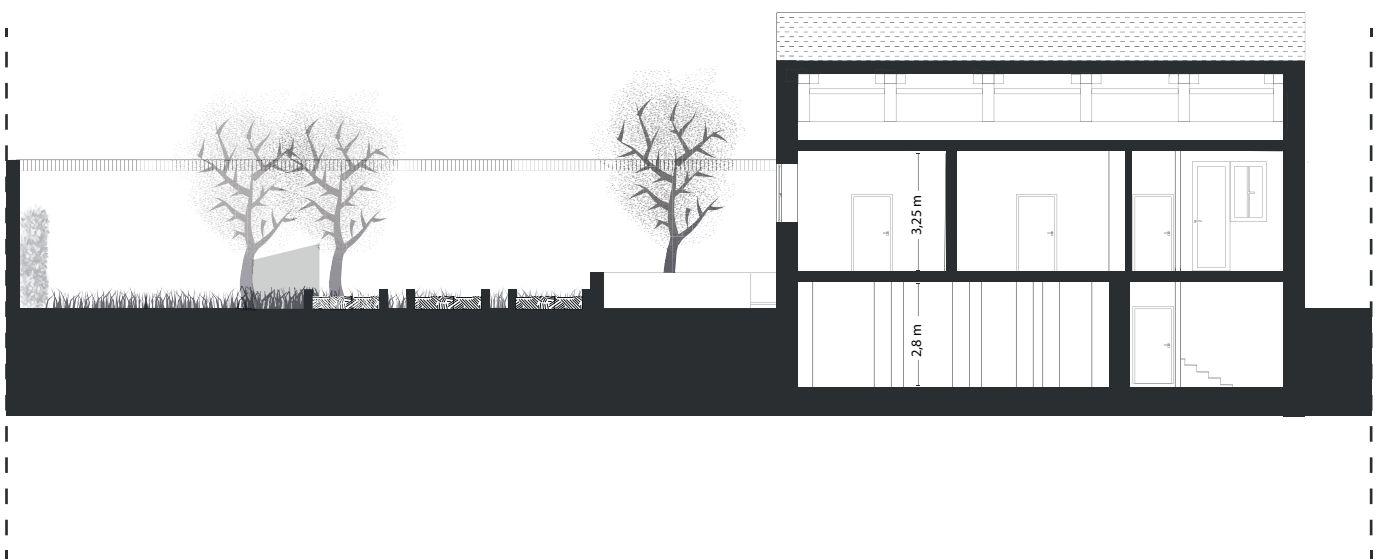
L'edificio sviluppato su un piano fuori terra, nasce come un edificio residenziale, che intorno agli anni '90 viene donato all'ASL di Torino, per ospitare al suo interno un Centro Diurno. Il lotto della struttura ha una superficie scoperta di 1.090 m², nella quale sono presenti una porzione di superficie impermeabile e un orto urbano terapeutico di 600 m², mentre il resto della superficie ospita un manto erboso. Il Centro Territoriale si sviluppa interamente sul piano rialzato, con una superficie di 146 m², poichè il seminterrato, anch'esso di 146 m², è stato dichiarato inagibile dall'ASL, in quanto non è presente un vespaio aerato. La struttura ha uno schema planimetrico rettangolare e la sua distribuzione interna è scandita da un corridoio centrale che termina con una stanza polifunzionale.

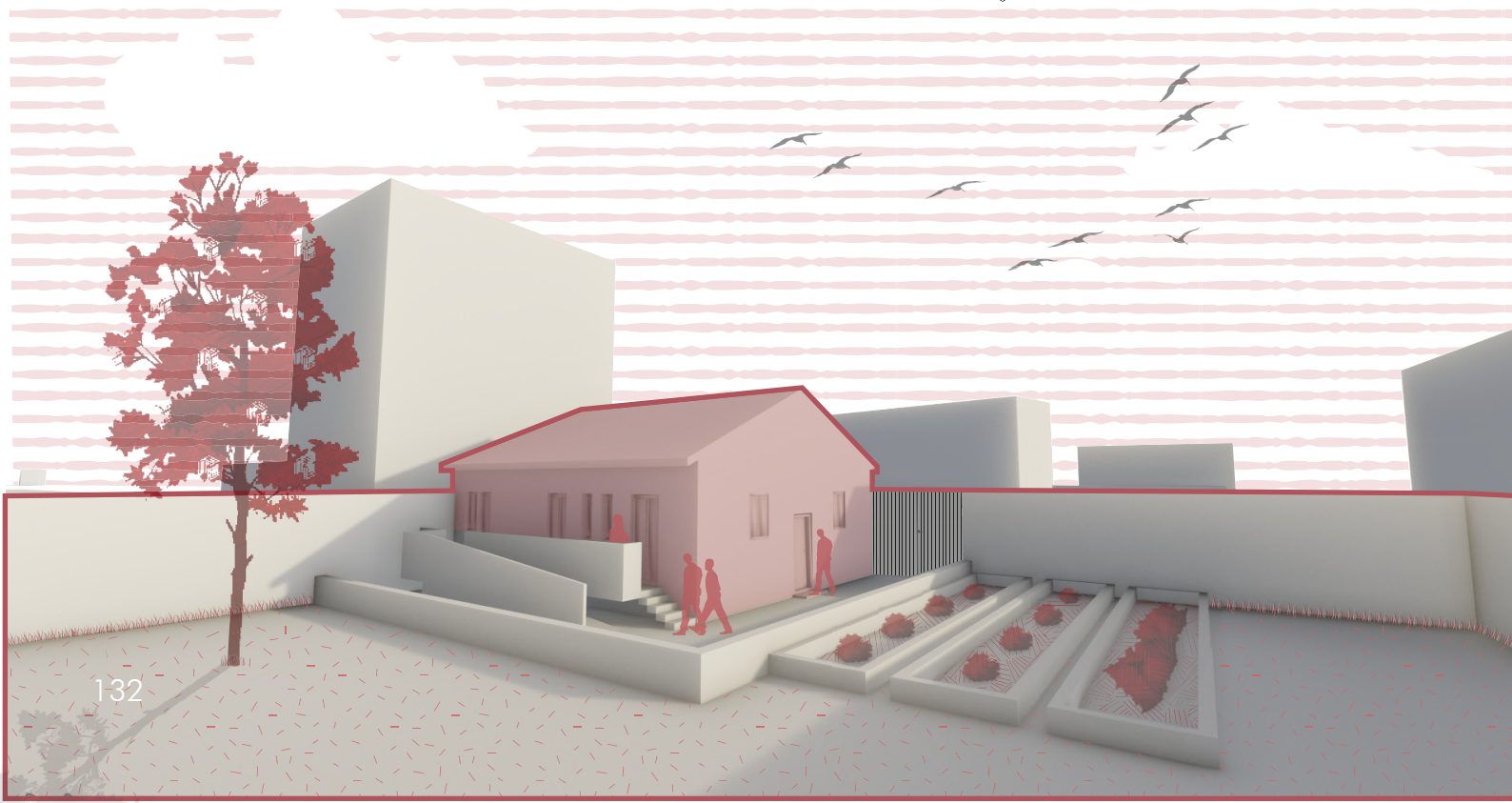
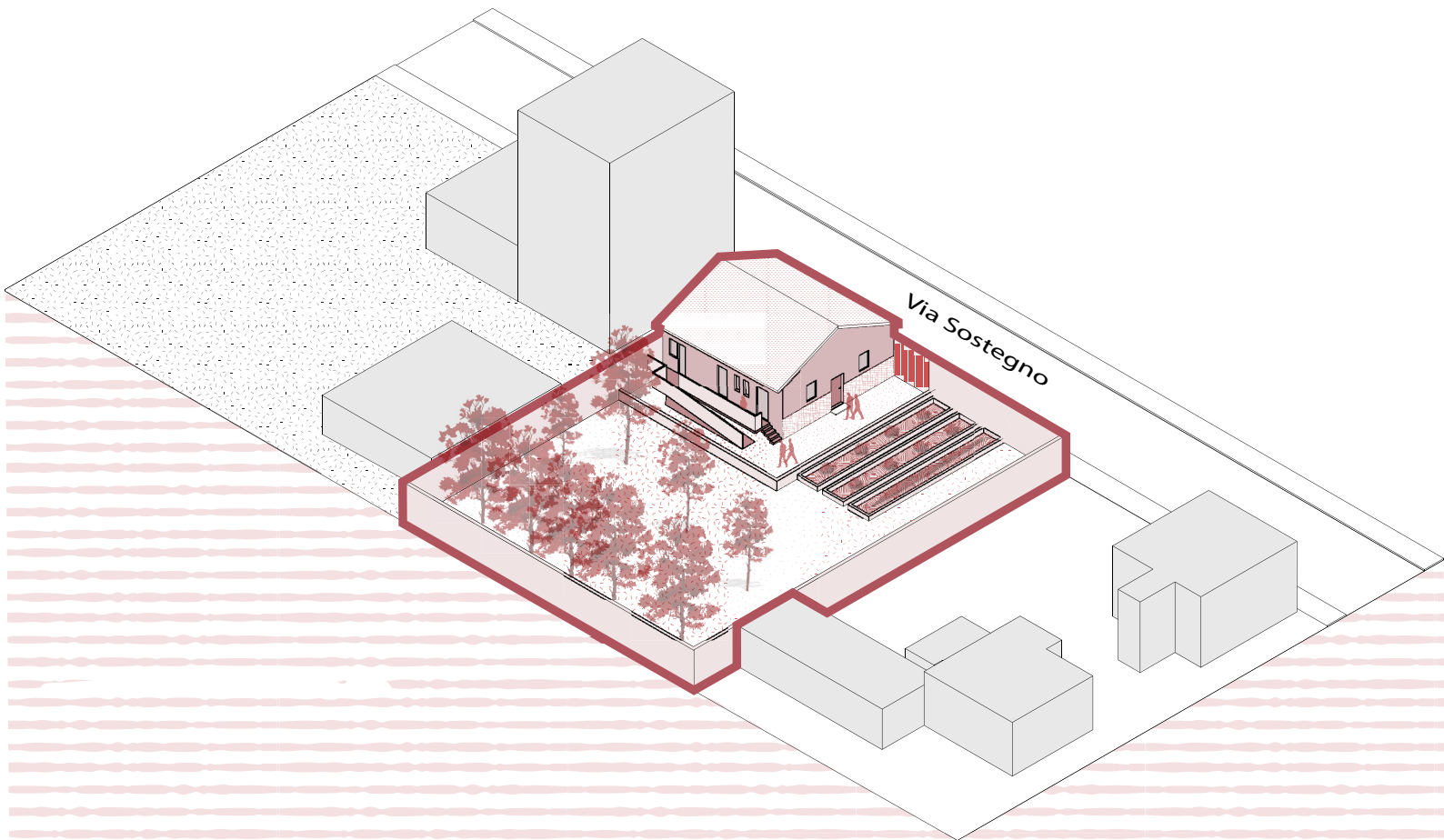


