



S A A D
Scuola di Ateneo



Architettura e Design
Eduardo Vittoria
Università di Camerino

Corso di laurea Magistrale in Architettura

Tesi di laurea Magistrale

IL BORGO DELLA SALUTE

*Relatore: Prof. Luca Galofaro
Un grazie speciale al Prof. Gerardo Doti*

*Laureanda: Giulia Grazioli
Matricola: 106592*

Anno Accademico 2019-2020

Indice

Introduzione

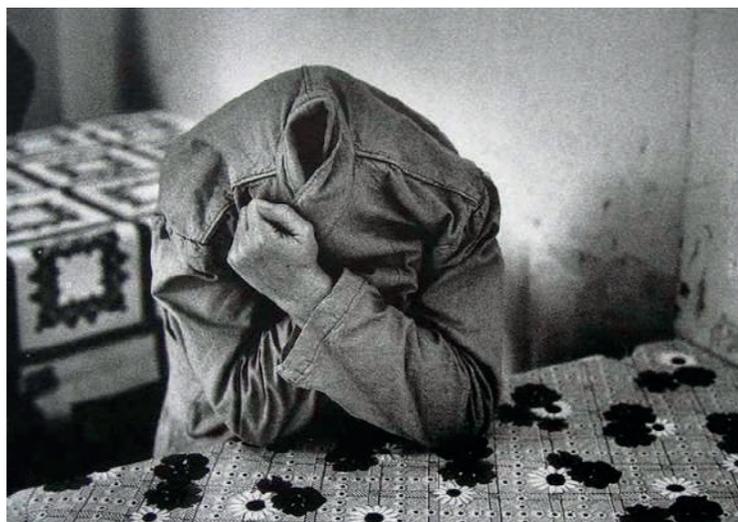
- I. Psichiatria, storia delle prime pratiche psichiatriche
- II. La libertà è terapeutica, la Legge Basaglia
- III. Luoghi di abbandono e memoria
- IV. Architettura, storia delle tipologie architettoniche
- V. Riferimenti, casi studio
- VI. Centro di Salute Mentale
- VII. Borgo della salute

Conclusioni

Riferimenti bibliografici



1



2

Introduzione

“Luoghi comuni: il manicomio, la follia, il pazzo. Ma le immagini ci fanno pensare a qualcosa di terribile e così vicino a noi, più terribile del carcere, peggio della morte. Un luogo che genera paura perché forse non del tutto improbabile, un contenitore-muro che ci separa da un confine che ognuno porta dentro. L’annientamento, l’assenza, la follia sono parole con cui da secoli l’uomo ha nascosto alla vista altri uomini: i pazzi che abbiamo costruito e poi rinchiuso, per rinchiodare e dimenticare la nostra paura del diverso. Da lui, ai confini della mente, ci separa solo una linea d’ombra”.¹

Il concetto di salute mentale è un fattore importante per il benessere delle persone e influisce sulla qualità della vita di ognuno. Le varie forme di disagio psichico compromettono le abilità fisiche dell’individuo, hanno effetti sulle dinamiche relazionali e nell’inserimento nel contesto sociale.

Per anni le persone che soffrono di disturbi mentali vengono discriminate ed escluse dalla società, questi individui affetti da patologie psichiatriche vivono condizioni di debolezza e fragilità che colpisce la loro esistenza. Nell’analisi della carriera morale del malato mentale si precisa che il tipo di strutture e di ordinamenti istituzionali, più che sostenere il sé del paziente, lo costituisce.

Se quindi il malato soffre della perdita della propria identità, l’istituzione gliene costruisce una nuova, attraverso il tipo di rapporto che stabiliscono. Quindi chiavi, serrature, sbarre e malati fanno parte dell’arredamento ospedaliero di cui infermieri e medici sono responsabili senza nessuna distinzione di qualità.

Oggi nella cura e nella riabilitazione della salute mentale si pone l’obiettivo di un miglioramento della qualità della vita delle persone. Non sempre gli individui hanno la possibilità di potersi reinserire nella società e per risolvere questo problema sono stati creati dei progetti innovativi dove le persone sono supportate e monitorate in maniera stimolante.

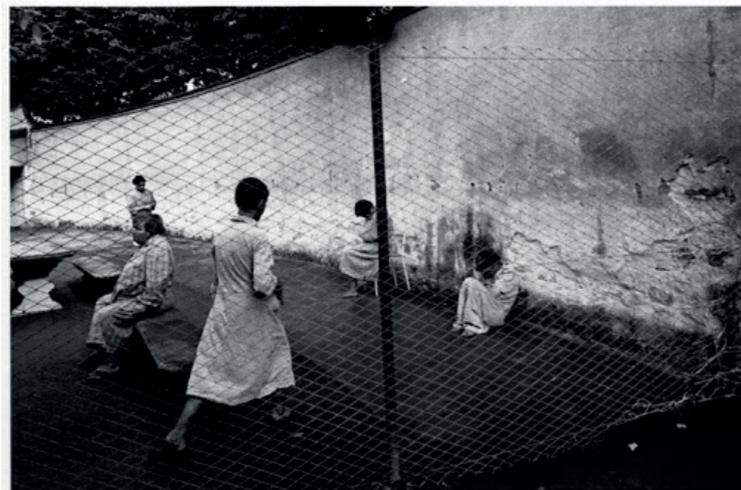
Ci sarà l’attenzione al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da disturbi mentali, una ricerca di interventi efficaci nel rispetto dei diritti fondamentali.

Gli Ospedali psichiatrici erano luoghi in cui dimenticarsi della propria identità e subire violenze e discutibili pratiche mediche.

Fig. 1
Morire di Classe,
La condizione manicomiale,
Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin

Fig. 2
Morire di Classe,
La condizione manicomiale,
Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin

1. *Pazzi*, di Enrico Miglino, Collana: Saggi Edizioni Kult Virtual Press .



3



4

Con il mio progetto di ricerca cercherò di discutere i tratti più importanti di questa disumana saga di esclusione e abbandono di persone e luoghi, i lunghi processi di trasformazione che partono dall'istituzionalizzazione del passato fino ad arrivare alle migliori soluzioni.

Parte importante sarà quella di approfondire in senso architettonico la questione delle strutture manicomiali oggi dismesse, che sono disseminate sul territorio italiano.

I focus saranno sul rapporto tra il come venivano concepiti gli edifici che ospitavano i pazienti psicotici, il rapporto tra la forma e la funzione di questi edifici e la dura realtà che rappresentavano.

Un percorso attraverso la storia delle prime pratiche psichiatriche e alle prime leggi che governavano questi complessi, andando avanti verso storie di tipologie architettoniche e un attento studio attraverso diversi riferimenti nel tempo.

Studiare l'insieme di queste architetture mi è sembrato interessante perché l'insieme restituisce di più la condivisione di una medesima vicenda.

Il tema trattato quindi è sviluppato al di là del limitato vocabolario forma/funzione.

Manipolare una forma e ipotizzare una rifunzionalizzazione non è abbastanza per esprimere la complessità del tema, sugli ex manicomi in Italia si mettono di fronte Architettura e Psichiatria, attraversando temi e storie differenti.

Il tema manicomi rilancia ad una responsabilità civile dell'architettura, crea un concetto di spazio urbano di diritti, di protezione della società sul territorio e di un bisogno sociale dei beni comuni.

Lo scopo importante del presente e del futuro è quello di riuscire ad abbattere il più possibile le barriere costruite su questo tema e educare la società che ancora rischia di ostacolare l'inclusione sociale delle persone affette da disturbi mentali.

Fig. 3
Morire di Classe,
La condizione manicomiale,
Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin

Fig. 4
Morire di Classe,
La condizione manicomiale,
Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin



5

Capitolo I

Psichiatria, storia delle prime pratiche psichiatriche

La psichiatria ottocentesca credeva nei benefici terapeutici dove l'isolamento poteva apportare ai pazienti ricoverati nei manicomi la calma e il silenzio della mente tormentata, una mente che poteva purificarsi e trasformarsi in una tabula rasa psicologica, pronta ad accogliere nuovi pensieri impiantati dall'alienista.

Due riferimenti temporali descrivono cronologicamente e culturalmente il caso preso in esame del manicomio moderno, differente dalle precedenti forme nasce in Italia con il provvedimento Giolittiano introdotto dalla Legge Comunale e Provinciale del 20 marzo 1865 e si conclude con la Legge 180 del 1978 nota come Legge Basaglia.

Il percorso per arrivare alla fine degli anni Settanta, con i tentativi di superare gli Ospedali Psichiatrici, è caratterizzato da molti eventi storici e normative che hanno cambiato in modo evidente la figura di questi complessi edilizi nella forma e nella funzione.

I primi centri che nel nostro paese accoglievano i folli risalgono al primo secolo d.C., dove a differenza delle strutture più recenti, non erano dei luoghi di accoglienza solo per disagiati mentali, ma accoglievano anche lebbrosi ed appestati, poveri e indigenti di ogni tipo.

Il principale ruolo che questi centri di assistenza svolgevano era quello di dare una regola al vagabondaggio e contenere quello che veniva considerato dannoso per la nascente società. La loro reclusione appariva la soluzione più appropriata all'idea di progresso che nella metà dell'Ottocento si sviluppa in tutta Europa.

All'interno del manicomio troviamo quindi sia i pazzi che tutti gli altri individui ritenuti non adatti alla società del tempo, quindi anche omosessuali e ragazze madri.

La follia viene considerata a tutti gli effetti una malattia da recludere in questi appositi spazi.

Da uno spazio elettivo nato per salvare il folle dall'indigenza, dal pregiudizio per guarirlo, diventa un mezzo per studiarlo, per oggettivarlo come malattia e negarlo come persona.

Fig. 5
Dentro le mura di un manicomio,
Letizia Battaglia,
Palermo, 1985-1989



6

Fig. 6
Dentro le mura di un manicomio,
 Letizia Battaglia,
 Palermo, 1985-1989

La concezione del manicomio, termine che poi verrà sostituito con Ospedale Psichiatrico nel 1881, viene rivoluzionata.

Viene programmato come un luogo alternativo ad un mondo esterno travagliato e sconvolto, il manicomio assume le sembianze di una piccola città ideale dove il direttore diventa la figura centrale al quale ruota tutto il sistema.

All'inizio del '900 si affermarono cambiamenti nel rapporto fra l'istituzione dei medici ed il malato psichiatrico: "pazzo".

Da un lato l'apparato legislativo autorizzò il potere del medico sul paziente, dall'altro l'apparato scientifico classificava determinati metodi come carcerari e non del tutto accettabili.

Il modo di trattare le malattie mentali e organizzare la struttura ospedaliera secondo questi metodi repressivi ha contribuito alla nascita dei luoghi comuni sul manicomio e sulla pazzia, ancora oggi conosciuto come luogo punitivo, l'ultima spiaggia dove un essere umano può arrivare, "porta su un mondo da cui non esiste ritorno".

"Si immagini ora un uomo, a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente a chi ha perso tutto, di perdere se stesso". ²

Prima che iniziasse un lungo processo di cambiamento e demolizione della vecchia struttura manicomiale, questa era un contenitore dove era impossibile accedervi, un'istituzione organizzata per autocelebrarsi e rappresentare sé stessa secondo un'immagine pubblica ben determinata.

L'immagine nota dell'Ospedale Psichiatrico era quello delle fotografie celebrative, molto lontana dalla realtà in cui si trovavano i ricoverati, rendeva l'idea di un villaggio ben organizzato in cui l'istituzione si prendeva cura dei disgraziati per introdurli in una cittadella in grado di contenerli al di fuori della società civile: i pazzi, alcolizzati, rompiscatole e persone socialmente nocive.

Per molti anni, finché non c'è stata la volontà per sfondare questa barriera, la visione dell'istituto psichiatrico era di quella di un microcosmo asettico ed efficiente circondato da un alone di scienza.

All'esterno veniva mostrato un atteggiamento di recupero sociale attraverso, per esempio, il lavoro, quindi ergoterapia, che però si è dimostrata un fallimento perché fu facilmente trasformato in sfruttamento.

². *Se questo è un uomo*, Primo Levi, 1947



7

Fig. 7
Dentro le mura di un manicomio,
 Letizia Battaglia,
 Palermo, 1985-1989

L'ergoterapia consentì per un lungo periodo di giustificare uno sfruttamento intensivo di manodopera a costo nullo.

L'ipocrisia di questo sistema faceva sì che il malato in grado di lavorare, essendo utile alla struttura, aveva sempre meno possibilità di uscire. Quindi l'Ospedale tendeva ad eliminare chi non era in grado di compiere compiti utili.

Testimonianze di vecchi ricoverati riportano che quando un paziente di rendeva conto di essere bravo in un certo tipo di lavoro, se avesse avuto possibilità di uscire, sarebbe stato attento a non farsi notare e a non lasciarsi coinvolgere da questo meccanismo.

Quindi l'intero sistema psichiatrico era come un'isola autosufficiente.

Quando c'era una visita o entravano dei fotografi tutto veniva preparato nei minimi particolari, davano ai parenti la sensazione che il proprio caro visse meglio di quanto possibile fuori.

L'istituzione creava una propria immagine così efficiente che quando il malato riusciva ad uscire non era credibile.

Chi usciva non aveva infatti nessuna possibilità di denuncia e il solo fatto di essere stato un ricoverato non lo metteva in una posizione di affidabilità. In questo modo l'istituzione si manteneva segreta senza alcuna possibilità che la realtà potesse trapelare.

L'ex ricoverato che si fosse ostinato a farsi ascoltare rischiava una nuova internazione.

Il "matto" solitamente è un agitato, un visionario che viene trascinato dagli infermieri costretto alla camicia di forza.

Un diffuso luogo comune che ci indica quanto sia radicata la visione del folle, soggetto fuori logica con cui non è possibile avere una comunicazione e l'unico intervento è un atto di violenza.

Per molto tempo è stato un luogo di repressione, lacci, manette e camicie di forza, dato da una scienza cieca e sorda che utilizzava il manicomio come centro di esperimenti sulle menti delle persone: cavie senza alcuna dignità riconosciuta.

Il malato era solo un individuo oggetto di cure sperimentali del medico, individuo passivo che non doveva nuocere.

Il manicomio viene quindi paragonato al carcere, ma si distingueva per un aspetto importante: la violenza psicologica somministrata al ricoverato, a partire dal fatto che mentre il carcerato conosce la propria pena, il malato di mente non sa se uscirà mai. Il destino del matto era a discrezione del medico.



8

Fig. 8
 Dentro le mura di un manicomio,
 Letizia Battaglia,
 Palermo, 1985-1989

Un'altra atrocità era la terapia dell'elettroshock ancora praticata in varie parti del mondo e definita da medici e psichiatri come una cura adeguata per particolari forme di depressione, richiama alla mente piuttosto un atto di violenza gratuita, una tortura medievale da tribunale dell'inquisizione.

Pratiche di altro genere erano anche l'impiego di psicofarmaci, gli strumenti hanno così molteplici funzioni: terapeutiche, punitive e di tortura.

La possibilità dell'impiego di questi strumenti ha origine nell'assenza di normative che possano porre dei limiti a questi metodi di cura che diventano devastanti, è stato necessario l'avvio di un processo di modifiche culturali e sociali che criticavano le istituzioni, perché ci si potesse muovere in una dimensione più umana di esistenza.

Una rinnovata attenzione medica, etica e sociale richiesta anche nelle parole del libro del Premio Pulitzer Ron Powers, *Chissenefrega dei matti*: nelle prime pagine l'autore racconta di un sogno ricorrente in cui immagina il suo equilibrio mentale appoggiato su una membrana sottile e fragile che facilmente si strappa aprendo sotto di lui l'abisso della follia, dove altri precipitano; «Non è tanto l'impossibilità a frenare la caduta che è spaventosa ma è orribile avvertire, intorno, il mondo indifferente». ³

Il sogno ricorrente per dire dell'urgenza ossessiva che si impadronisce di lui: scrivere per persuadere il mondo, in qualche modo, a prestare attenzione.

Sono molti i "fuoriusciti", quelli che sono tornati alla vita normale. Ascoltare le loro storie fa riflettere, non sono degli eroi e non si sentono neanche dei martiri, non accusano nessuno ma sono solo felici di aver riconquistato la dignità di esseri umani che gli era stata negata.

Quello che fa riflettere è cosa ci facevano là dentro e perché e noi che siamo fuori, quali pensieri abbiamo perso.

"E – vi preghiamo – quello che succede ogni giorno non trovatelo naturale. Di nulla sia detto: è naturale in questo tempo di anarchia e di sangue, di ordinato disordine, di meditato arbitrio, di umanità disumanata, così che nulla valga come cosa immutabile". ⁴

³. *Chissenefrega dei matti*, Premio Pulitzer Ron Power
⁴. *L'eccezione e la regola*, Bertolt Brecht



9

Fig. 9
Franco Basaglia

Capitolo II

La libertà è terapeutica, la Legge Basaglia

Nato l'11 marzo del 1924 in una benestante famiglia veneziana, Franco Basaglia era destinato fin dall'inizio alla ribellione.

Mentre i genitori si riconoscevano nello stato fascista, Basaglia aderì ad un movimento che vi si opponeva quando ancora frequentava il liceo. Iniziò una dura contestazione al regime che lo portò ad essere imprigionato per sei mesi all'interno del minaccioso carcere di Santa Maria Maggiore di Venezia, a seguito di una protesta alla quale prese parte.

Non parlò molto di questa esperienza nel corso della sua vita e nelle sue opere, se non per spiegare cosa provò una volta arrivato al manicomio di Gorizia dopo esserne stato nominato direttore.

Così dirà in seguito: "Quando sono entrato per la prima volta in un carcere ero studente di Medicina. Lottavo contro il fascismo e sono stato incarcerato. Mi ricordo della situazione allucinante che mi sono trovato a vivere. Era l'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle varie celle.

C'era un odore terribile, un odore di morte. Mi ricordo di aver avuto la sensazione di essere in una sala di anatomia dove si dissezionano i cadaveri. Tredici anni dopo la laurea sono diventato direttore di un manicomio e quando vi sono entrato per la prima volta ho avuto quella stessa sensazione. [...]

Ho avuto la certezza che quella era un'istituzione completamente assurda, che serviva solo allo psichiatra che ci lavorava per avere lo stipendio a fine mese. A questa logica assurda, infame del manicomio noi abbiamo detto no." ⁵

In Italia per la prima volta effettuò una critica al sistema manicomiale. Proprio nella sua figura troviamo il simbolo della lotta anti-istituzionale italiana, contro la Legge 431 del 1968.

Negli anni Settanta i riformatori sono tutti d'accordo sul fatto che i manicomi non possono essere migliorati, ma che hanno bisogno di una profonda rivoluzione.

Si aprirono proposte dei Radicali per un referendum.

5. Basaglia F., La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door», Comunicazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964, in «Annali di Neurologia e Psichiatria», LIX, 1965



10

Fig. 10
Dentro le mura di un manicomio,
 Letizia Battaglia,
 Palermo, 1985-1989

Quei Radicali che avevano già trionfato sulle questioni del divorzio e dell'aborto, in questione c'era l'abolizione della legge 1904 "Dei manicomi e degli alienati".

Franco Basaglia fu contrario al referendum per il rischio di una sconfitta, perché il Paese non era pronto per una svolta così radicale.