Sezione B-B

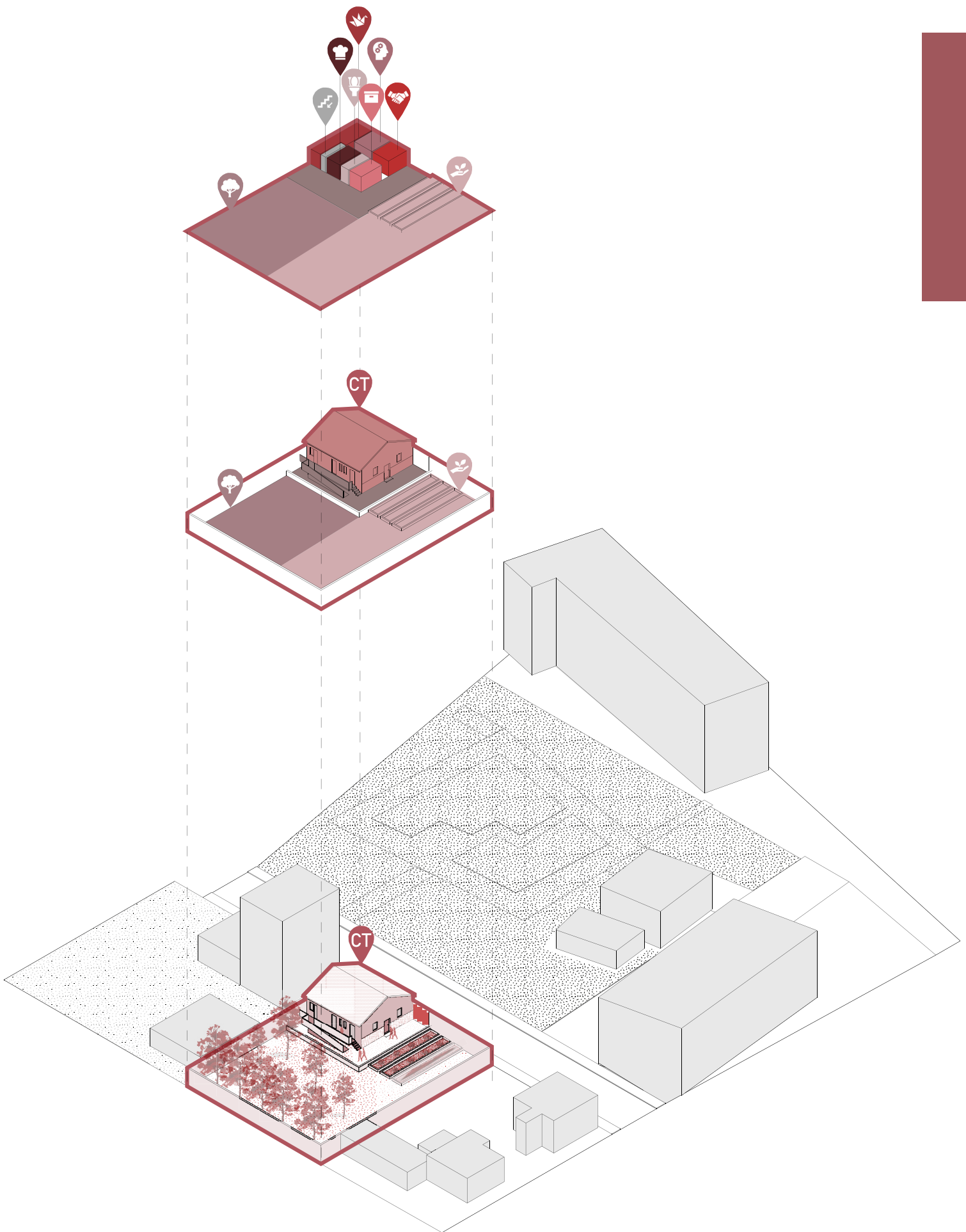


Sezione A-A









6.2

DAGLI SPAZI MINIMI AGLI SPAZI UTILI

6.2.1

La libertà della normativa

I requisiti minimi strutturali indicati dalla normativa del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, come visto al capitolo 3, sono molto vaghi e per quanto riguarda i locali che dovrebbero essere presenti in un Centro Diurno. Infatti è obbligatoria la presenza di un locale per le visite e di locali per le attività di gruppo.



Visite/Colloqui
psichiatrici

Attività di gruppo

È evidente come la normativa lasci molta libertà sugli spazi minimi che dovrebbero esserci in un CT che, se da un lato permettono la possibilità di sfruttare edifici in precedenza usati per altri scopi, dall'altro non sempre consentono di garantire spazi adeguati per le funzioni che devono essere svolte all'interno del Centro.

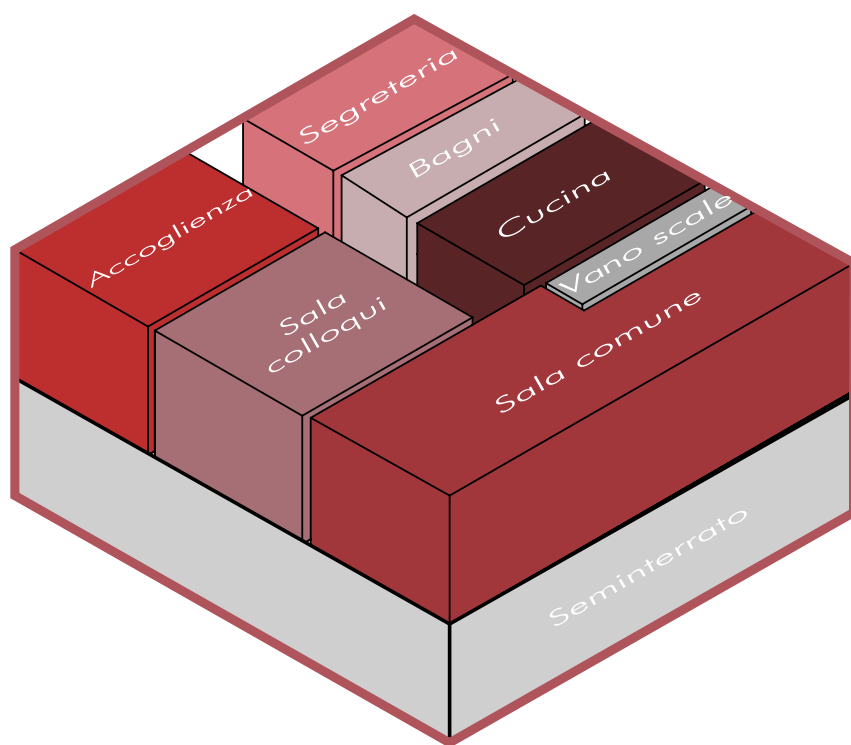
La suddivisione funzionale

6.2.2

Il Centro Territoriale di Via Sostegno 33 è dotato di 6 ambienti differenti, che sono: un locale per l'accoglienza, un locale segreteria, una sala per colloqui, una cucina e una stanza polifunzionale per attività di gruppo.



Nonostante nella struttura siano presenti anche più locali rispetto a quelli indicati nella normativa, essi non sempre risultano sufficienti a soddisfare le attività che vengono svolte nel Centro.



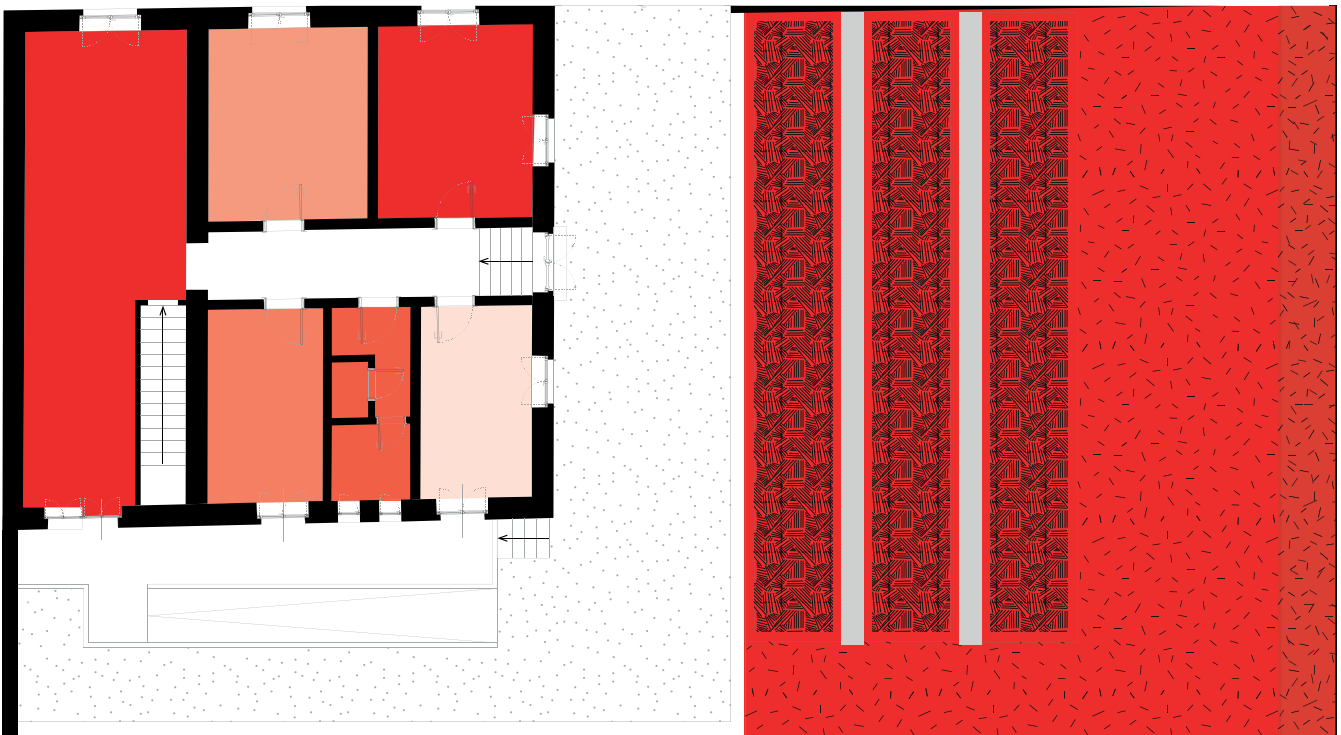
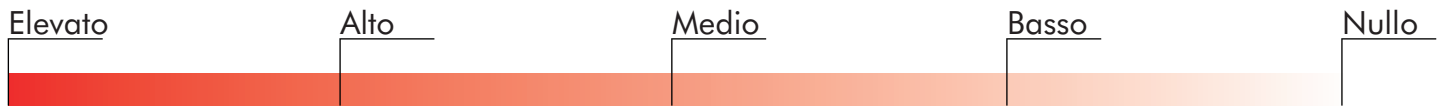
I pazienti

Il Centro Territoriale Riabilitativo è rivolto a uomini e donne con un'età compresa dai 18 anni in sù, nonostante la maggior concentrazione di pazienti abbia un'età compresa dai 45 ai 67 anni. I pazienti sono persone con disabilità sociali, relazionali e di conseguenza lavorative o correlate alla malattia mentale con patologie psichiatriche medio/gravi, che necessitano di un percorso riabilitativo flessibile finalizzato a contrastare l'isolamento sociale. Nello specifico possono essere persone che:

- Abitano da sole e hanno bisogno di reintegrarsi all'interno di una comunità;
- Abitano da sole e necessitano di un supporto per far fronte al proprio disagio;
- Convivono con situazioni familiari particolari e sentono il bisogno di uno spazio di ascolto e di assistenza psicologica;
- Abitano con la famiglia ma hanno bisogno di specifiche attenzioni e cure per gestire al meglio il proprio disturbo;
- Necessitano di un luogo nel quale essere loro stesse, senza sentirsi etichettati e giudicati per il proprio disagio mentale.

Attualmente i pazienti presi in carico dal CT sono circa 270 e sono mandati nella struttura dal Centro di Salute Mentale di Corso Lecce oppure dal Centro di Salute Mentale di Corso Francia.

Tempo di percorrenza nei diversi ambienti



Il Personale lavorativo

Il Centro di Via Sostegno ha 9 dipendenti fssi, in particolare:

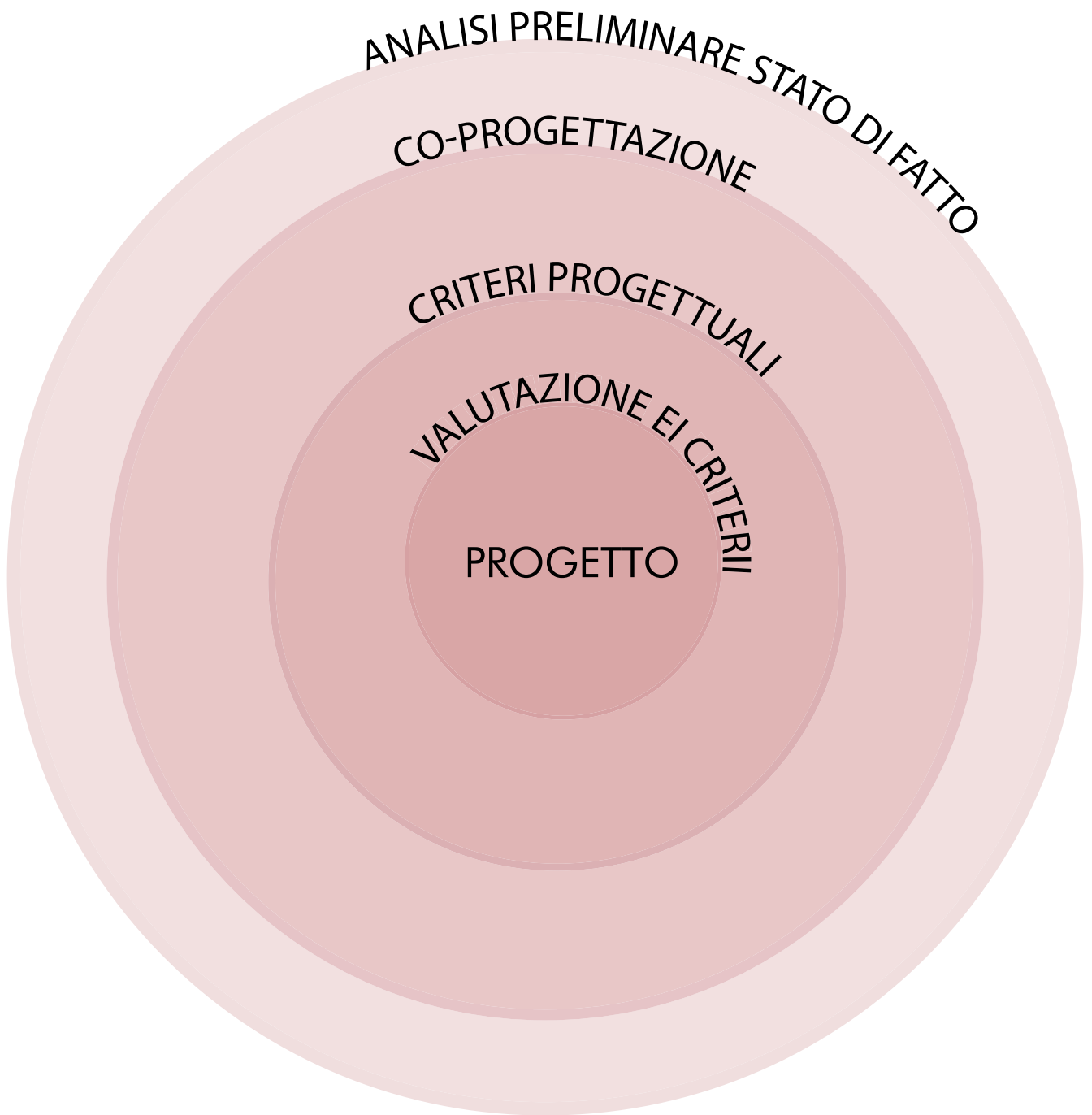
- 3 infermieri;
- 3 educatori professionali;
- 2 tecnici;
- 1 responsabile medico

È inoltre presente uno psicologo, che si occupa di offrire colloqui individuali o di gruppo, su richiesta dei pazienti o per monitorarne il progresso verso il benessere psicologico. Educatori e infermieri hanno il compito di assistere i pazienti nel quotidiano, organizzando attività che stimolino la socialità e aiutino i pazienti a prendersi cura di sé. I tecnici si occupano di gestire le pratiche burocratiche e organizzative. Il Responsabile medico ha il compito di coordinare le attività, in relazione ai percorsi riabilitativi forniti dal CSM, monitorandone lo stato di avanzamento e progressione.

Considerando che la struttura può contenere al suo interno un massimo di 25 persone, se tutti gli operatori sono presenti nel CT, ci possono essere soltanto 15 pazienti.