Basaglia vedeva una nuova legge che regolamentasse il passaggio dall'oppressione manicomiale ad una rete di servizi, insieme a lui anche il Parlamento Italiano fu contrario al referendum.

A questo proposito il 13 maggio del 1978 il Parlamento approva la Legge 180.

Meglio conosciuta come Legge Basaglia, dal nome dello psichiatra, fu la prima legge al mondo ad aprire le porte dei manicomi e a ridare dignità e diritti alle persone che vi erano rinchiusi.

Un viaggio in diverse realtà italiane, tra il Friuli-Venezia Giulia, dove tutto è iniziato, al Piemonte, dove si trovava l'ospedale psichiatrico più grande d'Italia.

Ispirandosi alle idee dello psichiatra statunitense Thomas Szasz, Franco Basaglia si impegnò per riformare tutta l'organizzazione degli ospedali psichiatrici del territorio, proponendo un superamento della logica dei manicomi.

Basaglia in un'intervista disse: «Non è importante tanto il fatto che in futuro ci siano o meno manicomi e cliniche chiuse, è importante che noi adesso abbiamo provato che si può fare diversamente, ora sappiamo che c'è un altro modo di affrontare la questione; anche senza la costrizione.»

Questa legge introduce nel sistema politico, culturale e scientifico, degli elementi nuovi e innovativi:

- Decreta il superamento degli ospedali psichiatrici;
- Inserisce il malato di mente e l'operatore psichiatrico nel pieno del contesto della medicina generale;
- Fissa nuove regole per il ricovero obbligatorio con la possibilità però che sia il paziente che i parenti possano chiedere la revoca del provvedimento;
- Prevede l'istituzione dei servizi di Diagnosi e Cura negli ospedali generali;
- Il territorio viene riconosciuto come sede dell'intervento terapeutico e riabilitativo del malato mentale;
- I servizi psichiatrici devono essere ristrutturati su base dipartimentale.⁶

6. *Diritti a 180. Quarant'anni dalla legge Basaglia*, Rebecca De Fiore, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.



11

La Legge 180 fu quindi la prima e unica legge che impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio, con servizi di igiene mentale pubblici.

Ciò ha fatto dell'Italia il primo paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici.

Prima di questa legge n.180/1978 dei servizi psichiatrici, i manicomi erano connotati come dei luoghi di contenimento sociale, dove l'intervento terapeutico e riabilitativo scontava le limitazioni dell'impostazione clinica che non si apriva ai contributi della psichiatria sociale, di supporto, delle potenzialità delle strutture e della diffusione della psicoterapia.

La legge voleva essere un modo per modernizzare l'impostazione clinica di questo tipo di assistenza, creando rapporti umani nuovi con il personale e con la società, riconoscendo i diritti e la necessità di una vita di qualità dei pazienti malati, seguiti e curati da queste strutture.

Subito dopo si iniziano a vedere le prime indicazioni fornite dagli alienisti che riguardavano: il numero dei degenti, l'estensione delle aree, mediando tra il necessario isolamento e la facilità dei collegamenti, la presenza di requisiti igienici, suoli pianeggianti o in lieve declivio, abbondanza di acqua, purezza dell'aria, una buona esposizione e la panoramicità.

Altre indicazioni si basavano sulle distinzioni di sesso, curabilità e posizione sociale.

La separazione tra uomini e donne, ma poneva comunque l'alternativa di alloggio in due diversi asili o nel medesimo ma in parti nettamente distinte, la distinzione tra guaribili e cronici incideva sulla natura del manicomio come luogo di cura o di ricovero, anche la distinzione degli alienati per classi sociali influiva sul pregio architettonico degli spazi.

Mentre si smantellavano le istituzioni appariva chiara la necessità di costruire delle organizzazioni alternative.

La struttura portante dell'organizzazione psichiatrica alternativa al manicomio fu il Dipartimento di Salute Mentale, in esso confluirono i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i Centri di Salute Mentale, le residenze abitative protette, sanitarie e sociali.

Nel Dipartimento di Salute Mentale fanno parte anche quelle attività che non si vedono ma che rappresentano l'asse portante delle prevenzioni: l'attività domiciliare.

Fig. 11
Dentro le mura di un manicomio,
 Letizia Battaglia,
 Palermo, 1985-1989



12

Fig. 12
 Manicomio di Trieste,
 Ugo Guarino

Oggi in Italia il quadro normativo prevede che nell'ambito del territorio definito dall'ASL (Azienda Sanitaria Locale) la cura, l'assistenza e la tutela della salute mentale siano garantite da strutture e servizi erogati dal DMS (Dipartimento di Salute Mentale), insieme alle Cliniche universitarie e le case di cura private.

- Servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM), centri di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico;
- Servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD), strutture semiresidenziali con funzioni terapeutico-riabilitative collocate nel contesto territoriale;
- Servizi residenziali: le Strutture Residenziali (SR), distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- Servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH), il primo è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero, il secondo costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve o medio termine.⁷

L'evoluzione della legge Basaglia è stata un'operazione complessa e faticosa. Ha infatti implicato livelli di impegno notevoli da parte di chi, operatori tecnici, familiari e utenti, ha creduto in quest'opera di decostruzione e ricostruzione culturale, sociale e scientifica.

La chiusura dei manicomi non può però considerarsi conclusa.

Altre barriere, porte chiuse, muri sono da abbattere e rispettivamente da aprire. Sono le porte e i muri che stanno nelle nostre menti, nelle teste di tutti.

Dalla chiusura dei manicomi, così come la caduta del muro di Berlino, dovrebbe scaturire in noi almeno una lezione: che i muri non sono mai serviti e non serviranno mai a risolvere i problemi, servono solo a fissarli.

7. *Diritti a 180. Quarant'anni dalla legge Basaglia*, Rebecca De Fiore, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.



13

Fig. 13
 Ospedale Psichiatrico di Cuneo,
 Andy Schwetz,
 2015, 2016, 2017, 2018

Capitolo III

Luoghi di abbandono e memoria

MEMORIA:

Facoltà della mente umana di conservare, ridestare in sé e riconoscere nozioni ed esperienze del passato; capacità dell'uomo di ricordare.

Nel 1964, sulla chiusura o eliminazione dell'ospedale psichiatrico come un'azione necessaria, Basaglia scrive: « Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (risultato della malattia che Burton chiama "institutional neurosis" e che chiamerei semplicemente istituzionalizzazione); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento». ⁸

Questo meccanismo della rimozione era, per la psicoanalisi, una strategia di risoluzione di un problema: il contenuto della mente inquietante e traumatico viene scacciato, cancellato dalla coscienza e dalla memoria.

La storia dell'architettura manicomiale è molto legata alla storia dei manicomi, questa necessità di rimuovere dalla memoria gli errori e gli orrori di questa istituzione violenta e discriminante ha trascinato nell'oblio le sue architetture.

Omar Calabrese ci ricorda che l'oblio è definito come volontà di dimenticare, con accentuato senso di abbandono da parte della memoria e degli affetti: si vuole dimenticare un oggetto e si desidera disgiungersi da esso. «Cancellare ha a che fare con nascondere, occultare, depistare, confondere le tracce, allontanare dalla verità, distruggere la verità. [...]». ⁹

⁸ Basaglia F., La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door», Comunicazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964, in «Annali di Neurologia e Psichiatria», LIX, 1965



14

Fig. 14
Ospedale Psichiatrico di Cuneo,
Andy Schwetz,
2015, 2016, 2017, 2018

La questione dei manicomi è assenza e privazione, silenzio, vuoto, solitudine e morte, sono tutti termini che descrivono gli ex ospedali psichiatrici. Considerando i periodi di abbandono che hanno aggiunto, alle precedenti, ulteriori stratificazioni emotive dovute al semplice trascorrere del tempo, le costruzioni sono decadute allo stato di rovina e sono state invase dalla vegetazione selvatica.

Le strade interne si sono ricoperte di arbusti diventando irriconoscibili, gli alberi e la vegetazione dei giardini si mescolano con le altre specie spontanee.

«Esistono luoghi inospitali, ostili, desolati che evocano la morte e che la maggior parte degli uomini ha dunque per millenni evitato: questi loci horridi hanno poi cominciato ad essere frequentati intenzionalmente e percepiti come sublimi, dotati di una più intensa e coinvolgente bellezza, capaci di sentire l'uomo più vivo, impedendo la resa alla banalità quotidiana» . 10

I manicomi sono dunque luoghi orridi di esclusione e violenza, ma che oggi attraggono, affascinano e inquietano per il loro decadimento, sono portatori di una natura tenace che ha distorto e alterato la regolarità dello spazio del controllo.

In questo campo l'architettura sperimenta la possibilità di essere lasciata come spazio di attesa, come i tanti esempi che possiamo vedere oggi, ad esempio Palais de Tokyo di Lacaton e Vassal, dove il verde incolto dell'abbandono può colonizzare l'architettura.

Come stanze vuote, occupate da erbacce, diventate inaccessibili restano così, dove non si deve per forza entrare e mettere a posto o fare ordine. L'opera ci fa riflettere sui nostri atteggiamenti nei confronti dello spazio che cambia, la questione diventa la condivisione con le altre forme di vita.

Aldo Rossi dice infatti: «Ho sempre affermato che i luoghi sono più forti delle persone, la scena fissa è più forte della vicenda. [...] Paragonavo tutto questo al teatro, e le persone sono come gli attori quando sono accese le luci del teatro, vi coinvolgono in una vicenda a cui potreste essere estranei e in cui alla fine sarete sempre estranei» 11

Grazie alle tante testimonianze e immagini fotografiche sono state svelate le inquietanti bellezze dei complessi manicomiali, da qui si inizia anche a riflettere sulla possibilità di accettare lo stato di abbandono come riserva naturale di diversità biologica.

10. *Paesaggi sublimi: Gli uomini davanti alla natura selvaggia*, Remo Bodei, 2011
11. Rossi A., *Autobiografia scientifica*, Il Saggiatore, Milano, 2009, p.78



15

Fig. 15
Ospedale Psichiatrico di Cuneo,
 Andy Schwetz,
 2015, 2016, 2017, 2018

Ma parlando di memoria e immagini fotografiche, queste servirono anche a denunciare le condizioni di vita dei ricoverati che accompagnano le immagini dei manicomi fin dalle origini.

Le foto descrivono i corpi dell'istituzione, muri, porte, grate, divise in spazi vuoti di relazioni umane, sguardi di corpi imprigionati, pianto, solitudine e abbandono.

Leggendo il libro "Morire di classe" si può capire la sofferenza delle persone smantellando il manicomio pezzo per pezzo e da un tema di riflessione e memoria ai lettori di oggi. La gente è diventata cinica, pensa ad altro, alza le spalle e tira avanti, mentre questo libro vuole far riflettere e ricordare con un lavoro di documentazione e denuncia quello che è stato e quello che ancora oggi, in altri modi, c'è.¹²

12. A cura di Franco Basaglia e Franca Basaglia Ongaro, *Morire di Classe*, La condizione manicomiale fotografica da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin



16

Capitolo IV

Architettura, storia delle tipologie architettoniche degli ex manicomi

Disseminati sul territorio italiano si conservano, molto spesso in condizioni di degrado e abbandono, un gran numero di manicomi provinciali dismessi, architetture nate dall'esigenza di unificare l'edificazione ex novo delle strutture psichiatriche in seguito all'Unità d'Italia.

Posti quasi sempre in una posizione periferica rispetto ai centri delle città, a giusta distanza dall'abitato per garantire l'isolamento, i manicomi nascono come dei nuclei indipendenti, come una piccola città "speciale" in scala ridotta ai margini della città "dei sani".

In un collegamento profondo tra funzione e forma, l'architettura manicomiale viene concepita come uno strumento per le cure psichiatriche, così l'ospedale psichiatrico non è più solo un presidio di terapia, ma si costituisce esso stesso come la vera cura, essendo luogo geografico e relazionale.

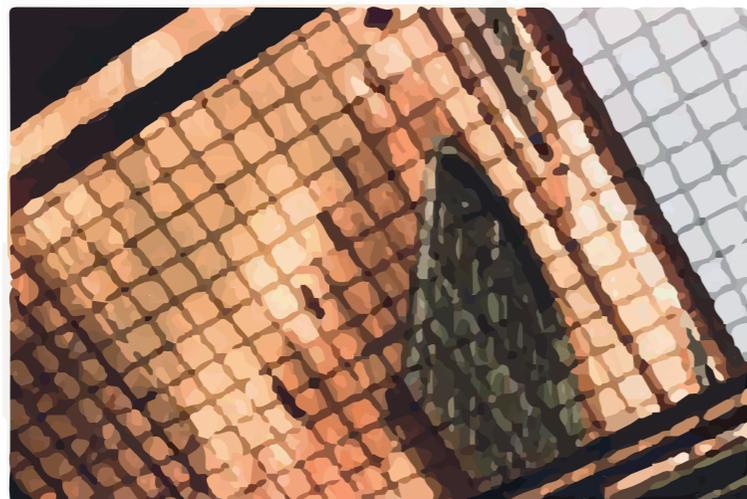
Ormai in Italia è ben constatata la problematica della presenza di edifici incompiuti, inutilizzati e abbandonati; e in questa categoria troviamo i complessi architettonici realizzati e dismessi degli ex manicomi costruiti tra Otto e Novecento.

Se l'architettura è in grado di esprimere l'identità individuale e anche culturale di una società e di spiegare le idee che ci sono dietro le funzioni programmatiche e strutturali ed elaborare lo spazio della vita umana, questa ricerca andrà oltre il binomio forma/funzione, vedrà lo spazio tra le istanze della tutela e quelle del cambiamento.

I complessi manicomiali rientrano tra le grandi opere della nuova Italia, rivestendo il ruolo di monumenti del progresso. Ci sarà una stretta collaborazione tra tecnici e psichiatri che imporrà la definizione di un tipo nuovo di architettura.

Si cerca di staccarsi dalla classica concezione di ospedale, non solo per la durata della permanenza dei ricoverati, ma anche per il ruolo terapeutico assegnato all'architettura nel caso di igiene, disposizione dei luoghi, aspetti costruttivi e di stile.

Fig. 16
Ex Ospedale Psichiatrico San Benedetto,
Dall'archivio del Comune di Pesaro



“ma esiste veramente un fuori?”

17

Si cerca di staccarsi dagli esempi progettuali dei manicomi dell'Ottocento e vederli in una nuova concezione.

Iniziano a svilupparsi diverse idee di forma, dopo la costruzione e la concezione di impianti a blocco, che era associata proprio alla tradizione dei grandi edifici di reclusione, la nuova linea architettonica da seguire diventa quella dei padiglioni staccati o connessi e organizzati secondo un sistema a tipo “villaggio”.

Uno schema che sembra ideale per la costruzione di un nuovo spazio, il sistema a padiglioni risulta utile per definire degli spazi e dei livelli precisi e ordinati, con controllo di osservazione, diagnosi e trattamenti.

Questo nuovo sistema, dal punto di vista architettonico, creava massimo controllo delle situazioni e delle esigenze.

Diventa figura di efficienza nella cura delle malattie, individua nei singoli tipi edilizi delle corrispondenze con le attività necessarie secondo dei diagrammi funzionali interni, che nei complessi evidenzia delle precise separazioni dei ricoverati in base a sesso, genere di patologia e intensità delle cure e terapie.

Di solito il padiglione autonomo era articolato attorno ad uno spazio centrale con disposizione semplice e simmetrica degli spazi, con una modalità di controllo totale dei pazienti, questo riassumeva in un certo senso i caratteri della cultura razionalista dominante dell'epoca.

Anche la disciplina medica influiva molto sui modi di organizzazione fisica di queste istituzioni, ponendo l'isolamento come cardine degli studi. Questo consentiva, attraverso appunto la sottrazione di relazioni sociali, lo studio e la guarigione dell'alienazione mentale.

Questa nuova configurazione modificava anche la scala impegnata nella sua ideazione e costruzione, conferiva al complesso manicomiale un ruolo di micro-città.

Formato da una serie di costruzioni e spazi racchiusi da un muro di recinzione, era considerato un vero e proprio organismo plurifunzionale, vista anche la presenza di altri servizi comuni come una chiesa, un teatro, biblioteca e tanto altro.

Emergono anche altri spazi come quelli verdi a giardino e ad orto, colonie agricole ritenute essenziali per il trattamento della malattia mentale e l'esercizio del corpo.

Fig. 17
 Diritti a 180.
 Quarant'anni dalla legge Basaglia,
 Rebecca De Fiore
 Il Pensiero Scientifico Editore, 2018



18

Fig. 18
Ospedale Psichiatrico di Cuneo,
 Andy Schwetz,
 2015, 2016, 2017, 2018

Con questo vengono anche però messe delle basi per un ospedale a sistema chiuso, dove c'era la presenza di questo recinto o mura che diventa in un certo senso metafora di separazione ed esclusione da quello che veniva considerato normale.

Gli istituti per il ricovero iniziano così ad adattarsi alle diverse patologie mentali prevalenti in ogni Stato, considerando quindi anche i diversi contesti delle condizioni civili, sociali e anche climatiche.

J.B. Parchappe, nel suo “Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d’aliénés “ del 1853, descrive l’adozione in Francia, per esempio, di una composizione di edifici su uno o due piani distribuiti ai lati di una zona centrale di servizi all’interno di una cinta quadrata; in Inghilterra e Germania invece, prevale un organismo multipiano con delle ali che dà alla costruzione più monumentalità; nel nostro caso in Italia si prediligono edifici a corte, con porticati e con padiglioni connessi o separati.¹³

Nascono le disposizioni sui manicomi e sui malati di mente, il posto di custodia e cura, in un’architettura asiliare a forma moderna, unendo tipologie e criteri costruttivi e per la prima volta non solo inserite o innestate su delle preesistenze conventuali, residenziali, militari o ospedaliere.

Il progetto del manicomio entra come tema architettonico in un concorso indetto dall’Accademia delle Belle Arti di Milano, un progetto con diverse espressioni del manicomio italiano, con un diverso programma, esprimendo il tentativo di stabilire delle linee guida nuove per la definizione di una forma generale e delle due sue parti, un “progetto tipo” o “manicomio modello”.

A Francesco Azzurri, architetto italiano dell’epoca, intorno agli anni Settanta dell’800, si deve uno studio approfondito dei diversi tipi edilizi manicomiali.

Egli sottolinea l’importanza e la necessità di superare le costruzioni a forme geometriche e monumentali, perché rispecchiano un aspetto ospedaliero di un complesso che richiama al pensiero di un luogo di reclusione.

13. Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d’aliénés, J.B. Parchappe, 1853



19

Quindi è possibile distinguere quattro diversi tipi di complessi manicomiali moderni:

- Tipologia a “padiglioni avvicinati”, che assicura continuità di collegamento tra le parti della struttura attraverso dei porticati o percorsi coperti, impostati su un tracciato geometrico;
- Tipologia a “padiglioni distanziati”, caratterizzata da edifici isolati che si possono adattare alla morfologia del terreno;
- Tipologia a “padiglioni a tipo misto”, con la compresenza di edifici in parte avvicinati e in parte distanziati;
- Tipologia a “padiglioni disseminati a villaggio”, organizzazione secondo un tracciato organico assimilabile al modello a padiglioni distanziati ma con dimensioni più allargate su territori con risorse naturali;¹⁴

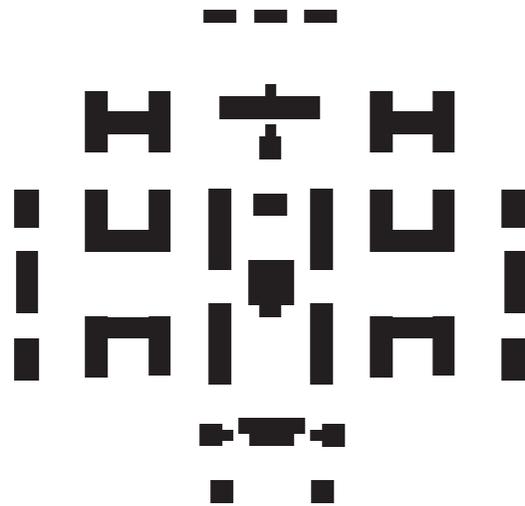
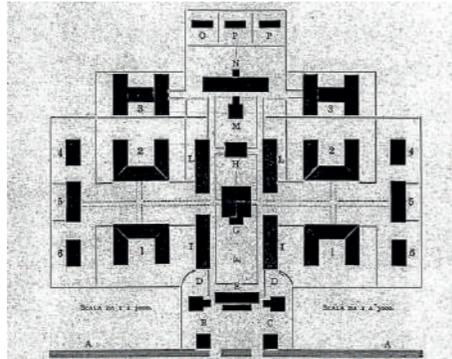
Di seguito sono mostrati alcuni dei tanti manicomi presenti nel territorio italiano per capire le varie differenze tra le tipologie esaminate.

Fig. 19
Ex Ospedale Psichiatrico San Benedetto,
Dall'archivio del Comune di Pesaro

14. La forma dell'istituzione manicomiale: l'architettura della psichiatria, Maria Pia Amore, 2019

Ospedale Psichiatrico di Bergamo (Lombardia)

Tipologia: Padiglioni misti

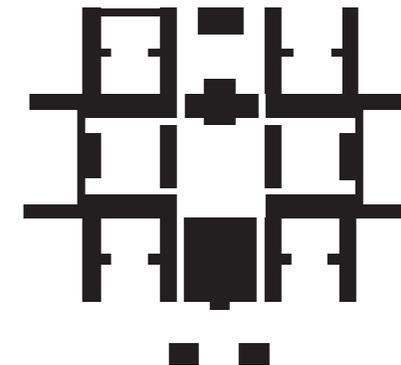
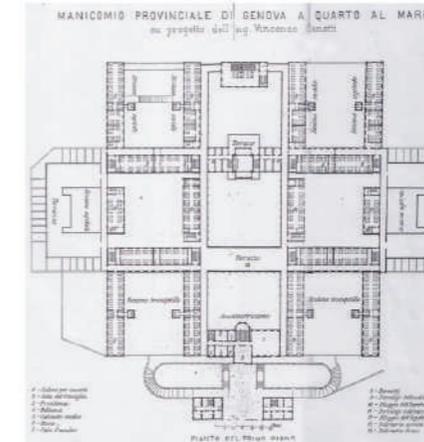


Il manicomio viene concepito autonomo rispetto alla “città dei sani” ma recintato da un muro. La composizione interna è a “quartieri indipendenti”, cioè padiglioni, rispondenti al principio clinico di cure specifiche in rapporto all’intensità e al tipo di malattia.

Fig. 19
Ospedale Psichiatrico di Bergamo.
Disegno preso dal sito:
“www.architetturemanicomiali.altervista.org”

Ospedale Psichiatrico di Genova (Liguria)

Tipologia: Padiglioni riuniti e monoblocco

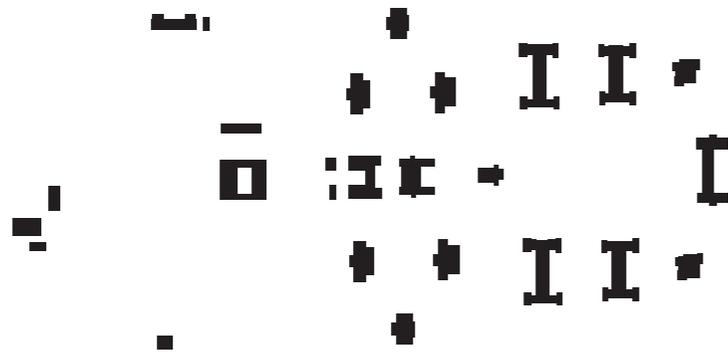
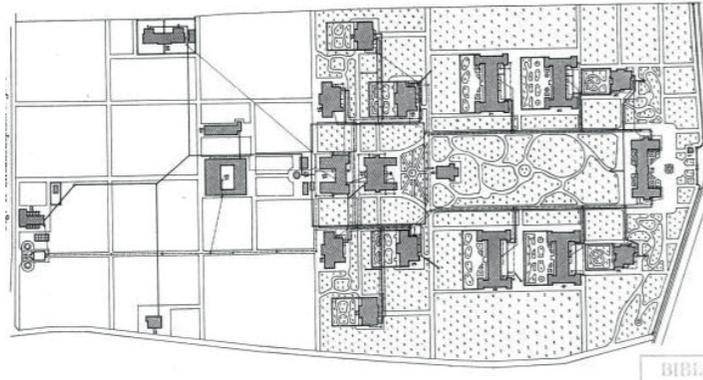


La struttura del manicomio si presenta articolata secondo un sistema a padiglioni riuniti, i due padiglioni relativi alla sezione femminile e maschile sono disposti simmetricamente e divisi dai fabbricati centrali che comprendono i servizi generali.

Fig. 20
Ospedale Psichiatrico di Genova.
Disegno preso dal sito:
“www.architetturemanicomiali.altervista.org”

Ospedale Psichiatrico di Gorizia (Friuli Venezia Giulia)

Tipologia: Padiglioni distanziati

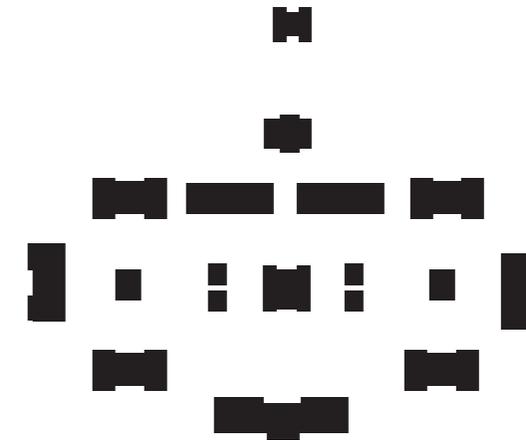
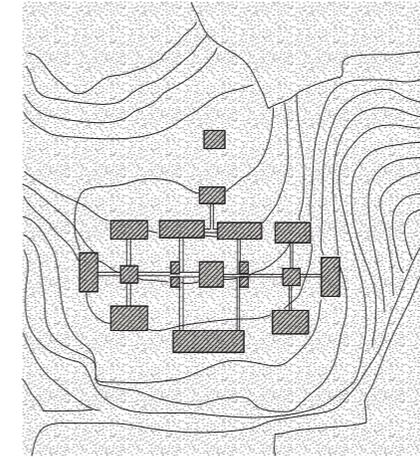


Il lotto in cui si costruisce, di forma rettangolare.
Un'asse centrale interseca gli edifici di rappresentanza e di servizio e divide l'area in due parti: a oriente ci sono i padiglioni maschili, a ponente i rispettivi femminili per posizione e forma tra loro speculari.
Sul retro si estende un parco con viali sinuosi.

Fig. 21
Ospedale Psichiatrico di Gorizia.
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico de L'Aquila (Abruzzo)

Tipologia: Padiglioni distanziati

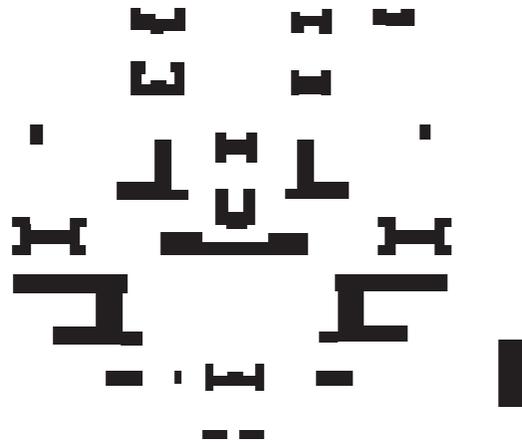
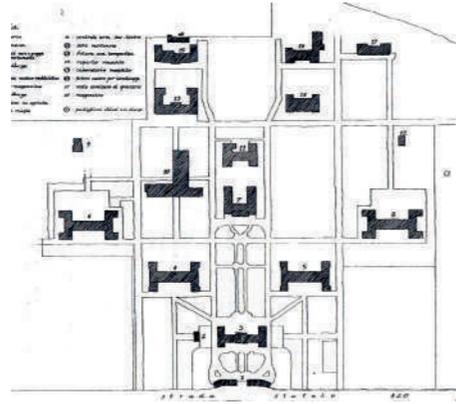


La soluzione proposta è quella di un impianto simmetrico a padiglioni isolati su modello dei manicomi anglosassoni e tedeschi.
Per quanto riguarda l'area, viene scelta una zona più pianeggiante.

Fig. 22
Ospedale Psichiatrico de L'Aquila.
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Mantova (Lombardia)

Tipologia: Padiglioni distanziati



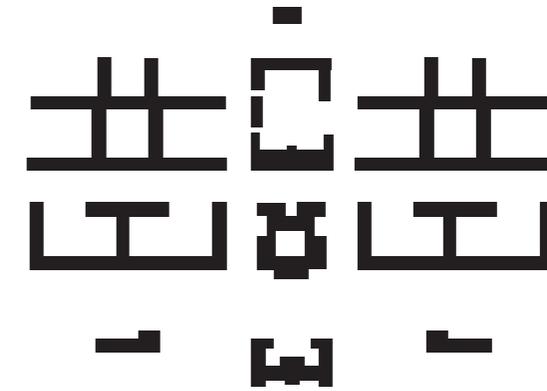
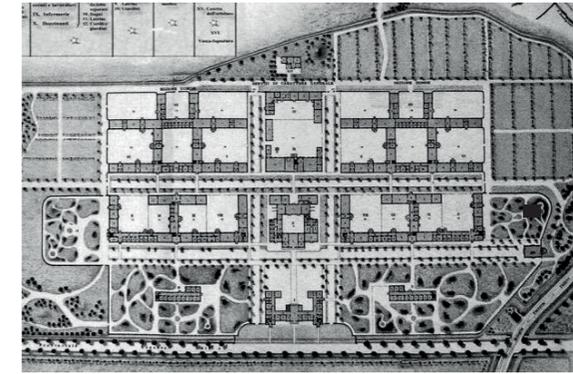
L'impianto è a padiglioni indipendenti, collegati da una viabilità interna geometricamente controllata. I corpi edilizi sono padiglioni a uno o due piani, con pianta a "H", a "L".

Il manicomio non è delimitato da cinta muraria e all'interno l'edificato è circondato da giardini e prati.

Fig. 23
Ospedale Psichiatrico di Mantova,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Padova (Veneto)

Tipologia: Padiglioni misti



Il manicomio sorge in posizione appartata.

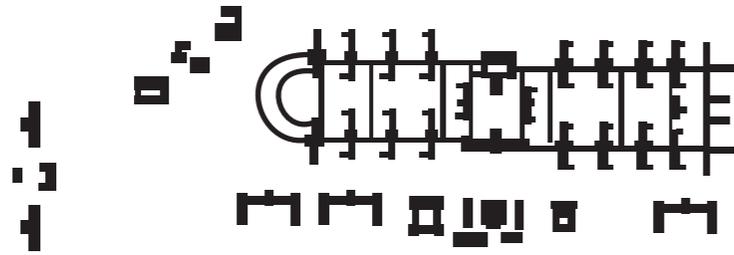
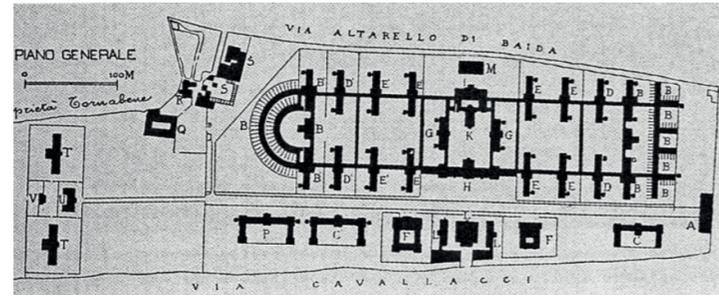
L'ospedale presenta una tipologia intermedia tra l'ospedale a padiglioni isolati e quello a padiglioni continui, di cui mancano i corridoi chiusi di collegamento.

Al centro troviamo l'edificio della Direzione e i servizi generali.

Fig. 24
Ospedale Psichiatrico di Padova,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Palermo (Sicilia)

Tipologia: Padiglioni avvicinati



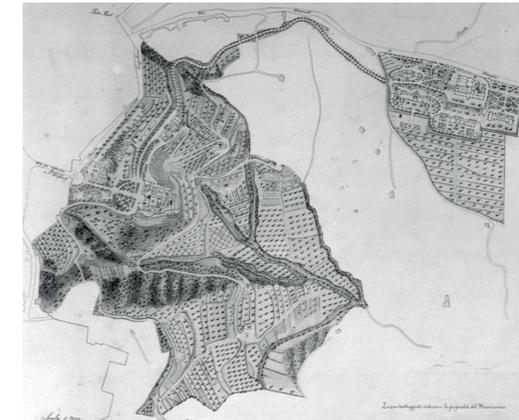
Il sistema unidirezionale di tutto l'asse principale veniva fiancheggiato dalle due sedi del potere: la clinica psichiatrica e la direzione sanitaria. Gli edifici che erano perfettamente in asse definivano il centro della "Città dei Matti".

Il progetto rispecchia il tema della "città giardino" tipico del filone utopistico ottocentesco. Tutto il complesso è scandito da una sequenza modulare.

Fig. 25
Ospedale Psichiatrico di Palermo.
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Perugia (Umbria)

Tipologia: Padiglioni disseminati a villaggio



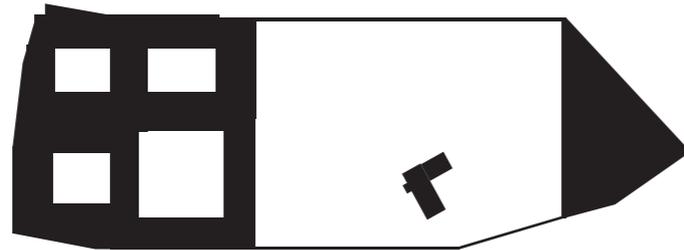
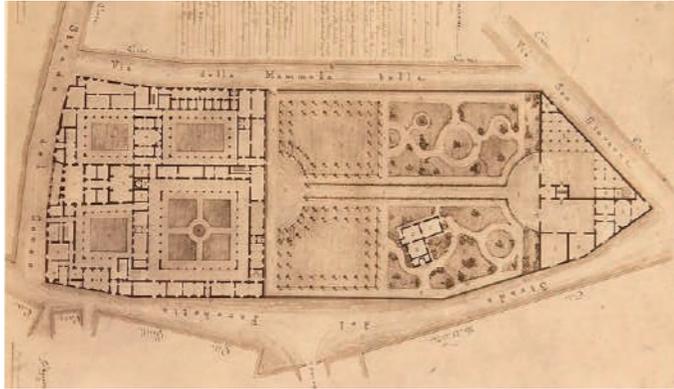
Il declivio del terreno e la presenza dei torrenti impediscono al primo edificio costruito detto Casa Centrale qualsiasi ampliamento, obbligando a costruire nuovi padiglioni e adattarne altri preesistenti.

Collocati ai margini della città i padiglioni occupano vaste aree extraurbane ed erano esclusi alla vista dei cittadini.

Fig. 26
Ospedale Psichiatrico di Perugia.
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Pesaro (Marche)

Tipologia: Monoblocco



Il manicomio presenta forma e caratteri dell'impianto a crociera e il recinto perimetrale disimpegnato da quattro cortili porticati.

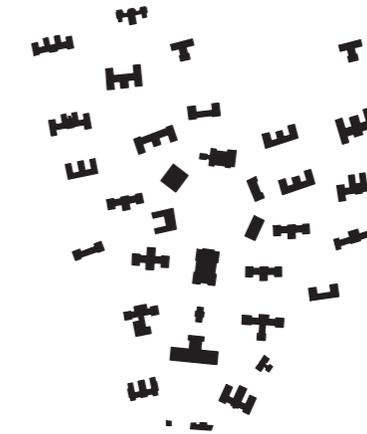
Struttura attraversata da reminescenze neoclassiche, nei volumi e nella planimetria, unità, ripetizione e semplificazione degli elementi lessicali si coniugano con la ricerca di una spiccata funzionalità.

La struttura si può definire di custodia in quanto riunito in un corpo solo così da essere sotto il controllo medico.

Fig. 27
Ospedale Psichiatrico di Pesaro,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Roma (Lazio)

Tipologia: Padiglioni disseminati a villaggio

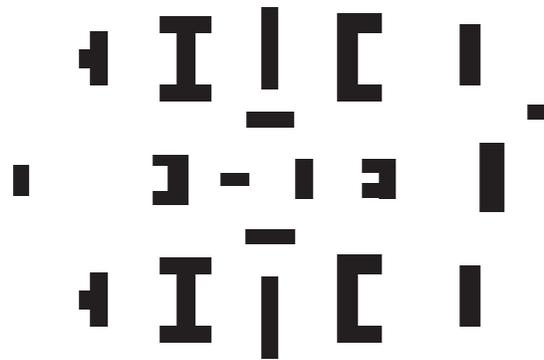
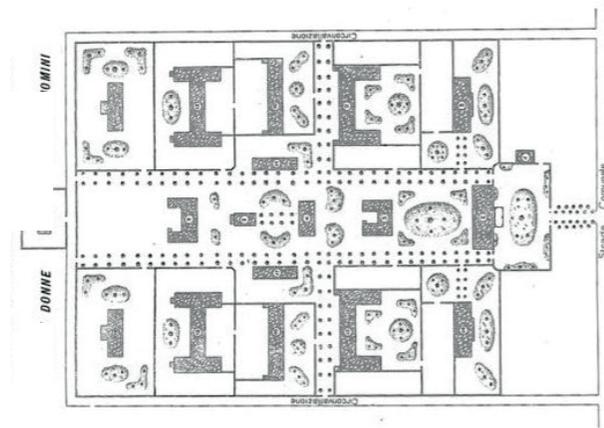


La struttura originaria era concepita come un'ospedale-villaggio, con un'organizzazione riconducibile a una cittadella. Questo spazio è stato progettato in maniera speculare, con un'area maschile contrapposta simmetricamente a un'area femminile, e al centro situati alcuni padiglioni comuni.