Elevato Alto Medio Basso Nullo





6.3

STRATEGIA PER LA PROGETTAZIONE DEL CENTRO TERRITORIALE

6.3.1

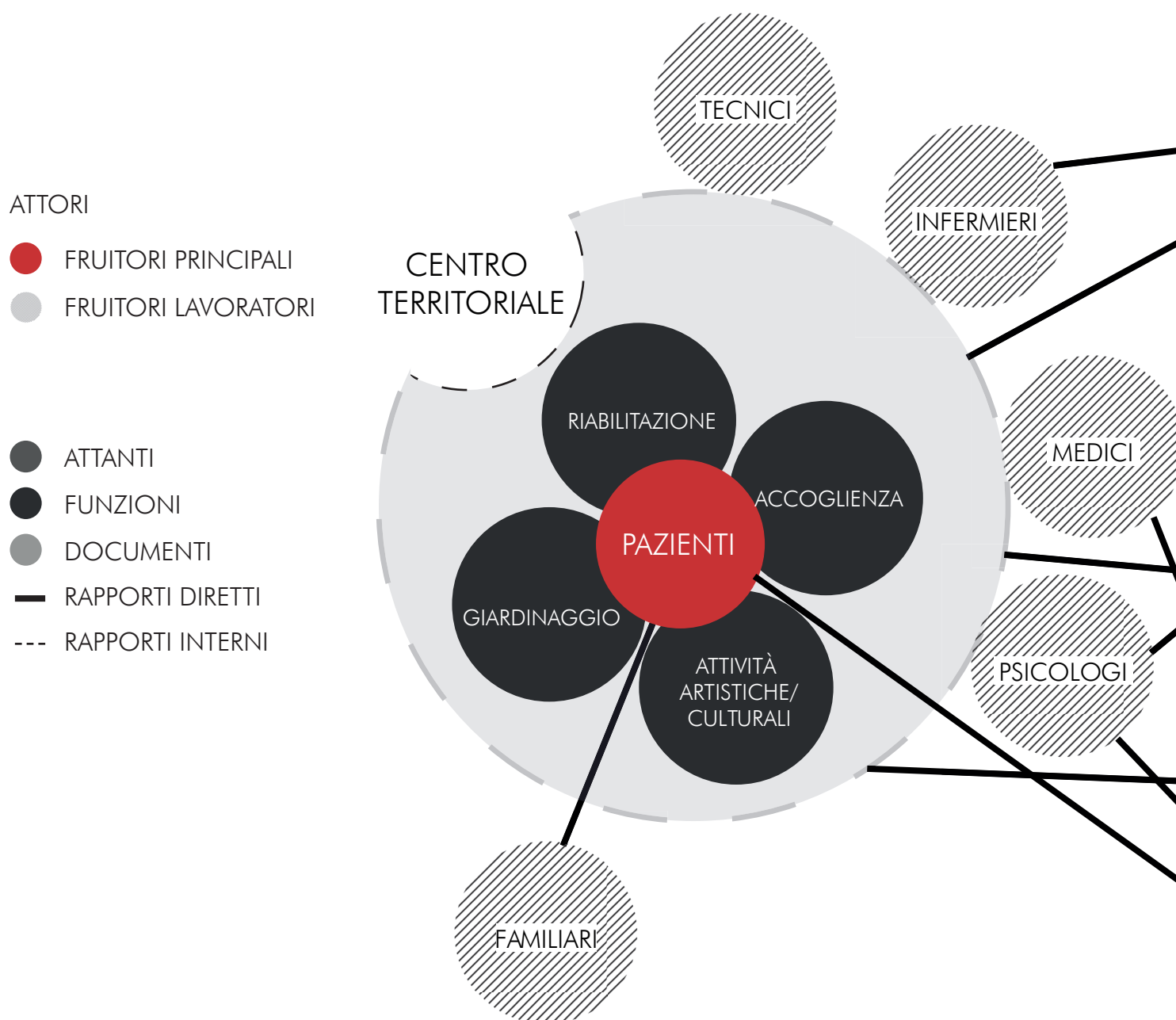
Una progettazione pensata

In passato la progettazione dei manicomi era considerata dagli architetti come un esercizio di stile, spinto dal desiderio di trovare il “modello di manicomio italiano”, mentre per i medici teorici il poter collaborare nei progetti rappresentava una possibilità di ascesa di carriera. Nessuno tra questi viveva quotidianamente quei luoghi, gli psichiatri direttori dell’istituzione manicomiale furono troppo spesso malcontenti di avere quell’incarico e al contempo ricoprivano un ruolo di potere assoluto sia su pazienti, sia su infermieri.

La progettazione asettica dei manicomi, in cui il paziente non veniva messo al centro, ha portato con sé conseguenze indelebili nella storia della psichiatria e delle strutture ad esse associate. Come visto nel capitolo precedente, le attuali strutture dedicate alla salute mentale sono spesso edifici rifunzionalizzati, in cui il lavoro dell’architetto progettista si riduce ad una semplice rifunzionalizzazione piuttosto che ad un progetto ad hoc. Dalla ricerca e dalle esperienze portate avanti con questo lavoro, sono state identificate due cause principali per questa non-progettazione: la mancanza di fondi da investire per la salute mentale da parte delle ASL e dalla Regione e probabilmente la paura di ricadere nell’eccessiva progettualità, che non ha lasciato spazio alla possibilità di cambiare le strutture con l’avanzare delle pratiche psichiatriche, lasciando in eredità enormi complessi di edifici, dei quali molti ad oggi abbandonati.

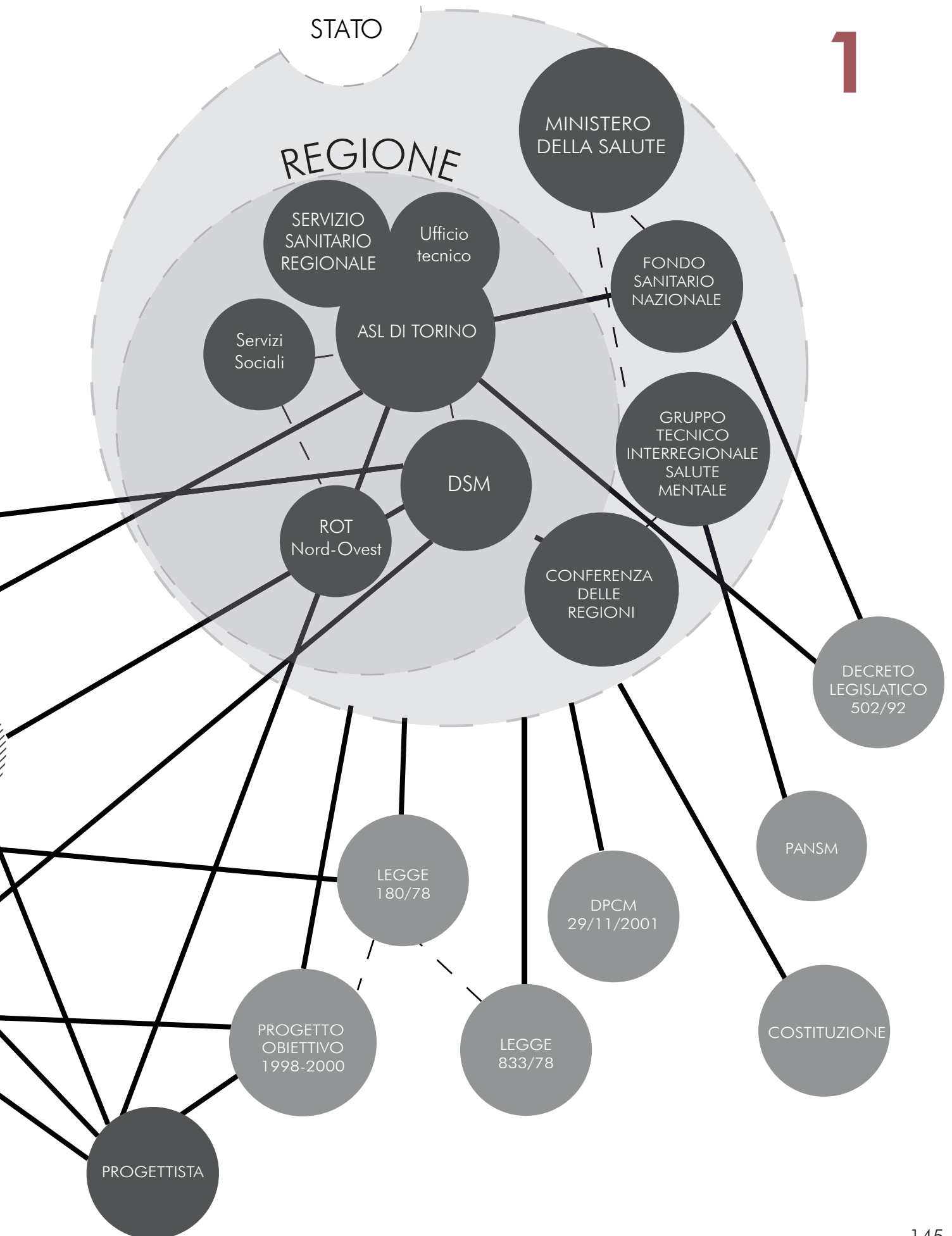
Si cerca in seguito di stabilire dei criteri per la progettazione del Centro Territoriale, che tengano conto da un lato lo studio fatto durante il percorso di tesi e dall’altro l’analisi dello stato di fatto dell’edificio e delle considerazioni degli utenti.

Il processo di progettazione dei Centri Territoriali (o Centri Diurni) e più in generale delle strutture che si occupano di curare il disagio psichico, dovrebbe essere un processo di **co-progettazione**, che mette insieme attori differenti con la possibilità di redigere un progetto che sappia rispondere a tutte le esigenze dei pazienti e dei dipendenti.



DEFINIZIONE DEGLI ATTORI STEP

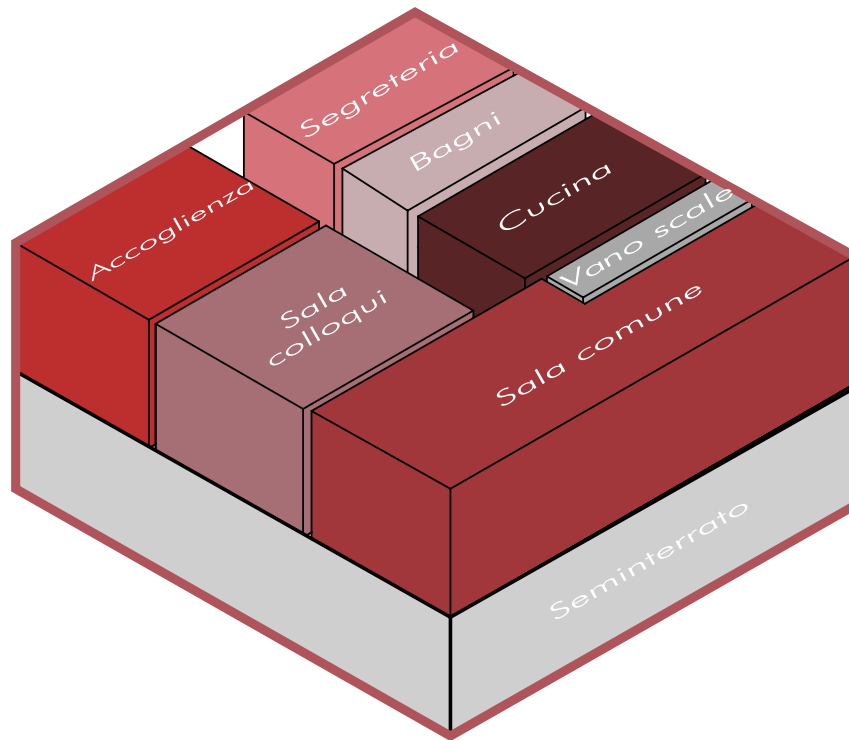
1



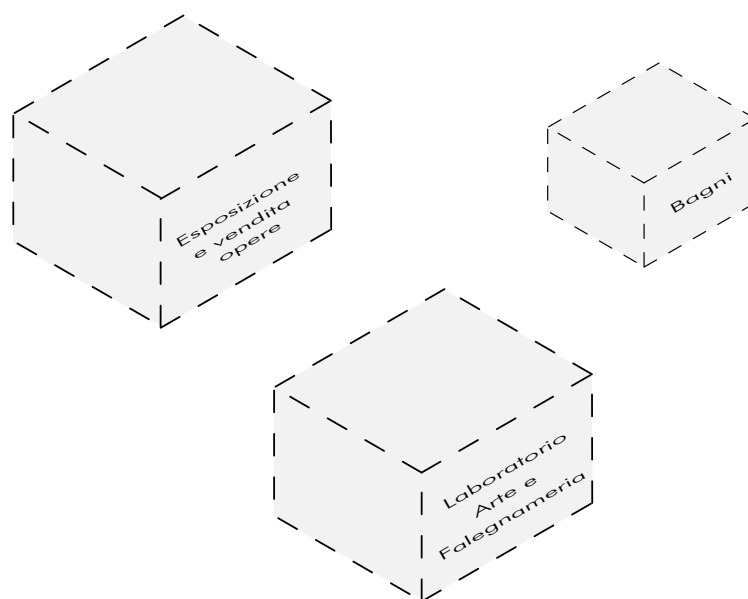
Durante il sopralluogo effettuato in Via Sostegno 33, è stato chiesto agli operatori del Centro, in particolare al coordinatore degli infermieri Marco Delsanto e alla referente del Centro Caterina Castoro, se gli spazi della struttura rispondessero alle esigenze delle attività che vengono svolte con i pazienti e al numero di persone che esso deve ospitare. Nel colloquio è emerso che la struttura può ospitare in totale 25 persone contemporaneamente tra operatori e pazienti. Il centro è operativo per 8 ore al giorno, 5 giorni su 7: durante la giornata i pazienti vengono osservati dagli infermieri mentre svolgono normali attività quotidiane, attività di tipo artistico/manuali e attività di giardinaggio, con inoltre la possibilità di avere colloqui privati con uno psicologo nello studio dedicato.

Un aspetto emerso è la mancanza di spazi dedicati a laboratori di falegnameria e laboratori artistici, in quanto la sala attualmente dedicata a quest'ultimi è la sala polivamente, che viene utilizzata per tutte le attività di gruppo e contiene al suo interno non solo il materiale artistico, ma anche le opere realizzate dai pazienti. Infatti, è stato fatto notare che in passato veniva utilizzato anche il seminterrato come spazio espositivo per le realizzazioni artistiche e come sala ricreativa e dopo essere stato considerato inagibile dall'ASL, lo spazio comune è stato praticamente dimezzato. Sono inoltre state poste altre considerazioni, come ad esempio il fatto che sono presenti due bagni, uno per i pazienti e uno per il personale, che spesso per 25 persone non risultano sufficienti. Per quanto riguarda l'esterno, è stato sottolineato come i pazienti lavorino molto spesso nell'orto botanico, quasi più in inverno piuttosto che in estate, questo implica però che spesso è necessario entrare e uscire più volte dall'edificio in quanto all'esterno non è presente un luogo coperto dedicato a svolgere attività esterne.

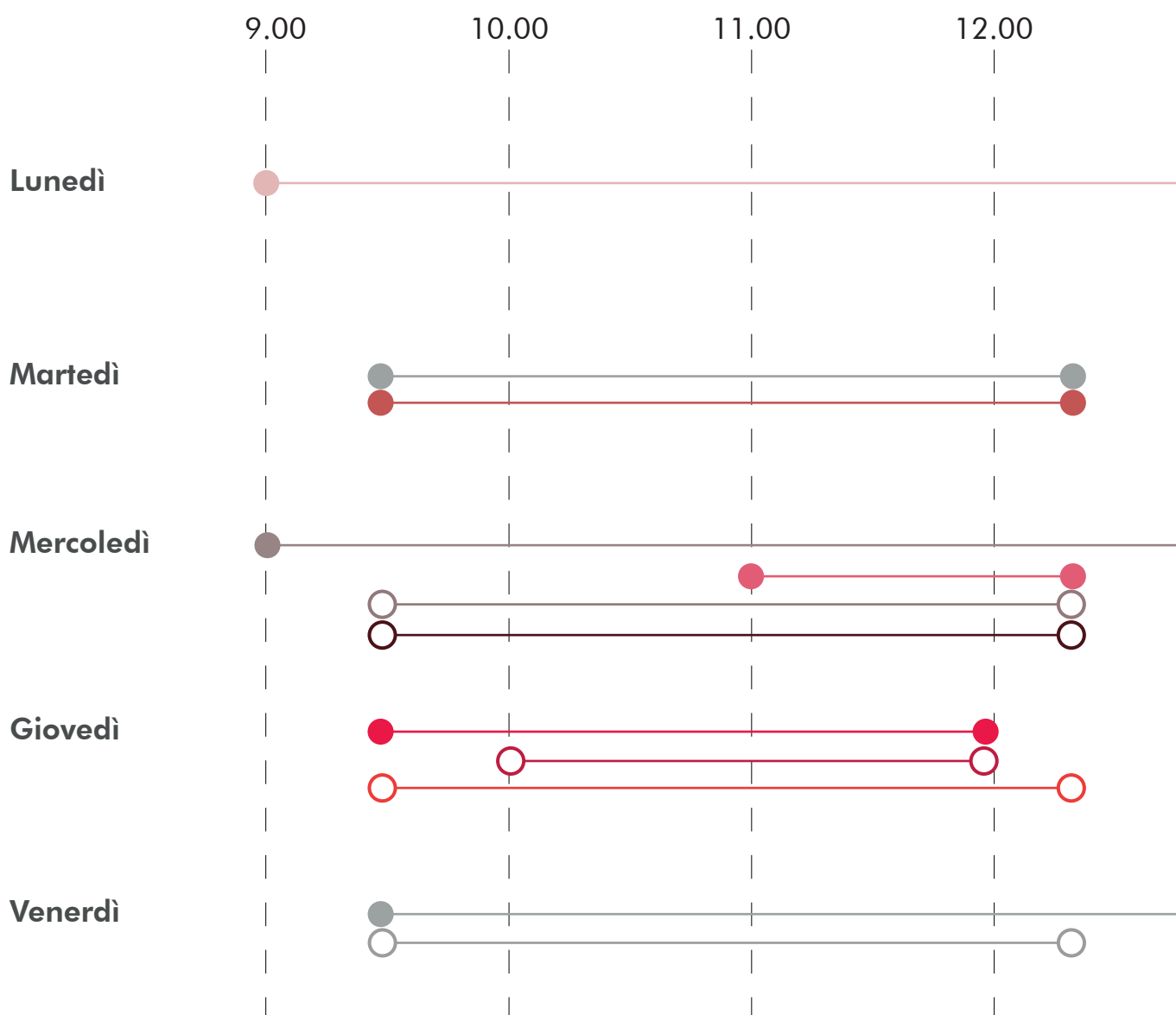
Nel complesso la struttura risulta molto accogliente e familiare, ma i locali in cui svolgere attività manuali, molto care ai pazienti, non risultano essere sufficienti per il numero di persone che possono utilizzarli contemporaneamente e per la quantità di opere che vengono prodotte, le quali capita vengano anche esposte al di fuori della struttura e in alcuni casi vendute.



Spazi che potrebbero essere aggiunti

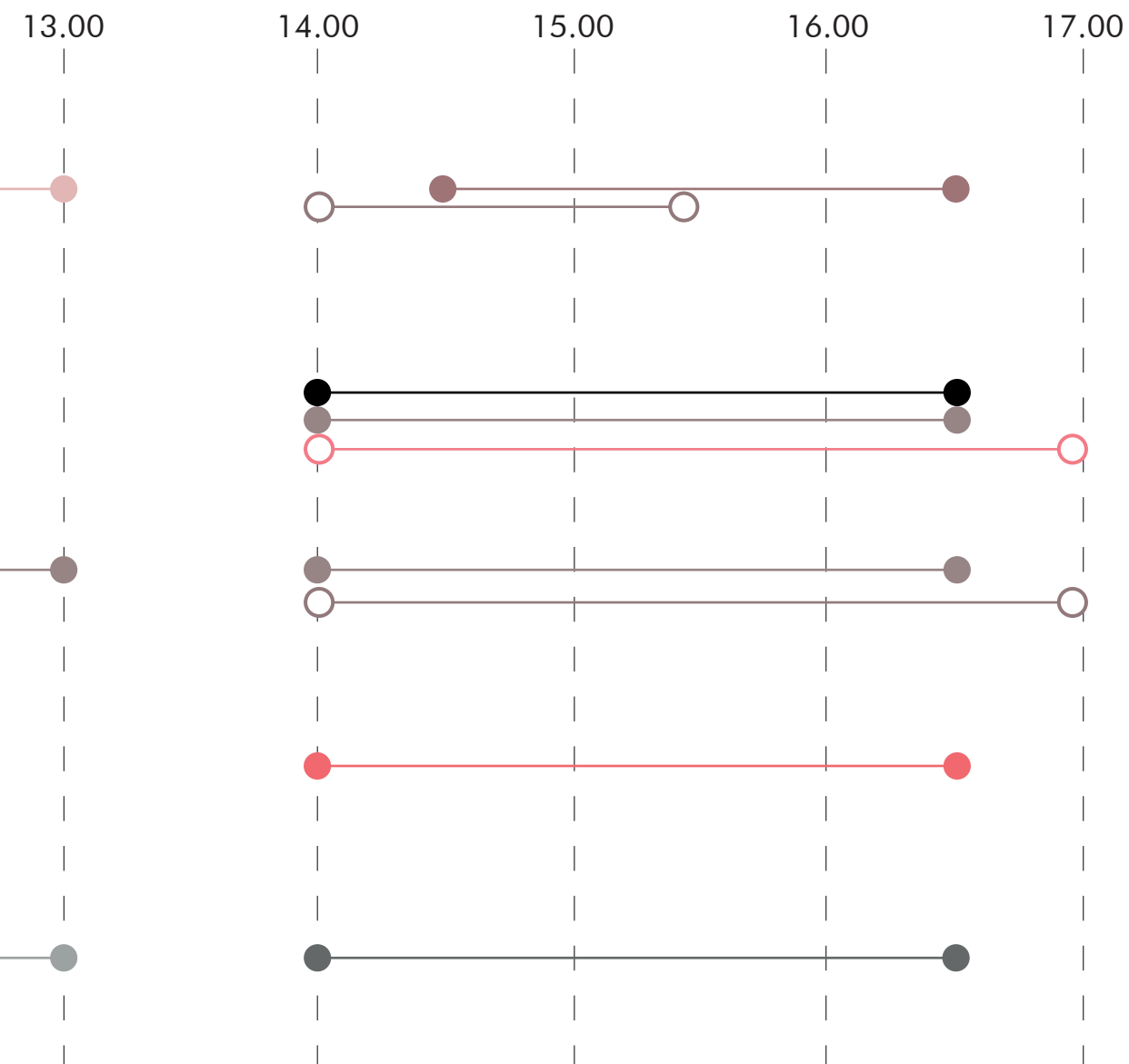


Grazie all'aiuto del coordinatore degli infermieri del Centro di Via Sostegno è stata ricostruita una tabella delle attività organizzate nella struttura. Ai fini della progettazione è utile al progettista capire oltre alle funzioni che gli spazi devono ospitare, anche il tempo di permanenza al loro interno.