Fig. 28
Ospedale Psichiatrico di Roma,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Siracusa (Sicilia)

Tipologia: Padiglioni distanziati

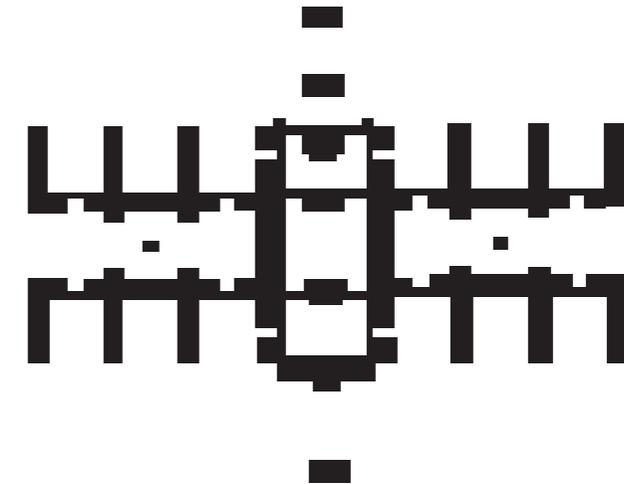
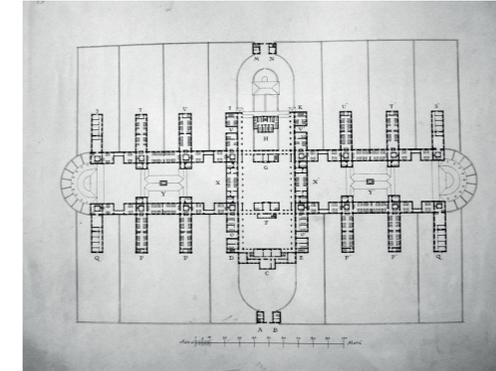


Si presentano blocchi articolati su tre piani, padiglioni con corpo centrale e ali laterali su uno e due piani, padiglioni a forma di doppia "T" su un piano, blocco rettangolare a un piano per alcuni servizi e a due piani per altri; chiesa absidata è a navata unica.

Fig. 29
Ospedale Psichiatrico di Siracusa,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

Ospedale Psichiatrico di Voghera (Lombardia)

Tipologia: Padiglioni avvicinati



La planimetria risulta dall'intersezione di due rettangoli che formano una croce simmetrica a bracci diseguali: le braccia maggiori comprendono gli spazi destinati ai malati, divisi per sesso, quelli minori i servizi generali. Struttura a singoli corpi indipendenti, situati a modesta distanza l'uno dall'altro ma collegati da una doppia galleria di disimpegno e di comunicazione.

Fig. 30
Ospedale Psichiatrico di Voghera,
Disegno preso dal sito:
"www.architetturemanicomiali.altervista.org"

31

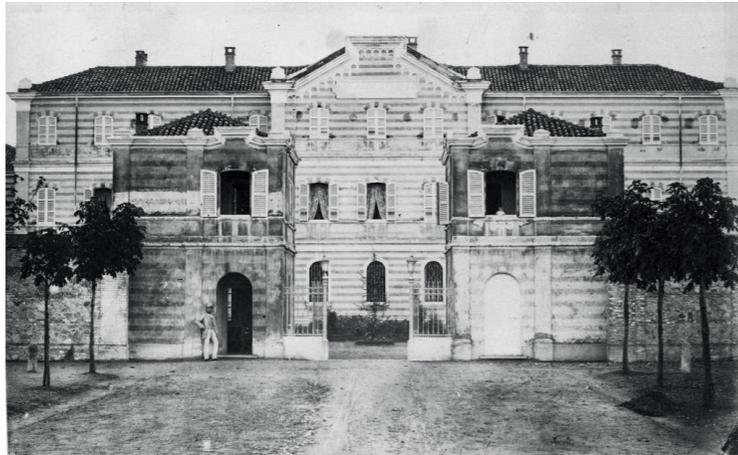


Fig. 31
Ospedale Psichiatrico di Voghera.
Foto presa dal sito:
Spazi della Follia.

Si può dire quindi che i manicomi a struttura geometrica seguono delle regole insediative di tipo urbano mentre i manicomi a villaggio rispondono ai criteri dettati dalla scala del territorio a cui fanno riferimento.

Tutte le separazioni e suddivisioni delle parti del manicomio diventano una prassi e diciamo che il modello a padiglioni realizza al meglio il perfezionamento.

Questi ospedali iniziano a modellare la crescita della città, diventano quartieri o isolati, anche se spesso, come detto in precedenza, per esigenze di spazio e condizioni igieniche nascono fuori dal contesto urbano.

Vediamo quindi in Europa come l'ospedale modello nel 1786 si compone di padiglioni disposti su due file parallele, con ampia corte centrale alberata e con giardini e piante medicinali.

I padiglioni centrali ospitavano per esempio cucine e farmacie, gli altri le corsie per gli infermi. Il piano terreno era solito ospitare i convalescenti che potevano uscire nel giardino recintato.

Le prime ripartizioni per patologia però si rivelarono nocive per aver concentrato gli stessi deliri negli stessi spazi, si inizia a preferire una distinzione basata sull'indice di pericolosità dei vari comportamenti, dai più tranquilli che venivano disposti più vicini all'ingresso, ai più agitati posizionati più lontani dall'accesso per la minore possibilità di guarire e quindi di uscire.

Quindi questo sistema a padiglioni funzionava come se fossero dei piccoli ospedali indipendenti, meglio gestibili rispetto ad una grande struttura.

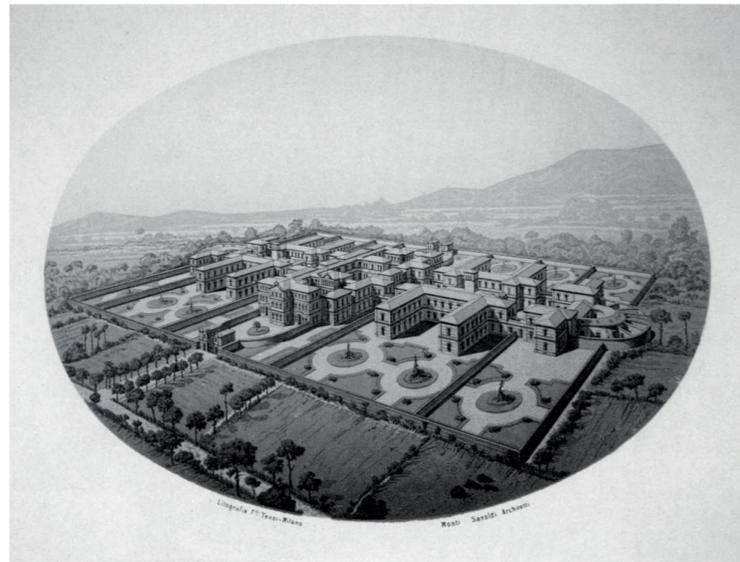
Questa ricerca affronta il tema non solo su un singolo progetto ma su una categoria, su dei casi-studio che si precisano in molti altri casi diversi.

I singoli casi selezionati rappresentano un valore e un limite per la ricerca: da un lato c'è uno studio dell'appartenenza del singolo manicomio ad un insieme definito di architetture che rappresentano la ricchezza del tema, dall'altro c'è una consapevolezza che le rielaborazioni dell'esistente vadano affrontate caso per caso, mettendo insieme una complessità di fattori e condizioni diverse.

Tra gli elementi architettonici degli ex manicomi si riconosce il "limite" che ha il valore di sintetizzare l'identità degli spazi della follia.

Il limite, considerato anche come recinto del manicomio può essere l'elemento in cui si concretizza il pregiudizio che la società ha costruito e ha ancora, nei confronti della follia, il recinto definisce lo spazio della segregazione e diventa la metafora dell'esclusione.

32



La natura fisica del limite è il recinto o confine che è costituito da:

- Elementi artificiali ed elementi naturali: nel primo caso tutti i sistemi di delimitazione messi dall'uomo come mura, grate, fili spinati, ma anche edifici; nel secondo caso si considerano le barriere date dalla natura prima della costruzione dei manicomi. In particolare le condizioni con notevoli salti di quota o corsi d'acqua.
- Elementi frammentati ed elementi continui: nel primo caso il recinto, che sia un muro basso o una rete metallica, si pone come ostacolo al solo attraversamento fisico; nel secondo caso il limite è anche visuale.

Se ci si trova all'interno del manicomio è il muro che divide il dentro dal fuori, è il muro che separa le differenti parti dei complessi, è il muro che scandisce le stanze dei padiglioni.

Per questo motivo negli anni in Italia si è usata la metafora dell'abbattimento del muro come segno di una battaglia contro la psichiatria fondata sulla reclusione.¹⁵

Si inizia a pensare ad un'ipotesi di mettere in relazione parti di città separate dal recinto, da una parte i manicomi e dall'altra le aree urbane, e la volontà di non perdere l'elemento manicomio, ha spinto la ricerca a pensare alla modificazione del limite, come dice Basaglia, «chi stava dentro fuori e chi stava fuori dentro».

Fig. 32
Ospedale Psichiatrico di Voghera,
Foto presa dal sito:
Spazi della Follia.

15. Relazioni inedite. La definizione del margine tra gli ex manicomi e la città: appunti per un inventario, Maria Pia Amore, 2016

Capitolo V

Riferimenti, casi studio

Abbiamo visto quindi che gli architetti immaginavano e disegnavano stabilimenti sorprendenti per il rigore funzionale, la cura del dettaglio, la sperimentazione delle più avanzate tecniche costruttive.

Riuscivano a fondare città che incarnassero le promesse della psichiatria, queste cittadelle dell'utopia però presto rivelarono il loro vero mandato: separazione dei pazzi dai normali, difesa dalla pericolosità e dall'imprevedibilità della malattia mentale.

In questo capitolo, dopo aver visto alcuni esempi ho estrapolato tre tipologie: un esempio di Ospedale Psichiatrico a padiglioni, un Ospedale Psichiatrico a monoblocco e un esempio di Centro Psichiatrico contemporaneo.

Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà

Il primo Ospedale Psichiatrico che sono andata ad esaminare è "Santa Maria della Pietà" a Roma.

Questo ex manicomio ha origini che risalgono al 1548, all'epoca non si trattava di un manicomio, bensì di un luogo di accoglienza per pellegrini, in seguito fu trasformato in un centro di sostegno per poveri e vagabondi, infine per persone ritenute folli.

Ha avuto differenti sedi nel corso degli anni, all'inizio fu nei pressi di Piazza Colonna, ma nel 1725 fu trasferito a via della Lungara, luogo situato lontano dal centro della città per questioni di sicurezza.

Nel 1909 la sede del manicomio fu spostata nuovamente sulla collina di Monte Mario e prese il nome di Manicomio Provinciale di Santa Maria della Pietà, inaugurato nel 1913 fu chiuso soltanto nel 1999.





33



34

Fig. 33, 34
 Ex Manicomio Santa Maria della Pietà a Roma.
 Fotografie prese dal sito :
 Spazi della Follia.

Tra il 1901 e il 1903 gli ingegneri Carlo Tonelli e Giancarlo Gianini presentarono un progetto a padiglioni per un totale di 1000 pazienti, in un'area di 46 ettari prevedevano un impianto bloccato impostato su una spina centrale ed alcuni edifici perpendicolari a questa spina, disposti su assi trasversali.

Il progetto prende una posizione conservativa che prevedeva di rinchiodare i malati in reparti autosufficienti e impermeabili tra loro, tradotte in strutture seriali e ripetitive, contrapponendosi all'idea del manicomio a villaggio, già criticato da progettisti dell'epoca.

In fine il sito assegnato per la realizzazione del nuovo manicomio fu di 150 ettari, il piano prevedeva la costruzione di 34 edifici per una superficie complessiva di 20.000 metri quadrati.

Si decise che il complesso manicomiale dovesse essere stanziato nella località S. Onofrio, il progetto prevedeva un raccordo stradale e un cavalcavia, sistemati tra il piazzale d'ingresso al manicomio e via Trionfale.

Gli elementi che avrebbero composto il complesso seguivano l'andamento naturale del terreno, l'elemento ordinatore fu l'asse principale Nord-Est/Sud-Ovest perpendicolare al tracciato della ferrovia, qui vennero disposti gli edifici.

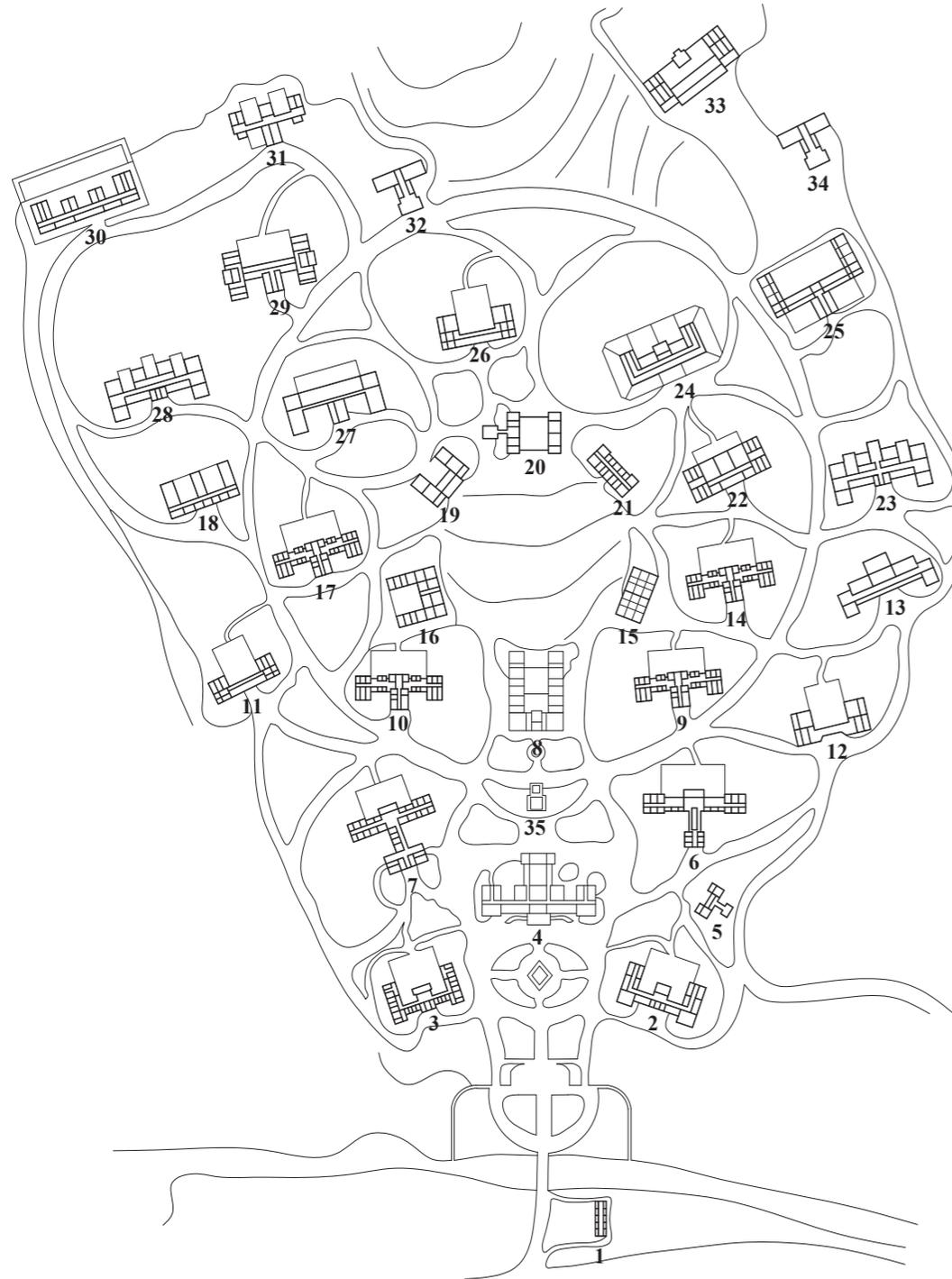
Questo asse era anche l'elemento di divisione tra i reparti degli uomini e quelli delle donne e bambini.

I padiglioni dei malati erano divisi in base all'attività medica prevista e alla patologia, nella zona periferica erano sistemati i piccoli centri per i contagiosi e vicino all'ingresso l'edificio della Necroscopia.

Tutti gli edifici sono distanziati tra loro di 50 metri in modo asimmetrico rispetto all'asse sul quale di aprono larghi piazzali, il vero elemento ordinatore è però il percorso, con i suoi 1060 metri di lunghezza costituisce l'arteria del complesso.

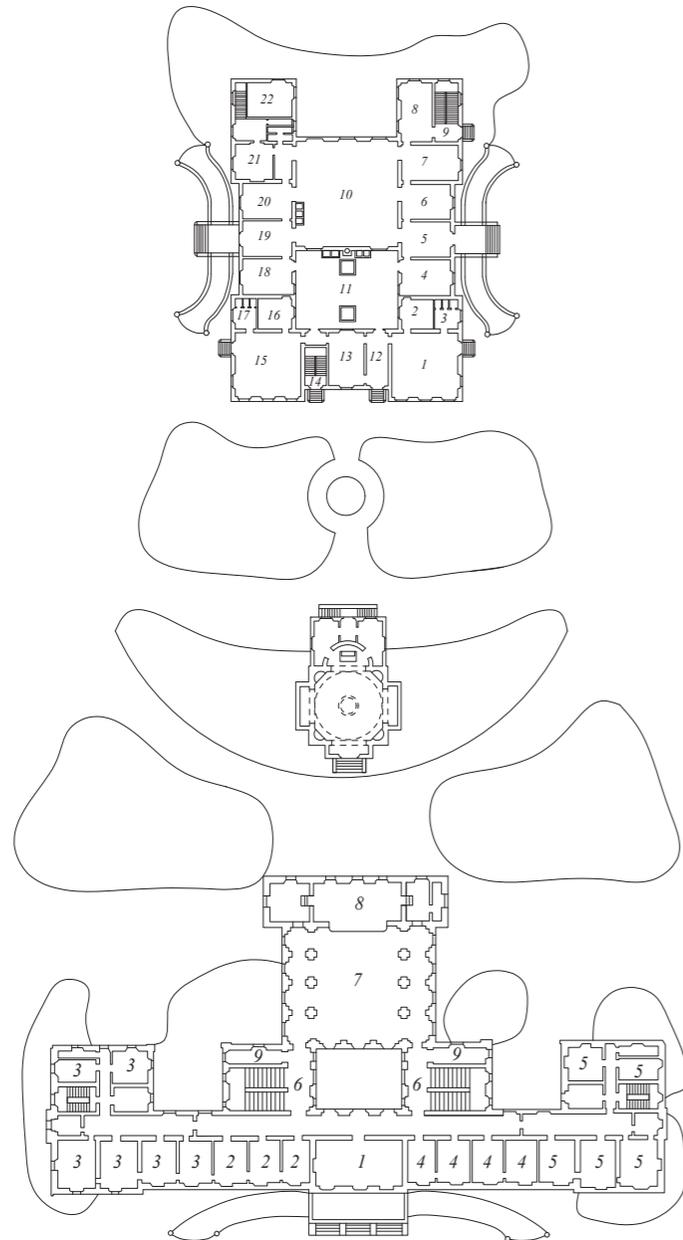
All'interno dell'area c'è un grande piazzale di 240 metri che rappresenta il cuore dell'impianto, uno spazio aggregativo, da cui partono una serie di collegamenti secondari dall'andamento irregolare che fungono da connettivo tra gli edifici del sistema, perimetrando gli spazi verdi che circondano i padiglioni.