Attività esterne al Centro

- | | | |
|---------------------------|--------------------|---------------------|
| ○ Danza Movimento terapia | ○ Uscita culturale | ● Riunione Equipe |
| ○ Gallerie d'Italia | ○ Palestra | ● Risocializzazione |
| ○ FIT | ○ Sartoria | ● Pittura |
| ● Mosaico | ● Ascolto musicale | ● Disegno |
| ● Riunione ospiti | ● Arte in giardino | |
| ● Carta pesta | ● Cineforum | |





AFFLUENZA



TIPOLOGIA DI PAZIENTI



BENESSERE PSICO-EMOTIVO



SICUREZZA



ACCESSIBILITÀ



ATTIVITÀ RIABILITATIVE SVOLTE



FLESSIBILITÀ DEGLI SPAZI



BENESSERE AMBIENTALE



PRESENZA DI SPAZI ESTERNI



ANALISI PR

CO-PROG

CRITERI

VALUTAZ

PRO

DEFINIZIONE DEI CRITERI STEP

3

PRELIMINARE STATO DI FATTO
PROGETTAZIONE

PROGETTUALI
DEFINIZIONE DEI CRITERII
OGGETTO

TIPOLOGIA DI CRITERI



SPAZIALI



SOCIALI



TERIITORIALI

UTENTI



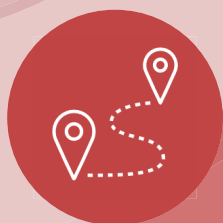
PAZIENTI



LAVORATORI



FAMILIARI



INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO



APERTURA VERSO IL QUARTIERE



ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI



VICINANZA AI MEZZI DI TRASPORTO



INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

APERTURA VERSO IL QUARTIERE

ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI

VICINANZA AI MEZZI DI TRASPORTO



ATTIVITÀ RIABILITATIVE SVOLTE

FLESSIBILITÀ DEGLI SPAZI

BENESSERE AMBIENTALE

PRESENZA DI SPAZI ESTERNI



AFFLUENZA

TIPOLOGIA DI PAZIENTI

BENESSERE PSICO-EMOTIVO

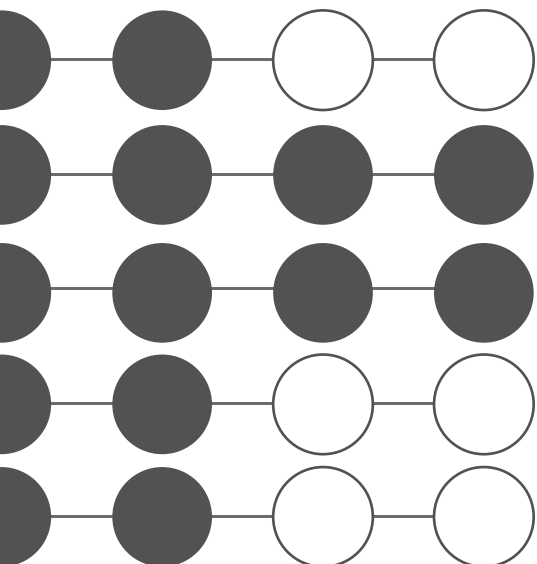
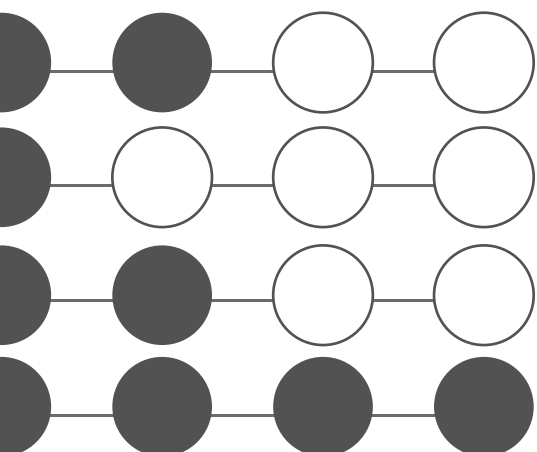
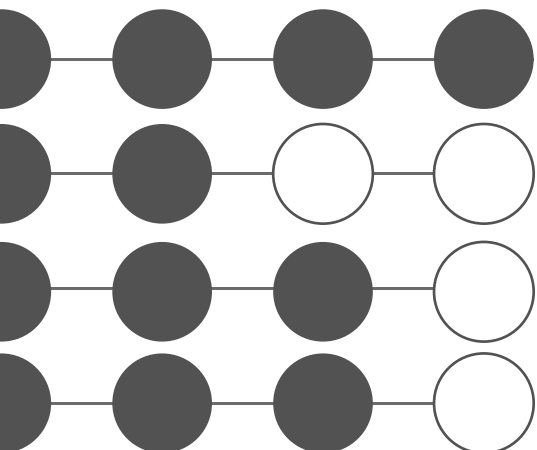
SICUREZZA

ACCESSIBILITÀ

CENTRO TERRITORIALE VIA SOSTEGNO

VALUTAZIONE DEI CRITERI STEP

4



I criteri stabiliti sono di 3 tipologie: territoriali, spaziali e sociali. In seguito all'analisi del Centro Territoriale fatta al paragrafo precedente, i criteri vengono valutati con quattro possibilità in base a quanto essi possono considerarsi soddisfatti.

Dall'analisi emerge come il CT sia molto integrato con il territorio, vicino ai mezzi di trasporto pubblici, come ad esempio la metropolitana e ai servizi. È stato valutato come medio il criterio relativo all'apertura con il quartiere, in quanto l'edificio dall'esterno risulta essere sempre chiuso e non sono presenti eventi di apertura con il quartiere.

Dall'analisi della seconda categoria il CT risulta poco coerente con le attività che vengono svolte al suo interno, nè è emblematica l'assenza ad esempio dei laboratori. Inoltre gli spazi non risultano essere flessibili poichè l'edificio in origine era un edificio adibito a residenza e non c'è stata una progettazione specifica per la nuova funzione.

Per quanto riguarda la categoria sociale, il Centro è attento alla tipologia di pazienti che ospita e al loro benessere psico-emotivo. Lo spazio risulta essere mediamente accessibile e sicuro, a causa della presenza dei gradini all'entrata. Inoltre l'affluenza è stata valutata con un punteggio medio in quanto la struttura pur essendo pensata per 25 persone è dotata di soltanto due bagni, che non sempre risultano sufficienti.

OTTIMO



BUONO



MEDIO

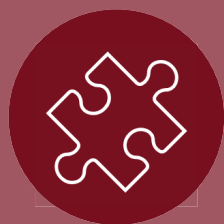


SUFFICIENTE





APERTURA VERSO IL QUARTIERE



ATTIVITÀ RIABILITATIVE SVOLTE

FLESSIBILITÀ DEGLI SPAZI



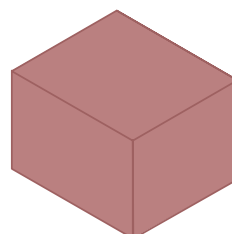
AFFLUENZA

ACCESSIBILITÀ

STRATEGIA DI PROGETTO
STEP

5

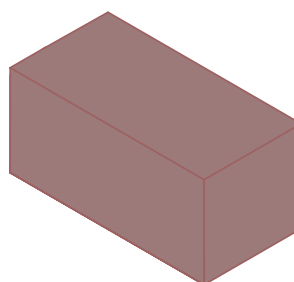
Possibilità di organizzare mostre ed esposizioni aperte al quartiere per favorire l'integrazione dei pazienti con la comunità



25 m²

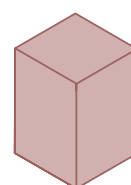
Inserimento di un laboratorio/falegnameria.

Nuovi spazi con strutture prefabbricate in legno, possibilità di rimuovere la struttura e modificarla



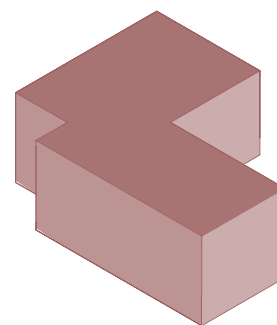
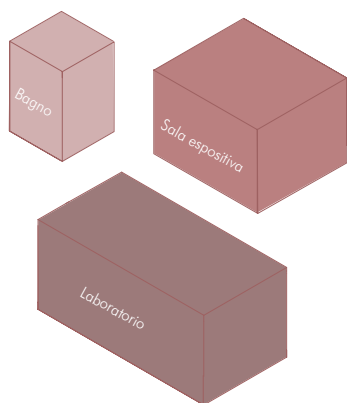
32 m²

Possibilità di avere un altro bagno, un laboratorio idoneo anziché la sala polivalente



5 m²

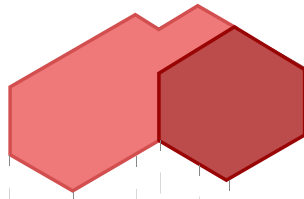
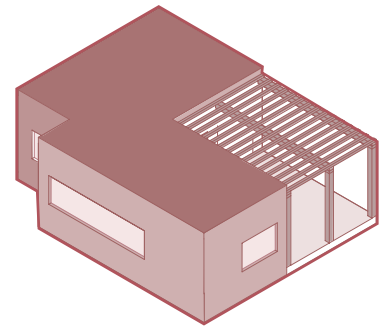
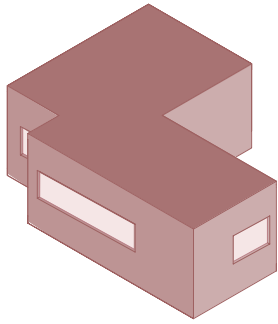
Eliminazione di barriere architettoniche



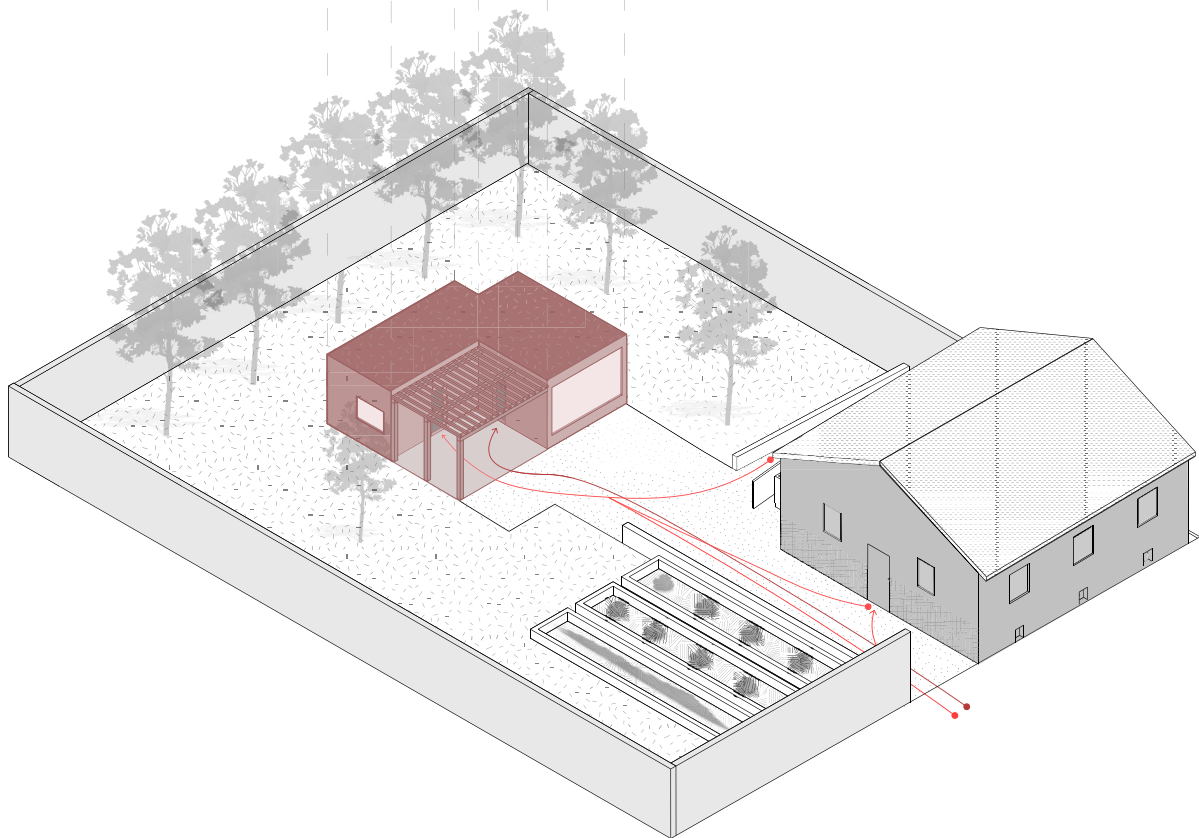
La strategia progettuale per il Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno è quella di non intervenire sull'esistente, bensì di inserire una struttura prefabbricata in legno all'esterno. Questo poichè nella struttura esistente non è possibile l'inserimento delle nuove funzioni pensate. È stato escluso anche l'utilizzo del seminterrato, poichè sarebbe necessario l'inserimento di un vespazio aerato diminuirebbe la sua altezza e risulterebbe comunque non a norma rispetto al Regolamento Edilizio del Comune di Torino. La struttura si compone di tre blocchi: uno dedicato ad una sala espositiva delle opere prodotte dai pazienti, un blocco dedicato al laboratorio e uno al bagno.

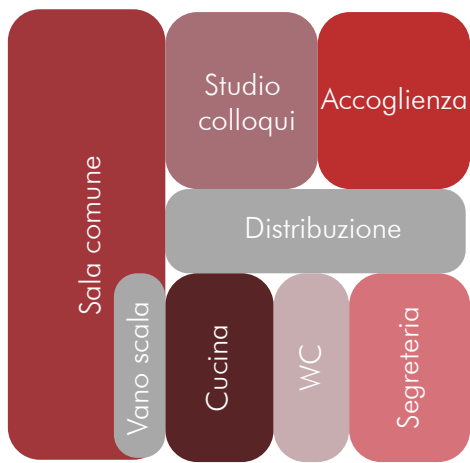
La possibilità di integrare al CT la sala espositiva e vendite permetterebbe una maggior apertura verso il quartiere, dando la possibilità ai pazienti di interagire con altre persone e gestire le esposizioni come attività riabilitativa. L'idea nasce in seguito ad una visita svolta all'Orto che Cura di Collegno, esso è un servizio riabilitativo della cooperativa sociale Il Margine di Torino, che si occupa di ragazzi con disturbi dello spettro autistico e di adulti in situazioni di fragilità. L'Orto si trova in quella che un tempo era l'azienda agricola del Manicomio di Collegno; oggi in 3000 m² di terreno è presente una serra riscaldata, un serraiaio, uno spazio dedicato all'orto in cassoni, campi coltivati e anche una bottega dedicata alle vendite dei prodotti, gestita dai ragazzi seguiti dalla cooperativa.

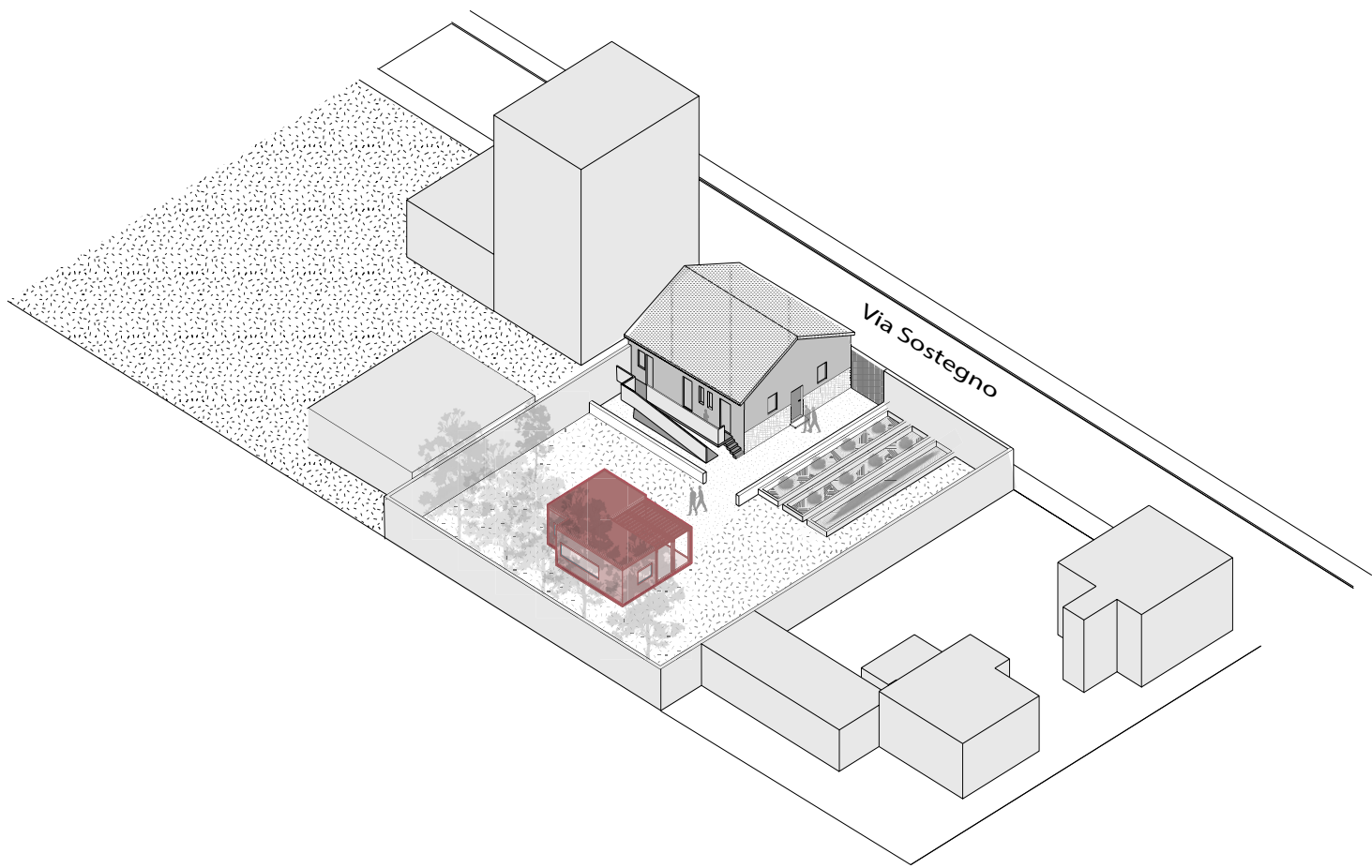
L'Arteterapia è una delle attività riabilitative più svolte nel Centro: infatti il laboratorio di mosaico, di carta pesta, di pittura e di arte in giardino occupano 14 ore settimanali e partecipano a ciascuna attività da 8 a 10 pazienti. L'inserimento di un laboratorio artistico e di falegnameria permetterebbe la possibilità per i pazienti e gli operatori di avere uno spazio interamente dedicato alle attività artistiche, con all'interno il materiale necessario. In questo modo sarebbe possibile sfruttare meglio anche l'attuale sala polifunzionale che al momento viene utilizzata per tutte le attività riabilitative.