Si nota una particolare cura negli edifici sull'asse principale, una maggiore attenzione ai dettagli, nelle partizioni verticali, accentuazione degli ingressi e dei corpi centrali, spesso in aggetto sormontati da timpani curvilinei o triangolari.



Legenda Padiglioni

- 1_Garage
- 2_Osservazione Uomini
- 3_Osservazione Donne
- 4_Amministrazione
- 5_Neuroscopia
- 6_Infermeria Uomini
- 7_Infermeria Donne
- 8_Cucina e Dispensa
- 9_Tranquilli Uomini
- 10_Tranquille Donne
- 11_Sudice Donne
- 12_Sudici Uomini
- 13_Sorvegliati Uomini
- 14_Tranquilli Epilettici Uomini
- 15_Carbonaia e Legnaia
- 16_Alloggio Suore
- 17_Tranquille Epiletiche Donne
- 18_Sorvegliate Donne
- 19_Guardaroba
- 20_Lavanderia e sterilizzatrice
- 21_Alloggio
- 22_Semiagitati Uomini
- 23_Agitati Uomini
- 24_Prosciolti Uomini
- 25_Scuderia
- 26_Sudici fanciulli
- 27_Tranquilli fanciulli
- 28_Agitate e Prosciolte Donne
- 29_Semiagitate Donne
- 30_Contagiosi
- 31_Tubercolosi
- 32_Colonia Donne
- 33_Conigliera
- 34_Colonia Uomini
- 35_Chiesa

35 *Legenda*

- 1_Magazzino
- 2_Magazzino
- 3_Cessi personale
- 4_Preparazione delle erbe
- 5_Distribuzione Uomini
- 6_Preparazione delle carni
- 7_Preparazione delle carni
- 8_Suora ricevitrice e dispensatrice
- 9_Ingresso viveri
- 10_Cucina
- 11_Cortile
- 12_Ingresso cucina infermieri
- 13_Cucina infermieri
- 14_Ingresso abitazioni
- 15_Refertorio Donne
- 16_Lavandini per stoviglie
- 17_Cessi personale
- 18_Lavandini per stoviglie
- 19_Distribuzione Donne
- 20_Preparazione carni cotte
- 21_Dispenza
- 22_Ufficio delle suore

- 1_Biblioteca
- 2_Uffici del Direttore
- 3_Abitazione del Direttore
- 4_Uffici Tecnico ed amministrativi
- 5_Abitazione dell'Economo
- 6_Scaloni
- 7_Salone dei divertimenti
- 8_Teatro
- 9_Lavandini e cessi

I padiglioni sono a pianta rettangolare con corpi aggiunti di grandezza e posizione variabile, forte sviluppo longitudinale, tripartiti con accentuazione della parte centrale d'ingresso, troviamo uno, due o tre piani fuori terra.

Troviamo strutture in muratura continua, muratura mista e cemento armato, le coperture sono miste, troviamo tetti a padiglione, a capanna e anche tetti piani.

La struttura originaria era concepita come un'ospedale-villaggio riconducibile ad una cittadella, lo spazio era stato progettato in modo speculare, un'area maschile contrapposta simmetricamente a un'area femminile, al centro erano situati invece alcuni padiglioni comuni.

Le aree maschili e femminili fungevano da zona dormitori, mentre la parte centrale aveva i servizi generali come per esempio il forno, la lavanderia, l'edificio delle autopsie e il macello.

Un'altra parte era invece dedicata ai servizi per la dirigenza quindi uffici, farmacie, biblioteca e laboratori, inoltre c'erano anche dei padiglioni adibiti a chiesa, cucine, camere mortuarie e alloggio delle suore.

Gli edifici erano poi circondati anche da colonie agricole per l'ergoterapia.

Nel 1926 sono stati realizzati anche una stazione di malarioterapia e una sezione di clinica psichiatrica dell'Università La Sapienza, poi negli anni successivi anche un Ufficio statistico delle malattie mentali e infine il primo Centro di Igiene Mentale nel 1952.

Nel 1979 l'ex manicomio diventa parte di un'Unità Sanitaria Locale e alcuni padiglioni vengono occupati da uffici del Comune di Roma e altre associazioni, si era poi già avviato dal 1978 lo svuotamento graduale della struttura con la legge Basaglia.

Nel 2000, nell'ambito del programma di riuso di queste strutture e valorizzazione dell'area, viene sottoscritto un Protocollo d'intesa tra Regione Lazio, Provincia, Comune e Università La Sapienza, così nel 2007 sono assegnati 18 padiglioni all'ASL, 8 all'Università, 4 alla Casa dello Studente e 1 ad attività sociali e culturali. ¹⁶

Nonostante quindi la chiusura della struttura ospedaliera, questi padiglioni sono stati annessi agli attuali servizi della città, vediamo anche oggi il Museo Laboratorio della Mente, la Biblioteca Cencelli e l'Archivio Storico.

¹⁶ Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà, Edgardo Negri e Silvio Chiera, Archidiap condividere l'architettura, 2016

Fig. 35
Disegni delle Pianta dei Padiglioni principali:
Padiglione dei Servizi Generali,
Cappella per la preghiera,
Padiglione della Direzione.

Ospedale Psichiatrico San Benedetto

Il secondo Ospedale è l'Ospedale Psichiatrico San Benedetto di Pesaro, il suo periodo di esercizio va dal 1829 al 1997, l'apertura di questo asilo per i mentecatti fu a spese della Provincia su iniziativa di monsignor Benedetto "de' Baroni Cappelletti" a capo della delegazione apostolica di Urbino e Pesaro dal 1823.

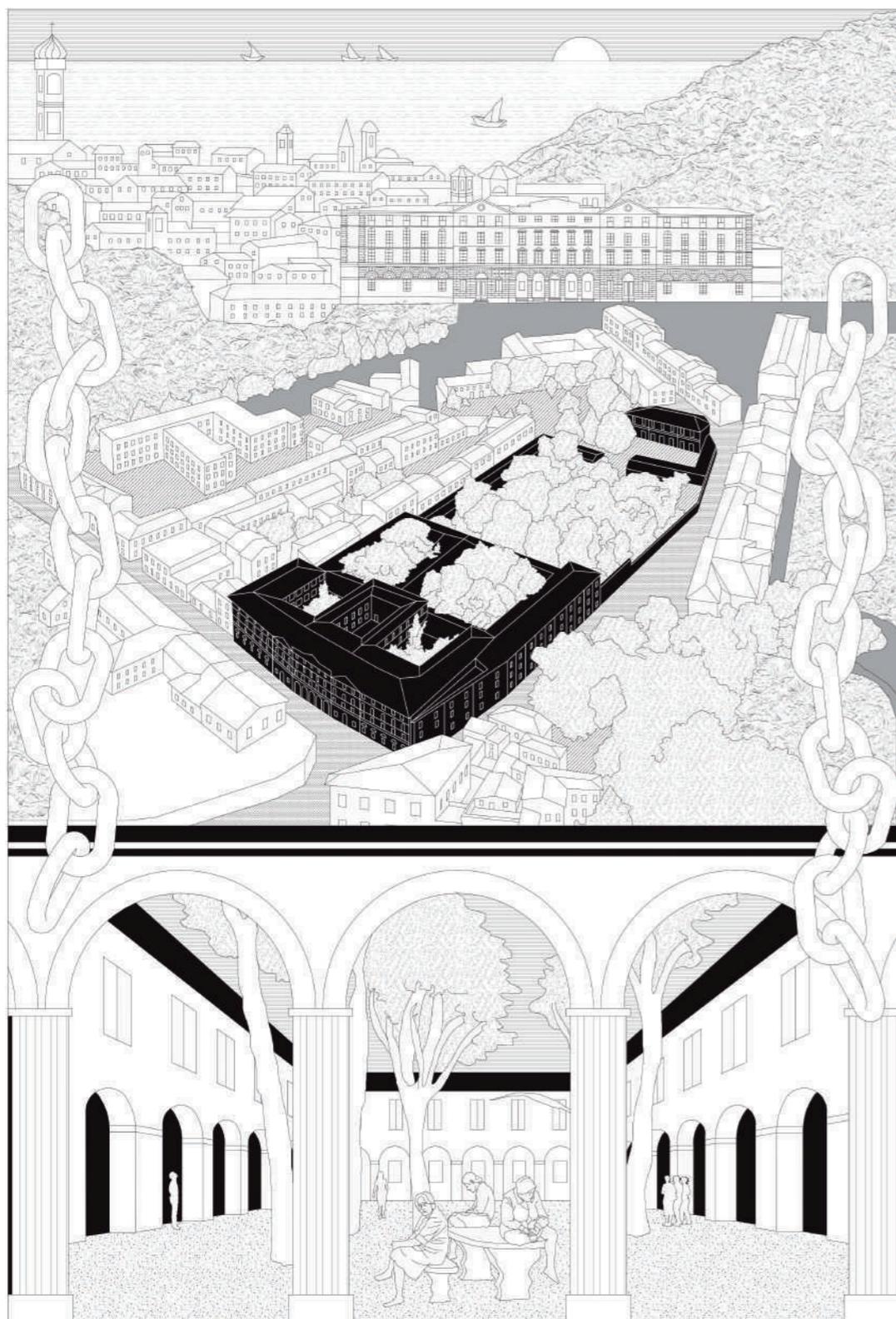
Nel 1824 fu presentato il progetto di uno stabilimento a carico della Provincia per rinchiudere i matti da erigersi dentro la città. Il sito prescelto fu nei pressi di Porta Rimini in un'ottima posizione riguardo all'aria, alla sua esposizione fra giardini e vedute di campagna.

Il programma funzionale alla base del progetto di ristrutturazione e ampliamento del precedente complesso conventuale e di quattordici misere casette è molto semplificato, limitandosi a indicare cinquanta celle per ricoverati, questo numero fu calcolato sulla base di un censimento fatto nel 1822 dei pazzi reclusi in locali ricavati dentro ad edifici di tutt'altra destinazione o, in certi casi, nelle carceri pubbliche, oltre ad ospitare un'abitazione per custodi e qualche altra camera per l'Amministrazione.

Nella prima fase dei lavori c'era un adeguamento alle antiche strutture dove però, c'era l'impossibilità di rinchiudere sessanta pazzi in venticinque camere e quindi divenne indispensabile la formazione di nuove stanze di degenza.

Si decide quindi di erigere un corpo di fabbrica all'interno del cortile meridionale, lungo il lato sud delimitato dalla Strada del Parchetto. Dotata di portico sul fronte interno, in diretta continuità con i due bracci già esistenti sui lati ovest e nord del cortile stesso, la nuova ala dispone al piano superiore di tredici camere divise in due gruppi da un corridoio centrale: il primo è formato da piccole stanze di degenza che affacciano sul cortile mentre il secondo si compone di altre camere di maggiori dimensioni rivolte all'esterno, sulla strada del Parchetto.

Con questo primo intervento di ristrutturazione e ampliamento non ci si limita alla sola costruzione del nuovo braccio meridionale, che consente di portare a quaranta il numero complessivo delle camere, ma si procede con l'apertura di un atrio, di cui il complesso era privo, con la rimozione e risistemazione dei vani esterni di porte e finestre secondo una semplice simmetria.



36



37

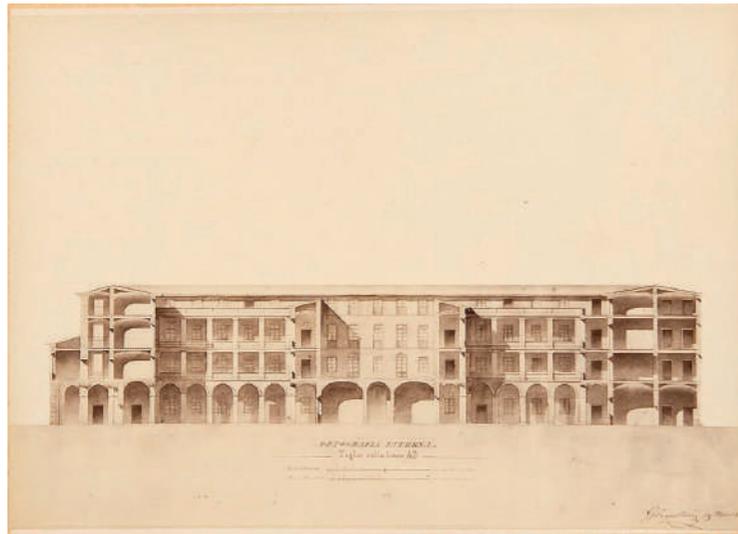


Fig. 36, 37
Ex Ospedale Psichiatrico San Benedetto di Pesaro.
Disegni presi dal sito:
Spazi della Follia.

Pochi anni dopo Domenico Meli, laureato in chirurgia a Roma e in medicina a Pavia, ex-ufficiale medico dell'esercito napoleonico è il primo medico direttore del San Benedetto.

Meli chiede alla Deputazione Provinciale che siano intrapresi provvedimenti urgenti per aumentare il numero di spazi liberi per il passeggio, i due cortili diventano insufficienti, bisognava ampliare la superficie utile destinata ai folli così da dividerli in base al tipo di disagio mentale.

Al piano terra trovano posto: la nuova chiesa; il locale destinato a magazzino, lo stenditoio e, al livello sotterraneo, il luogo di raccolta della spazzatura, le latrine, una cameretta per le dementi, un ingresso a loggia dal lato del belvedere e una serie di camere per le dementi.

Il secondo piano, raggiungibile salendo due rampe di scale, si compone invece di ottantasette camere per le degenti e di due "cameroni" ad uso comune.

Nel 1867 presentato all'Esposizione Universale di Parigi il progetto prevedeva:

- l'inserimento di un corpo di fabbrica trasversale, creando due cortili all'interno;
- l'erezione, all'estremità est del Parchetto, di un nuovo stabile i cui locali, dopo una iniziale destinazione a lavanderia, stalle e sala anatomica, sarà impiegato per accogliere i folli poveri;
- il raddoppio del corpo di fabbrica principale a quattro piani, l'apertura dell'ingresso principale al centro della nuova facciata;

Nel 1900, per fare fronte al numero crescente di folli, si allestisce all'interno del "parchetto" un padiglione o "capannone" di ricovero. Si procede inoltre con l'installazione del primo impianto di illuminazione a gas, delle suonerie elettriche di allarme e dell'impianto telefonico per le chiamate urbane.

Si sistemano i locali delle latrine e dei dormitori per i "dementi tranquilli" e si posa inoltre il pavimento nel dormitorio delle "agitate sudicie".

Oggi troviamo l'Ospedale con un impianto a blocco a crociera e recinto perimetrale, disimpegnato da quattro cortili chiusi porticati.

Le strutture in elevazione sono in muratura di pietrame rivestita di mattoni, cemento armato, finitura superficiale ad intonaco di calce, finitura a mattone faccia a vista. 17



Fig. 38
Ex Ospedale Psichiatrico San Benedetto di Pesaro,
Disegni presi dal sito :
Spazi della Follia.

“Dell'interno diremo brevemente. A piano terra larghi cortili circondati da portici; luoghi di refezione, di lavoro, di ricreazione. Nel piano superiore corridoi spaziosi, e ottimamente arieggiati; camere libere, nette, salubri; molte di queste compite a modo signorile, alcune ad uso di biblioteche, di bigliardo, di pianoforte e di altre giocondità; tutto insieme l'edificio capace per circa trecento persone.

Luogo superbo e magnifico, che sembra rappresentare un palazzo Ducale... Quando si è entrati, all'ingresso si osserva in primo luogo, dopo l'atrio, una gran sala d'aspetto, che ha tutt'altra forma che di sala, ma bensì d'un anfiteatro, luogo in cui ben spesso si danno lezioni pubbliche a vantaggio di tutti gli alienati; è questa sala ornata di molte figure, e decorata di molti stemma dei comuni circonvicini, e di ritratti dei più celebri alienisti italiani; una cupola che conduce sopra un terrazzo dell'appartamento del Direttore serve di luce, e con architettura di ottimo gusto; quindi si passa da due porte laterali, una al comparto degli uomini, e l'altro a quello delle donne; questi comparti sono graziosi per i giardini, e dei loggiati che coronano questi bei giardinetti, senza calcolare inoltre il vasto parco, che oltre ad essere di smisurata grandezza non manca di presentare una figura bizzarra, e non vi è vacuo che non sia ben coltivato e produttivo.

Lunghi viali servono di passeggio e di passatempo, e magnifici pini ed altri alberi forestieri danno fresca ombra; le verdi zolle formano gran tappeti gai, sovrastando in mezzo un bellissimo giardino in forma di circolo con fiori olezzanti che spirano soavi odori, rende tutto ciò una gran sensibilità...” ¹⁸

18. “Diario del San Benedetto in Pesaro”, Novembre 1872

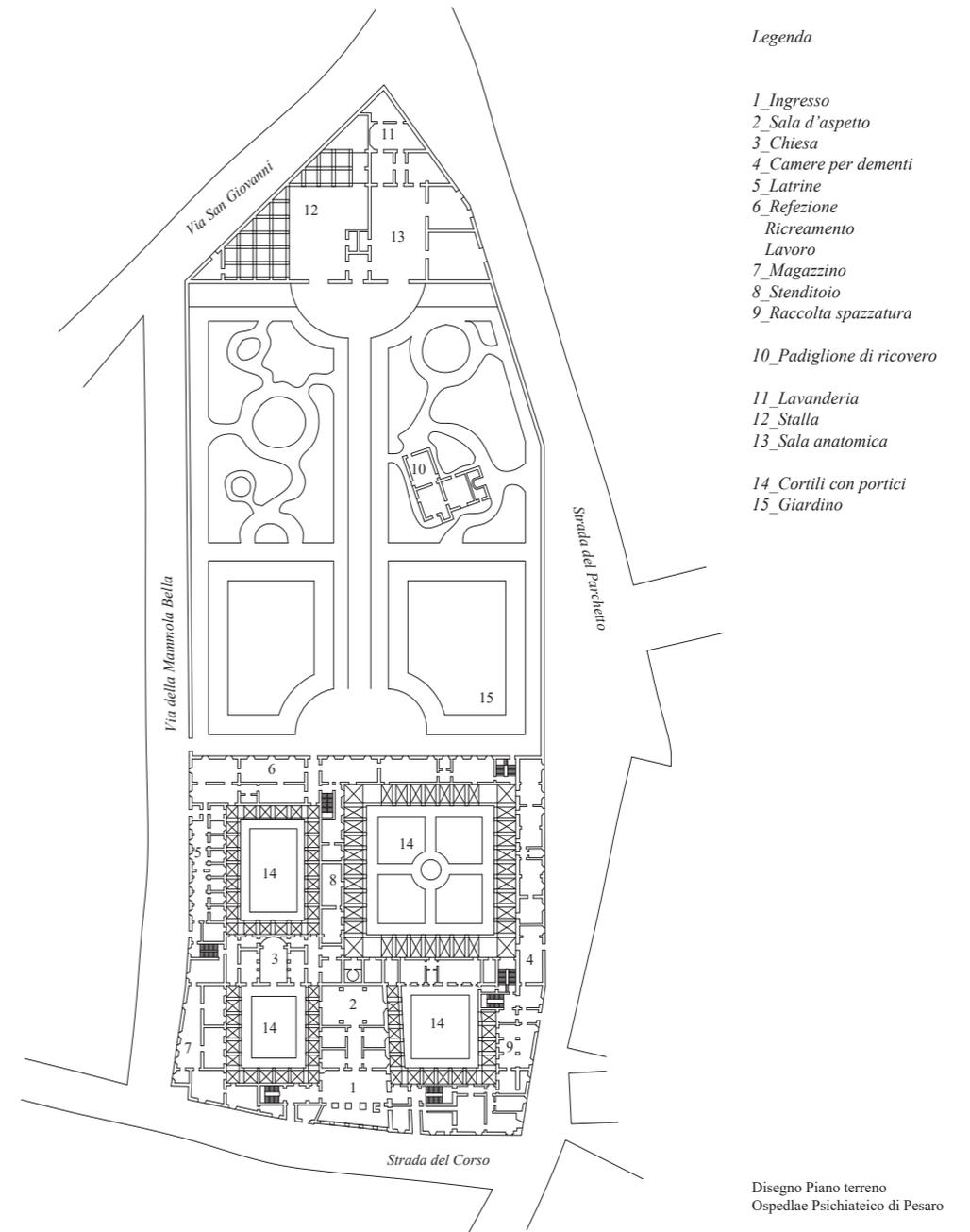


Fig. 39.40
Ex Ospedale Psichiatrico San Benedetto di Pesaro.
Disegni presi dal sito:
Spazi della Follia.

Centro Psichiatrico di Bolzano

Un esempio di Centro Psichiatrico contemporaneo è il Centro Psichiatrico che si trova a Bolzano progettato dallo studio MoDus Architects.

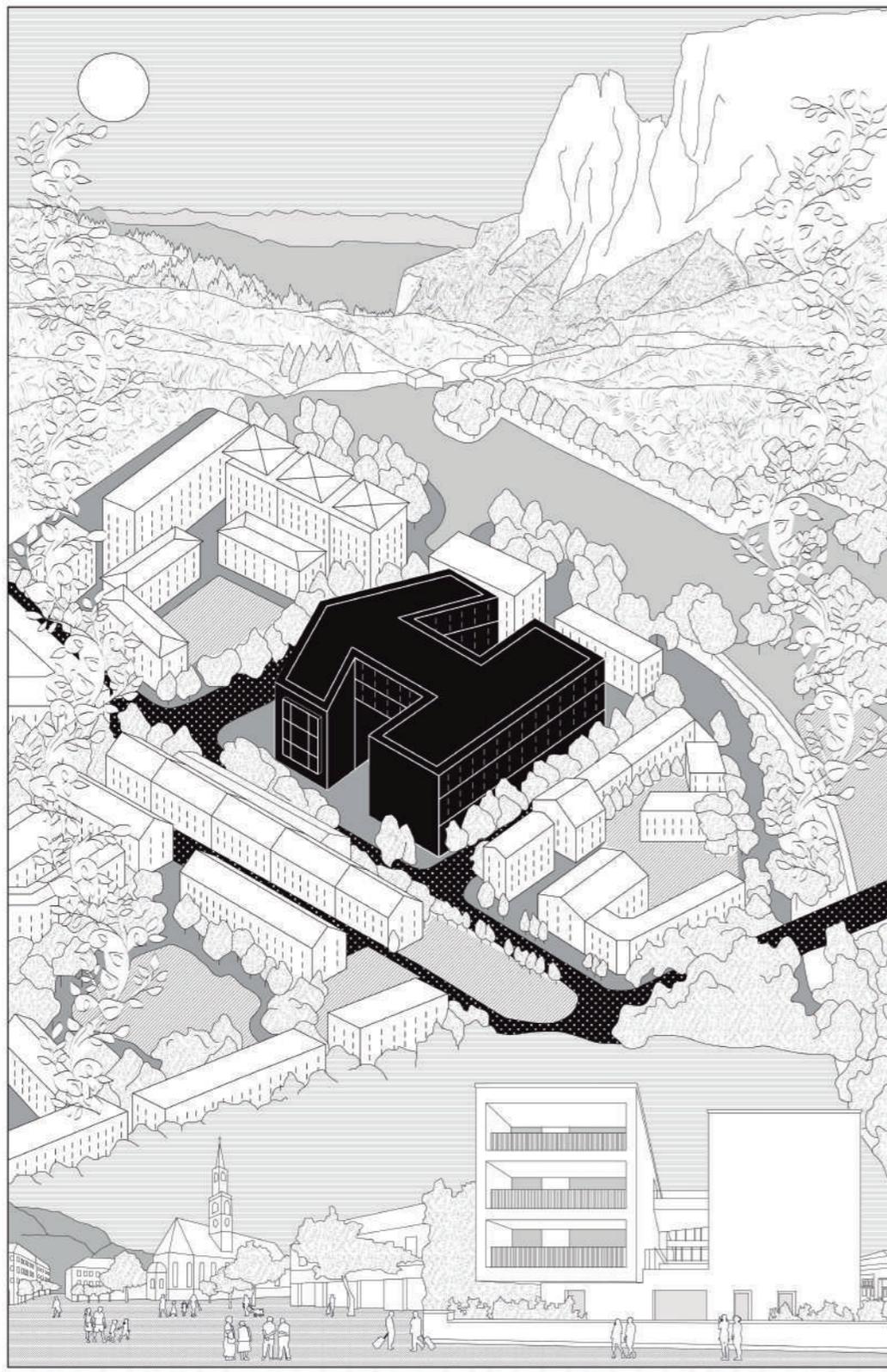
Nel 2016 con questo progetto gli architetti vogliono creare una comunità nella comunità, in cui i residenti, i pazienti e gli operatori sanitari possono lavorare insieme per soluzioni di salute mentale a lungo termine. L'edificio calibra uno spettro di spazi interni ed esterni per generare un ambiente di collaborazione e benessere.

Questo nuovo centro di riabilitazione psichiatrica è posizionato all'interno del tessuto urbano del quartiere residenziale Gries di Bolzano. Situato lungo la via principale del quartiere, l'edificio si presenta come un edificio residenziale più che come una struttura sanitaria e assume il carattere cromatico del territorio circostante con una tavolozza di colori terrosi.

Le strategie architettoniche per l'ubicazione, la volumetria e il carattere del progetto lavorano per abbattere le barriere psicologiche e fisiche tradizionalmente associate alle strutture per la salute mentale. Con un sito altamente visibile situato lungo la strada principale del quartiere, il centro utilizza un vocabolario più alleato ai programmi residenziali che a quelli istituzionali.

Un ampio piazzale all'ingresso con accesso diretto dalla strada a tutte le funzioni pubbliche situate al piano terra crea un punto di rilascio tanto necessario nel quartiere denso e funge da piattaforma informale di scambio e supporto per i residenti del centro e le loro famiglie.

L'edificio è composto da un basamento a pianta rettangolare da cui due volumi separati a 3 piani si sbalzano verso l'esterno per creare un cortile interno aperto al cielo e attraversato da terrazze a ponte. Una scala centrale collega questi due edifici superiori e delinea il cortile interno in due cortili separati in cui sono stati ricavati spazi con vari gradi di privacy e vista. Le funzioni terapeutiche e amministrative sono collocate al primo piano e si estendono all'esterno fino ai grandi cortili del primo piano mentre i due livelli superiori ospitano le stanze private e la componente abitativa protetta del progetto.



41



42



Fig. 41.42
 Centro Psichiatrico di Bolzano,
 MoDus Architects, 2016
 www.modusarchitects.com

In tutto l'edificio i percorsi di circolazione sono scanditi da spazi esterni e zone giorno comuni.

In un diretto allontanamento dal corridoio a doppio carico tipico del design ospedaliero, i corridoi che servono le stanze private si affacciano sul cortile interno e consentono un ambiente più arioso e soleggiato.

Le viste sui due edifici promuovono una connettività tra i residenti senza compromettere le esigenze di protezione e privacy dei pazienti.

La chiamata a bilanciare spazi sociali aperti con luoghi più domestici e circoscritti è rimasto un tema centrale durante tutto il processo di progettazione.

L'ingegneria strutturale dell'edificio funziona in tandem con il quadro concettuale del progetto per garantire una contiguità tra le soluzioni architettoniche e strutturali.

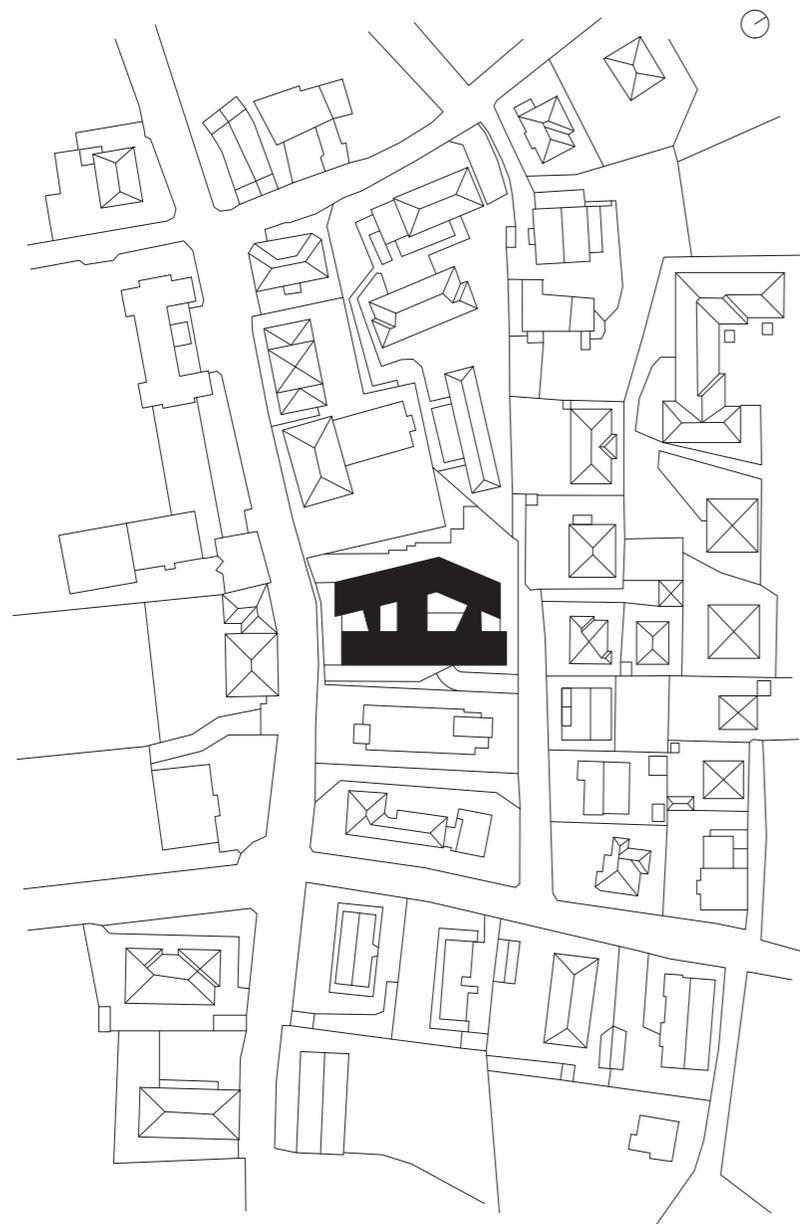
Lo sbalzo non ostruito di 7 m al piano terra e questo offre non solo un ingresso coperto ma anche un luogo sociale all'aperto, protetto dalle intemperie.

Con questa disposizione asimmetrica a sbalzo dei due volumi superiori, i tre elementi connettivi del vano scala centrale e dei due ponti agiscono per controbilanciare i carichi, tenendo in equilibrio le parti composite del progetto.

Gli interni del progetto sviluppano ulteriormente il tono residenziale del centro dove prevalgono le tonalità calde e morbide.

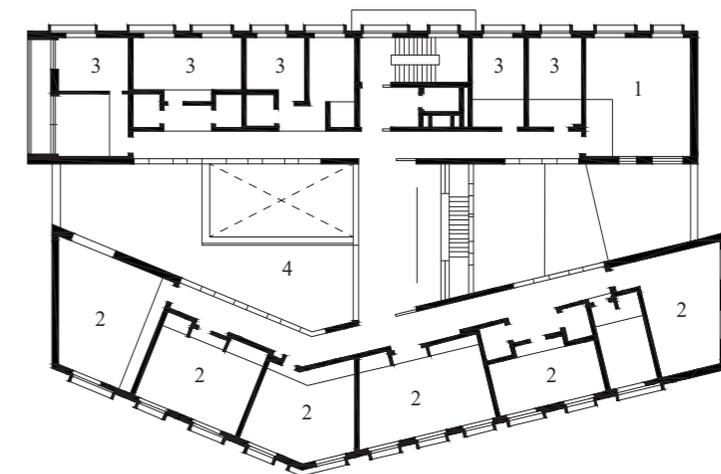
Gli accenti colorati nelle cucine comuni, nei laboratori e nei soggiorni si staccano dai toni tenui degli interni, mentre le camere da letto creano una tavolozza di colori pastello.

I mobili sono in gran parte realizzati su misura con un accurato dettaglio delle finiture in rovere e laminato.



Disegno Masterplan
Centro Psichiatrico di Bolzano,
MoDus Architects, 2016

Disegno Pianta Primo Piano
Centro Psichiatrico di Bolzano,
MoDus Architects, 2016



Legenda

- 1_Ammministrazione
- 2_Settore terapie
- 3_Settore occupazionale
- 4_Giardino pensile

Programma funzionale del Centro

- piano terra
sala polifunzionale, palestra, falegnameria e sala da pranzo, con servizi generali
- **piano primo**
amministrazione, settore terapie, settore occupazionale e giardino pensile
- piano secondo
stanze (24 posti letto) e servizi per il CRP
- piano terzo
stanze (12 posti letto) e servizi per la comunità protetta
- piano interrato
garage, depositi, servizi e locali tecnici



Capitolo VI

Centro di Salute Mentale

L'architettura contemporanea può meglio giocare nel campo della salute mentale le preziose esperienze di cui dispone e contribuire a migliorare la terapia dei disturbi mentali.

La riproposizione dei vecchi luoghi per la malattia, per le tecniche, per i trattamenti è il rischio che occorre assolutamente evitare.

Mentre si lavorava alla chiusura del manicomio nascevano i centri di salute mentale.

Il centro di salute mentale può diventare, un luogo di transito, una piazza, un mercato.

Un luogo intenzionato a favorire lo scambio, l'incontro, il riconoscimento reciproco.

Un luogo che vuole vedersi abitato non soltanto dai "pazienti", il luogo dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto e della terapia.

Il centro allora oltre che essere un luogo bello, accogliente, confortevole deve coltivare la vocazione a essere punto di passaggio, confine, attraversamento.

Disporsi tra lo star bene e lo star male, tra la normalità e la anormalità.

Un luogo dove le dichiarate intenzioni terapeutiche e le scelte strutturali, costruttive, urbanistiche garantiscano alle persone di essere ospiti senza rinunciare alla possibilità di appropriarsi del luogo.

Un luogo dove le persone, senza la paura del confine che si chiude alle loro spalle, possono entrare per dire il proprio male, farlo sentire, dividerlo.

Una persona, una famiglia che si trova inaspettatamente a vivere l'esperienza del disturbo mentale vorrebbe poter scegliere il luogo, e che sia bello e accogliente.

Il fatto è che la possibilità di scelta non è mai data.

CONDIVISIONE

INCONTRO

COLLETTIVITA'

BELLEZZA

POSSIBILITA'

AIUTO

CURIOSITA'

DIRITTI

RELAZIONI

OPPORTUNITA'

EMPATIA

DIGNITA'

IDENTITA'

ASCOLTO

In realtà più che una questione di scelta da parte del cittadino si tratta di disporre, luoghi accessibili, accoglienti e belli da parte delle amministrazioni pubbliche.

La bellezza, la gradevolezza, il calore, l'estetica di un ambiente più che favorire una scelta deve garantire alla persona possibilità.

La possibilità di non essere omologato, di continuare ad usare le proprie identità, di orientarsi con dolcezza, non costretto, in un luogo che si immagina drammaticamente ostile e minaccioso.

Il mondo immaginato della malattia mentale condiziona la percezione e il vissuto delle persone quando entrano, anche se questi luoghi sono quasi sempre miseri, non curati, freddi, spersonalizzanti, vuoti.

Luoghi dove è evidente soltanto l'intenzione della distanza, del controllo, della separazione.

La qualità e la cura dei luoghi, più che un valore in sé, deve tendere a produrre differenze nel vissuto e nell'uso degli spazi, opportunità di relazioni, curiosità, esplorazione.

Scegliere come vivere uno spazio, come appropriarsene, come attraversarlo, l'estetica in questo senso obbliga alla cultura dell'accoglienza e dell'ospitalità.

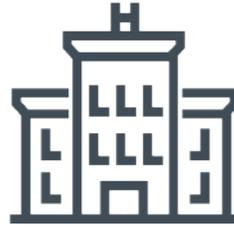
I luoghi della psichiatria sono stati storicamente i luoghi della costruzione e della riproduzione della malattia mentale.

La maestosa grandezza degli ospedali psichiatrici ha lasciato il posto a strutture di più piccole dimensioni, strutture che a differenza del manicomio vorrebbero accogliere persone e non malattie, prendersi cura e non controllare, garantire accesso e non sottrarre diritti.

Bisogna interrogarsi sulla natura della malattia, ascoltare le persone che vivono l'esperienza della malattia per scoprire alla fine che i luoghi della cura altro non sono che i luoghi del quotidiano.

La cura degli interni e degli arredi assume significato in rapporto alla funzione, un luogo accogliente non sottolinea l'estraneità, non condiziona, non obbliga a un uso rigido dello spazio, permette un singolare orientamento.

Consapevolezza dell'architettura contemporanea



La maestosa grandezza degli ospedali psichiatrici ha lasciato il posto a strutture di più piccole dimensioni.

Strutture che a differenza del manicomio vorrebbero accogliere persone e non malattie, garantire accesso e non sottrarre diritti.



La cura degli interni e degli arredi assume significato in rapporto alla funzione, un luogo accogliente non sottolinea l'estraneità, non condiziona, non obbliga a un uso rigido dello spazio, permette un singolare orientamento.

Garantire l'attraversabilità, la contaminazione e l'uso collettivo degli spazi e la possibilità di un uso riservato, privato e sicuro.

Ognuno fa fatica a condividere la visione dell'altro quindi, bisogna tenere aperto questo campo, garantire la diversità, l'inconciliabilità, l'insieme delle voci diverse costruisce la possibilità concreta di immaginare un centro di salute mentale.

Lo spazio separato, la stanza dedicata, i luoghi vietati agli utenti riproducono gerarchie, rafforzano poteri, danno certezza di ruolo e approfondiscono la distanza tra chi cura e chi è curato.

Un Centro di salute mentale avrà bisogno di uno spazio maggiore, o diversamente articolato, se orientato verso le persone, la collettività, il territorio: ci sarà una caffetteria, uno spazio riunioni, uno spazio per le associazioni, bacheche per fornire informazioni su attività sportive, culturali, politiche, una sala dove le persone possono fare esercitazioni di scrittura piuttosto che di teatro, una mensa, una cucina, dei luoghi per il lavoro terapeutico individuale e di gruppo.