- Accesso
- Pubblico
- Operatori e pazienti







CONCLUSIONI

Il presente lavoro di tesi ha ripercorso la storia dell'architettura psichiatrica in Piemonte, focalizzandosi sull'evoluzione degli spazi dedicati alla cura della salute mentale, dai manicomi alle moderne strutture territoriali. L'analisi condotta ha evidenziato come l'approccio progettuale sia profondamente cambiato nel corso del tempo, passando da una logica e disciplinare, tipica dei manicomi, a una più decentrata e all'integrazione sociale, dei Centri Territoriali Riabilitativi.

I manicomi piemontesi, come emerso dallo studio dei casi specifici, riflettevano la volontà dell'epoca di regolamentare la "collocazione fisica" dei cosiddetti "pazzi", attraverso la creazione di strutture isolate, autosufficienti e rigidamente organizzate. La progettazione di questi luoghi, spesso considerata un mero "esercizio di stile" da parte degli architetti e uno strumento di potere per i medici, risentiva di una visione della malattia mentale basata sull'isolamento, la sorveglianza e la "normalizzazione" dei pazienti.

L'istituzione manicomiale, legittimata dalla psichiatria e dall'idea di "curare" attraverso la reclusione, si è rivelata nel tempo inadeguata a rispondere alle reali esigenze dei pazienti, trasformando le terapie in strumenti punitivi e generando conseguenze indelebili nella storia della psichiatria.

L'analisi dei criteri progettuali che hanno guidato la costruzione dei manicomi piemontesi – territoriali, spaziali e sociali – ha permesso di comprendere come tali strutture fossero concepite come sistemi chiusi, finalizzati all'isolamento dei pazienti dalla società nonché alla separazione tra personale medico e degenti ed alla standardizzazione degli spazi in base alla tipologia di malattia, al sesso e alla classe sociale.

Il passaggio al modello di assistenza territoriale, promosso dalla Legge 180/78, ha rappresentato un cambiamento radicale, portando alla chiusura dei manicomi e all'apertura di servizi di salute mentale integrati nel tessuto sociale. Tuttavia, come evidenziato dall'analisi del Centro Territoriale Riabilitativo di Via Sostegno 33 a Torino, le attuali strutture si trovano spesso a confrontarsi con l'eredità del passato, edifici rifunzionalizzati che non sempre rispondono alle esigenze di una presa in carico globale e personalizzata dei pazienti.

La proposta progettuale presentata in questo lavoro di tesi, che prevede l'inserimento di una struttura prefabbricata in legno all'esterno del Centro Territoriale di Via Sostegno, si pone come tentativo di superare le limitazioni dell'edificio esistente, integrando nuove funzioni e ispirandosi a modelli virtuosi di riabilitazione psichiatrica, come l'esperienza dell'Orto che Cura di Collegno.

L'obiettivo è quello di creare un ambiente accogliente, funzionale e terapeutico, in cui le attività artistiche e manuali, come la pittura, il mosaico e i laboratori di falegnameria, possano svolgere un ruolo centrale nel percorso di cura e di inclusione sociale dei pazienti.

In conclusione, questa tesi si propone come un contributo alla riflessione sull'importanza dell'architettura nel promuovere la salute mentale e il benessere degli individui. La sfida del futuro è quella di superare l'eredità dei manicomi, progettando spazi che siano in grado di accogliere e supportare le persone con disturbi mentali nel loro percorso di cura e di inclusione sociale, favorendo la loro partecipazione attiva alla comunità e promuovendo la loro autonomia.

BIBLIOGRAFIA

I COMPLESSI MANICOMIALI

- C. AJROLDI, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento.*, Milano, Electa, 2013.
- F. BASAGLIA, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico.*, Milano, Baldini + Castoldi, 2018
- A. GAINO, *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione.*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 2017, p.16
- G. LUCIANO, *Storia di un manicomio italiano. Dallo "spedale de' pazzereelli" alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino.*, Milano, FrancoAngeli, 2019.
- M. MORAGLIO, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco.*, Milano, Unicopli, 2002.
- A. PAPUZZI, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra.*, Torino, EINAUDI, 1977
- AA.VV., *La Fabbrica della Follia. Relazione sul Manicomio di Torino.*, Torino, EINAUDI, 1971.
- M.P. AMORE, D. AVICO, *Architettura e psichiatria: luoghi che curano*, *psicologia fenomenologica*, 2019, www.psicologiafenomenologica.it, Consultato in data 05/02/2025.
- M.P. AMORE, *La forma dell'istituzione manicomiale: l'architettura della psichiatria.*, *Psichiatria Online Italia*, 2019, www.psychiatryonline.it, Consultato in data 05/02/2025.
- F. PELOSO, *Seconda lettera sulla storia della psichiatria e della riabilitazione psichiatrica. Nascita della psichiatria.*, *Psichiatria Online Italia*, 2020, www.psychiatryonline.it, Consultato in data 05/02/2025.
- G. SCAVUZZO, *Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, *Ardeth*, 04 / 2019, www.journals.openedition.org, Consultato in data 05/02/2025.
- C. F. MARTIRIGGIANO, *Contro-spazi della società, Michel Foucault e il potere psichiatrico.*, 2021, Treccani, www.treccani.it, Consultato in data 05/02/2025.
- R. COSENTINO, D. COSSA, *Ospedali Psichiatrici di Torino*, Torino, 2012., www.aslto3.piemonte.it, Consultato in data 05/02/2025.

LEGISLAZIONE

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, *Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1994-1996"*, Gazzetta Ufficiale n.93 del 22.04.1994., www.normattiva.it, Consultato in data 05/02/2025.

Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999, *Approvazione del PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1998-2000"*, Gazzetta Ufficiale n.274 del 22.11.1999., www.normattiva.it, Consultato in data 05/02/2025.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, *Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali*, Gazzetta Ufficiale de 03/01/1990., www.normattiva.it, Consultato in data 05/02/2025.

Legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Riguardante disposizioni sui manicomi e sugli alienati.*, Gazzetta Ufficiale n.43 del 22.02.1904., www.normattiva.it, Consultato in data 05/02/2025.

Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.*, Gazzetta Ufficiale n.133 del 16.05.1978, www.normattiva.it, Consultato in data 05/02/2025.

Ministero della Salute, *La rete dei servizi per la salute mentale*, 14 marzo 2024, www.salute.gov.it, Consultato in data 05/02/2025.

P. IANNI, *Cenni storici: Dalla Legge Giolitti alla Legge Basaglia. Intervento al Convegno "40 anni dopo riflessioni sulla Legge del 13 Maggio 1978, n.180"*, 2017, www.nomos-leattualitaneldiritto.it Consultato in data 05/02/2025.

D. ORSINI, *Il Sessantotto dei manicomi, l'inizio della svolta nell'assistenza psichiatrica in Italia.*, in *Rivista di Salute Mentale di Comunità, Nuova Rassegna di studi psichiatrici.*, Volume 18 - 15 Maggio 2019., www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it, Consultato in data 05/02/2025.

Consiglio d'Europa, *Salute* , www.coe.int, Consultato in data 05/02/2025.

WHO, *Mental Health, World Health Organization*, www.who.int, Consultato in data 05/02/2025.

WHO, *World mental health report: transforming mental health for all*, 2022., www.who.int, Consultato in data 05/02/2025.

SALUTE MENTALE E POPOLAZIONE

Ires Piemonte, *Rapporto Salute Mentale in Piemonte 2017*, 2017, www.ires.piemonte.it Consultato in data 05/02/2025.

ISTAT , *Rapporto BES 2023. Il benessere equo sostenibile in Italia*, 2024, www.istat.it, Consultato in data 05/02/2025.

Ires Piemonte, *Relazione annuale 2024. Relazione Annuale Ires Piemonte, Persone e Società del 2024*, 2024, www.ires.piemonte.it, Consultato in data 05/02/2025.

Servizio informativo di Psichiatria e Tossicodipendenza, www.servizipsichiatriatossicodipendenza.org, Consultato in data 05/02/2025.

Regione Piemonte, *Aziende Sanitarie Locali*. , www.regione.piemonte.it, Consultato in data 05/02/2025.

ASL di Torino, *Dipartimento di Salute Mentale* , www.aslcittaditorino.it, Consultato in data 05/02/2025.

ASL di Torino, *ROT psichiatria Nord-Ovest* , www.aslcittaditorino.it, Consultato in data 05/02/2025.

Servizio Statistica della Città di Torino, *Dati statistici: distribuzione per età', sesso e territorio* , www.comune.torino.it, Consultato in data 05/02/2025.

RINGRAZIAMENTI

Il percorso che mi ha portata al raggiungimento di questo importante traguardo è stato un cammino impegnativo e faticoso, la mia determinazione e passione non sarebbero bastate senza le persone che mi hanno sostenuta, supportata e a volte anche sopportata in questi mesi.

Un grazie immenso ai miei genitori e alla mia famiglia, che mi hanno sempre spronata a fare del mio meglio, aiutandomi nei momenti difficili e ascoltandomi nei momenti felici. Grazie di aver creduto nelle mie capacità anche quando non ero in grado di farlo da sola.

Un grazie speciale a Luca, parte integrante della mia vita. Sei stato il mio supporto emotivo e il mio motivatore costante. Grazie di avermi dato il tuo parere quando ero in dubbio e i tuoi abbracci quando ne avevo bisogno. Senza di te questo percorso sarebbe stato più difficile.

Grazie di cuore ai miei migliori amici, Arianna e Alessio, che hanno sempre creduto in me e sono stati sempre presenti nonostante la distanza. Il vostro affetto e la vostra fiducia da dieci anni mi accompagnano in tutti i miei traguardi e sono felice di poter sempre contare su di voi.

Alle mie amiche Federica, Francesca, Ludovica, Martina e Valeria: un grazie per avermi ricordato, ogni volta, che la vita è fatta anche di pause, di momenti per sè stessi, di risate e di leggerezza. Senza di voi sarebbe stato molto più faticoso.

Un grazie a tutte le persone che hanno dedicato un po' del loro tempo per aiutarmi in questa tesi. Grazie ad Asia e Nicolò, grazie a Chiara e a tutti gli operatori del Centro Territoriale di Via Sostegno che mi hanno dato le informazioni di cui avevo bisogno nel mio lavoro.

Infine un grazie al mio relatore, che ha sostenuto questa tesi sin dall'inizio, credendo nelle mie idee e guidandomi con preziosi consigli.