Un luogo dove chi sta bene può incontrare lo sguardo dell'altro che sta male soltanto se ambiente, relazioni, atmosfere non costringono a vivere drammaticamente la differenza, non distinguono tra sano e malato.

Un ambiente influenza la percezione dello spazio condizionando i sentimenti della persona e l'architettura ha l'importante compito di immaginare luoghi che soddisfino le esigenze del singolo e della collettività, accompagnando l'individuo al raggiungimento del benessere.

Consapevolezza dell'architettura contemporanea



Un luogo dove chi sta bene può incontrare lo sguardo dell'altro che sta male soltanto se ambiente, relazioni, atmosfere non costringono a vivere drammaticamente la differenza, non connotano inesorabilmente sano e malato.



Un ambiente influenza la percezione dello spazio condizionando i sentimenti della persona e l'architettura ha l'importante compito di immaginare luoghi che soddisfino le esigenze del singolo e della collettività, accompagnando l'individuo al raggiungimento del benessere.

Le caratteristiche che compongono uno spazio sono molteplici: forma, dimensioni, illuminazione e tutte sono collegate al colore.

Questo ha un'importanza rilevante perché ha la capacità di coinvolgere i 5 sensi e influenzare la lettura dell'ambiente.

La proprietà del colore risulta essere coinvolgente per l'effetto ottico e per il coinvolgimento della nostra sfera emotiva psicologica, è influente, durante le terapie, sull'umore del paziente e attenua quel senso di ostilità e di anonimato che lo spazio di cura potrebbe suggerire.

Il colore condiziona le sensazioni dell'uomo modificando la percezione dello spazio alterandone la profondità, il calore e le proporzioni.

Come dice l'architetto Ferdinando Terranova i parametri che bisogna considerare per un buon progetto del colore sono:

*l'incidenza della luce, effetti delle texture e dei materiali, le dimensioni, la valenza segnaletica.*¹⁹

Usare il colore per sviluppare un messaggio comprensibile a tutti.

Scelte consapevoli e uso mirato del colore danno il contributo al miglioramento degli spazi fisici e influiscono sulle reazioni fisiologiche e psicologiche di un individuo.

È per questo che nella progettazione va prestata attenzione ai cromatismi usati, un uso corretto del colore, insieme ad elevati standard di qualità ambientale, può costituire aiuto terapeutico su fattori fisici e psicologici.

*“A ogni spazio architettonico non un colore, ma il suo colore, ogni ambiente non dovrebbe semplicemente avere un colore ma piuttosto il colore adatto ad armonizzarsi alla propria funzione.”*²⁰

^{19.} Sanità e insania pubblica nell'Italia neoliberista. Dalla conquista del diritto alla salute all'ideologia della sua negazione, Ferdinando Terranova, 2016

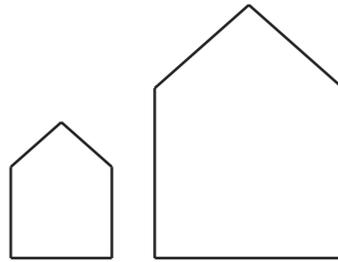
^{20.} Lo spazio terapeutico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri, Bellini E; Bocci P; Fossati R; Spinelli F, 1994

Caratteristiche che compongono uno spazio

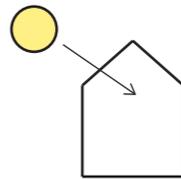
FORMA



DIMENSIONE



ILLUMINAZIONE



COLORE



La luce naturale è importante nella progettazione perché favorisce una riduzione dei consumi di energia e da benefici all'essere umano.

L'illuminazione artificiale è altrettanto importante nel caso in cui quella naturale sia scarsa, è importante riprodurre un ciclo simile a quello del sole, la luce può essere regolata.

Importanti sono gli stimoli visivi, sonori e tattili che favoriscono il processo di riconoscimento di uno spazio.

Gli elementi che facilitano l'orientamento sono le finiture di pavimenti, pareti, porte, elementi grafici e cartelli segnaletici.

Questi elementi possono essere orizzontali, posti sui muri e sul pavimento e verticali, quelli collocati su appositi supporti.

Nell'orientamento i percorsi hanno un ruolo primario, connessioni fluide e chiare migliorano la qualità della vita all'interno dei luoghi di cura, il corridoio e la scala sono più di semplici spazi di collegamento, sono luoghi di relazione e comunicazione e devono rispondere alle nuove esigenze.

Poi gli arredi sono gli elementi che condizionano di più la percezione del luogo, rilevanti nella valutazione di livello di comfort ambientale. Devono anche comunicare agli ospiti sensazioni precise, ogni area avrà degli arredi differenziati in base alle attività praticate, alle esigenze degli ospiti e visitatori.

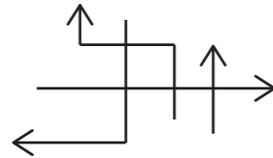
A seconda della forma, colore e disposizione possono creare situazioni di benessere e favorire il processo di cura, autonomia del soggetto e inserimento sociale, intervengono caratteri essenziali come il materiale con cui sono realizzati, i colori e la luce.

Anche la natura ha la capacità di portare equilibrio nel corpo e nella mente, il gesto banale di guardare la natura, ascoltare i suoni e sentirne i profumi stimola i sensi.

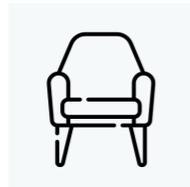
All'interno l'uso sarà più limitato e controllato, all'esterno favorisce all'ospite una relazione con l'ambiente esterno e costituisce una distrazione, può far parte del percorso di cura di un paziente.

Caratteristiche che coinvolgono la sfera emotiva psicologica

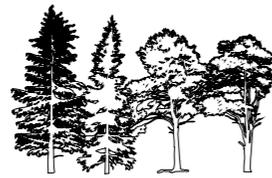
ORIENTAMENTO



ARREDI



VERDE



TECNOLOGIA



In fine la presenza di nuove tecnologie nei presidi sanitari può favorire il benessere del paziente facendolo evadere dalla realtà a favore di un mondo virtuale che lo esoneri dal pensiero della malattia, si può pensare all'istallazione di pareti animate o interattive.

Diversi studi suggeriscono che l'immaginazione può rilassare e favorire processi di guarigione, è possibile soddisfare la soggettività dei fruitori che ha esigenze diverse.

Ogni individuo ha delle esigenze proprie legate al suo trascorso e al suo stato, per questo le immagini devono essere personalizzate e non richiamare fenomeni negativi.

Casa Psicica ideale:

- Luogo per sentirsi al sicuro
- Libertà di agire
- Libertà di amare
- Libertà di commettere errori senza sentirsi giudicati
- Libertà di pensiero
- Libertà di ricordare

Capitolo VII

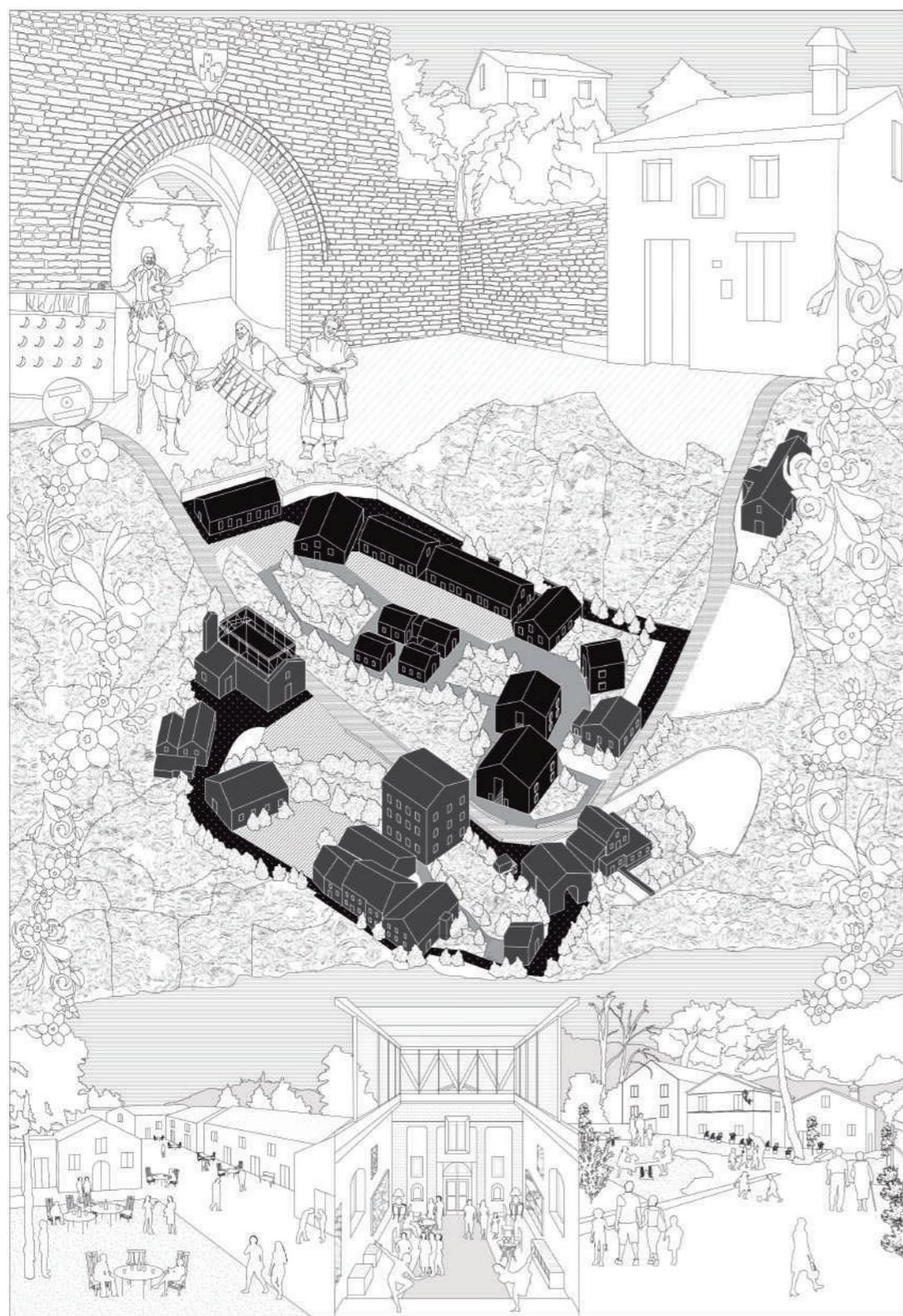
Il Borgo della Salute

Fino a qui ho descritto le strutture ospedaliere, ora a me interessa affrontare l'idea di progetto di architettura e di paesaggio come cura per i borghi italiani.

I borghi si stanno svuotando, questo è un processo che coinvolge da tempo i piccoli comuni, un'Italia che lotta per non sparire.

Un piccolo mondo antico che, da un lato, combatte con i trasporti insufficienti, con i servizi carenti, con un'età media sempre più alta e con l'assenza di prospettive professionali; dall'altro, invece, può contare su un fortissimo radicamento e sul richiamo verso una dimensione e una qualità di vita diverse dalla città.

Si dovrebbe rivivere nei borghi, ma quali sono le politiche di riuso di questi luoghi?





43



44

Eco Villaggio di Torre Superiore (Liguria)

“Autenticità”

L’idea dopo una tragedia: il terribile terremoto che colpì il Friuli negli anni ’70.

La necessità era quella di ricostruire tutto da capo, perché molte zone erano state colpite duramente dalla calamità naturale.

Si tratta di un albergo orizzontale che si sviluppa mettendo a sistema realtà esistenti, organizzate in modo da offrire agli ospiti gli stessi servizi di un hotel con l’aggiunta dell’“autenticità”.

Il primo progetto che definì più chiaramente i contorni dell’Albergo Diffuso fu quello di San Leo, nel 1989, che vide l’ideazione di una struttura ricettiva unitaria, sviluppata però orizzontalmente anziché verticalmente.

Il villaggio Torre Superiore è un perfetto esempio di recupero sostenibile di un borgo medievale nell’entroterra ligure. Quell’entroterra fatto di casupole colorate, incastonate, arroccate, arrampicate sulla roccia.

Torre Superiore è un gioiello di architettura popolare che ha ritrovato nuova vita grazie a un gruppo di giovani volenterosi che lo ha trasformato in un centro culturale permanente, di accoglienza turistica e di ricerca di una sostenibilità ambientale ed umana.

Fig. 43,44

Eco Villaggio Torre Superiore.



45



46

Belmonte Calabro (Calabria)

“Integrazione”

Riqualificare un’incompiuta opera di ristrutturazione edilizia e ripopolare un borgo a rischio di abbandono attraverso il lavoro e la cooperazione di migranti, autoctoni, artigiani ed architetti.

Un progetto che, attraverso una concezione di architettura e arte socialmente impegnata, mira a sollevare l’attenzione su due fenomeni: lo spopolamento dei borghi calabresi e i fenomeni migratori interni al Mediterraneo, fenomeni opposti e consonanti, ma che uniti diventano strumento di rigenerazione sociale e spaziale.

Siamo a Belmonte Calabro, un paesino di 2000 anime che sorge su terrazzo naturale a 220 mt sul livello del mare.

È interessante come in un periodo di migrazioni, sia interne che esterne, un progetto si occupi di contrastare lo spopolamento locale sfruttando proprio le risorse umane arrivate dall’esterno.

Ognuno contribuisce, dicevamo, con la sua unicità alla grande comunità globale: è questo il segreto per la crescita di una società sana e la creazione di una comunità dove ognuno sia libero di essere se stesso e allo stesso tempo possa rendersi utile.

Fig. 45,46
Belmonte Calabro



Castello di Cerreto (Marche)

“Salute”

In questo caso la mia Regione, le Marche, soffre uno spopolamento dovuto anche al terremoto.

Quindi l'idea di rivivere i borghi, anche raccontata dai grandi architetti è giusta ma bisogna chiedersi come.

Dopo aver fatto questa ricerca sulle strutture ospedaliere, la mia idea è provare a trasformare questi borghi in luoghi per il benessere mentale.

Ho pensato a questi borghi storici che si trovano nel nostro territorio, a volte quasi abbandonati, che celano però in realtà un potenziale notevole, in quanto testimonianze architettoniche uniche per la dotazione di spazi disponibili ai fini del riuso e la riqualificazione.

Invece di creare quello che le strutture ospedaliere sono nella città contemporanea, cioè semplici ospedali, voglio farli diventare dei centri di cura e secondo me riutilizzare i borghi è una cosa interessante.

Ho scelto il borgo marchigiano di Castello di Cerreto nel Comune di Montegiorgio, in Provincia di Fermo.

Il borgo di Castello di Cerreto ospita pochissime abitazioni rispetto al borgo medievale presente in antichità, una porta castellana si apre ancora ai piedi dell'incasato immettendo il visitatore nell'unica via paesana.

Risalendo dalla porta ci si arrampica fino alla parte alta, dove sorgevano gli edifici più importanti, ora scomparsi.

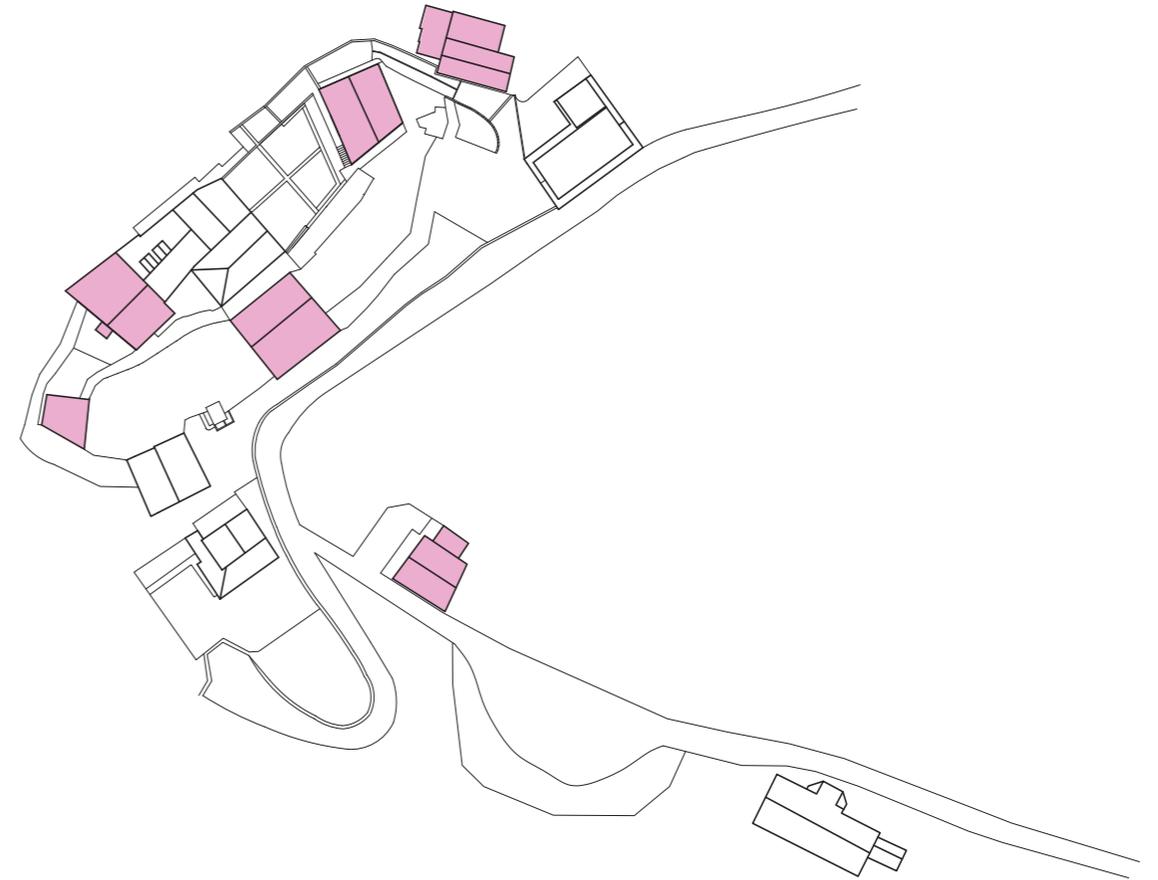
Gli edifici hanno lasciato spazio a giardini, una piazza e si riscende verso un'altra piazza più piccola dove si trova la diroccata chiesa di San Michele Arcangelo patrono del paese.

Fortunatamente la passata incuria ha lasciato spazio ad una nuova generazione di abitanti che hanno avuto a cuore il restauro e la valorizzazione del luogo, organizzando anche una rievocazione storica medievale molto famosa nelle Marche.



CASTELLO DI CERRETO

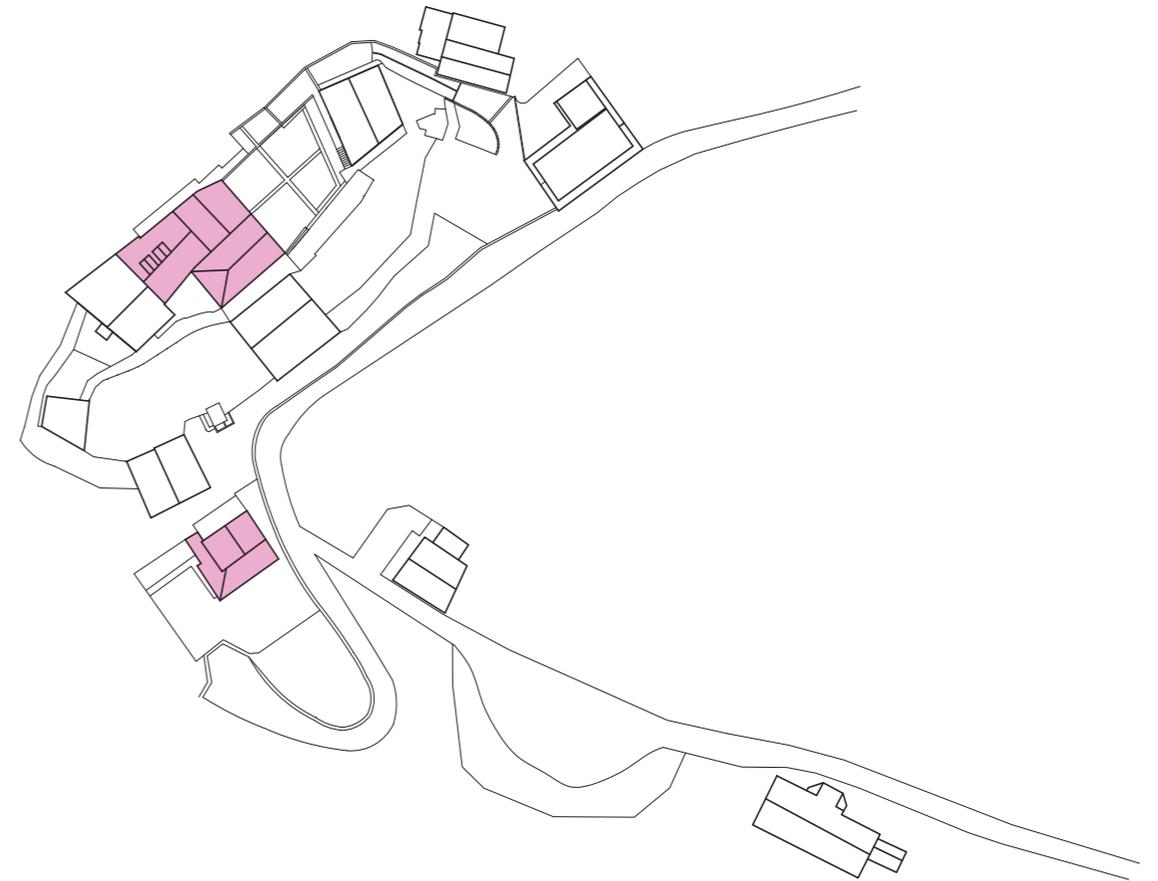
Abitazioni private





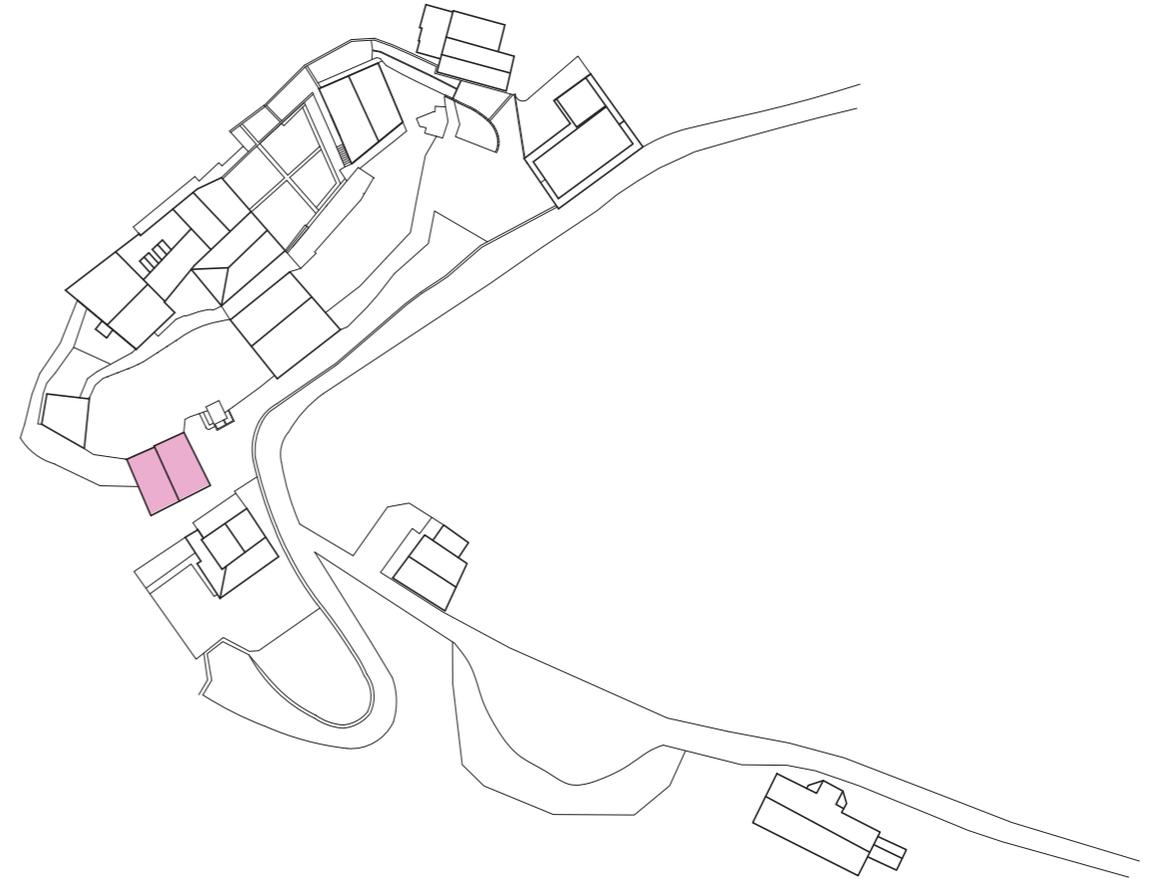
CASTELLO DI CERRETO

Bed and Breakfast



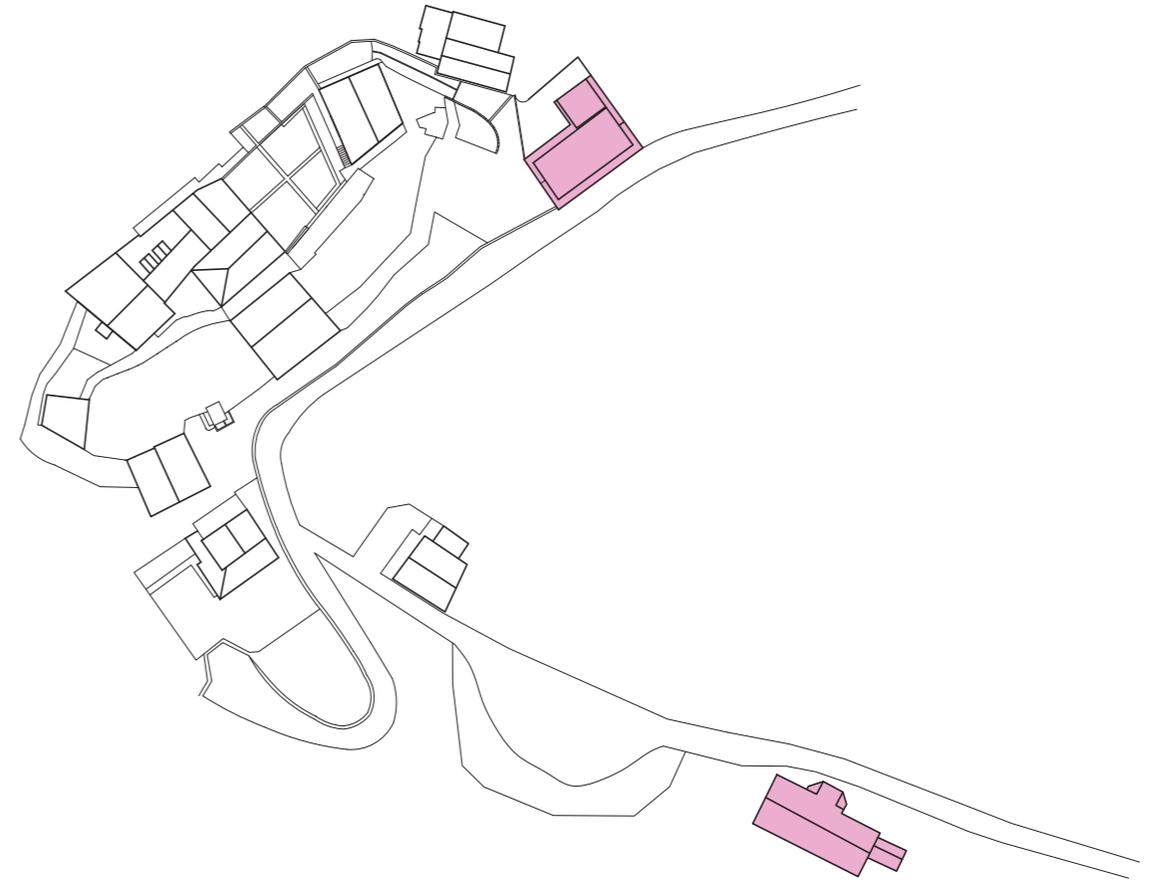


CASTELLO DI CERRETO
Arco Medievale





CASTELLO DI CERRETO
Chiese

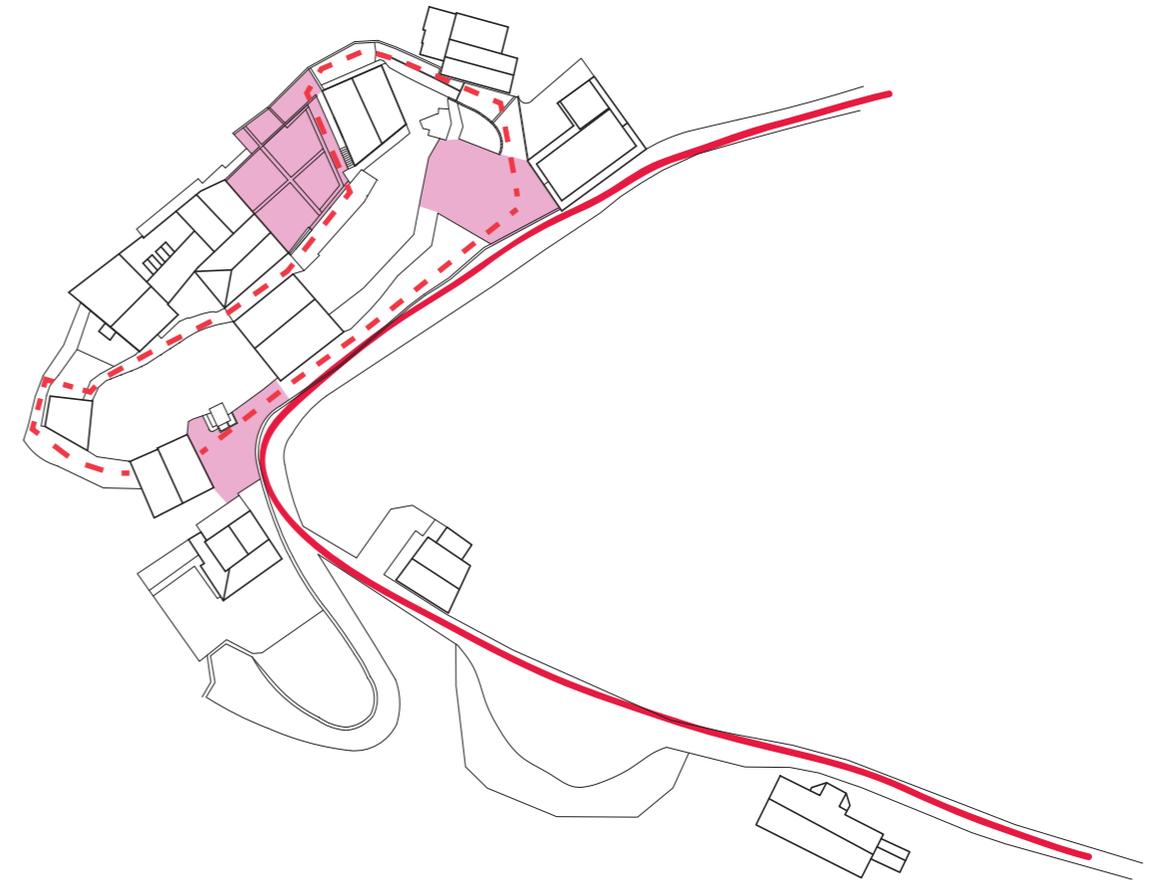




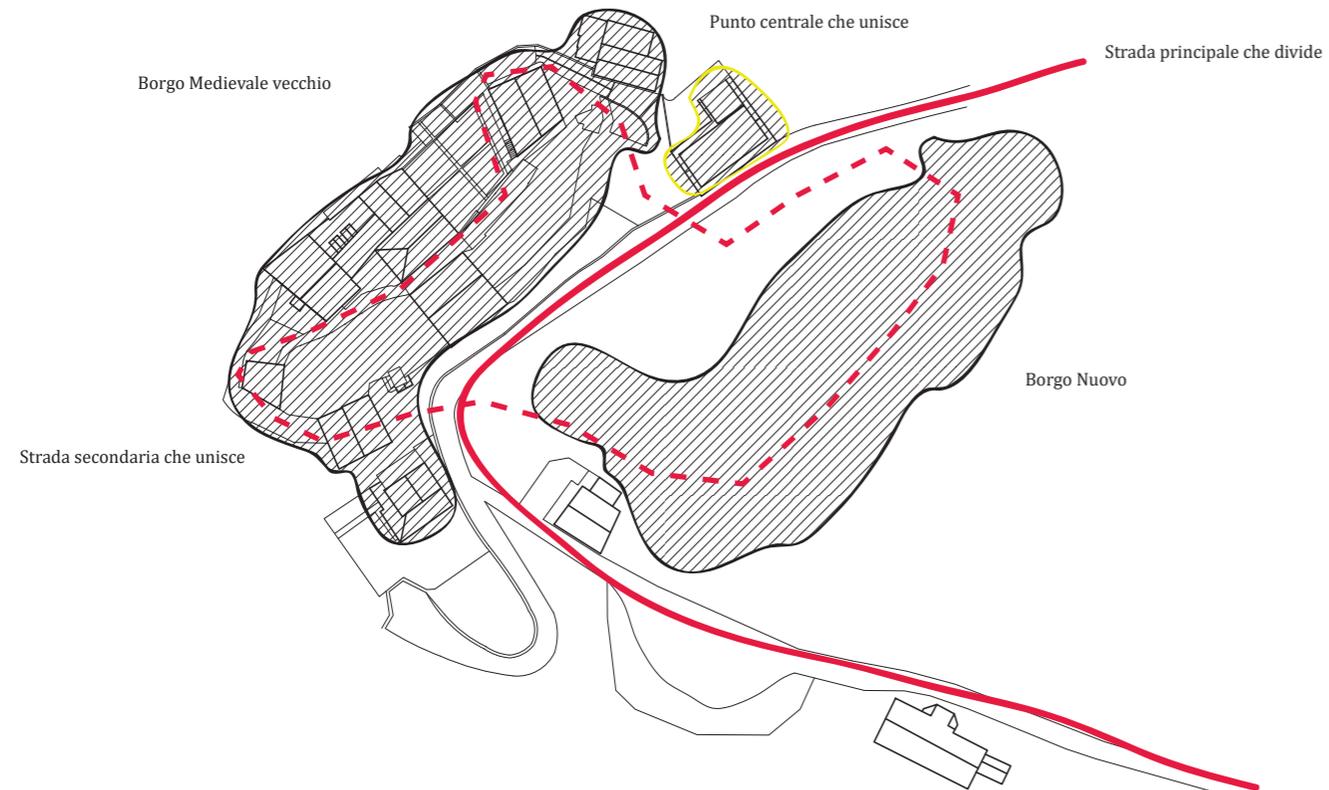
Legenda

-  Strada principale
-  Strada interna borgo
-  Spazi adibiti a piazze

CASTELLO DI CERRETO
Piazze e percorsi



CASTELLO DI CERRETO



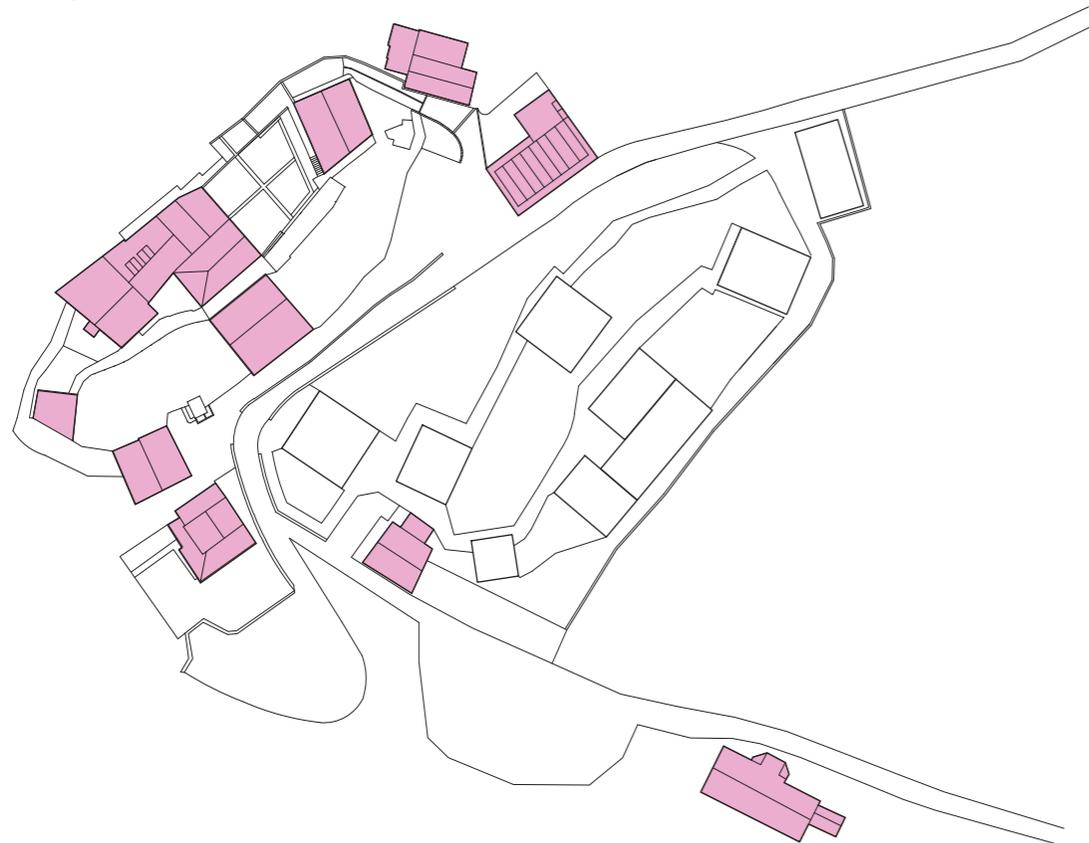
Riprendendo gli esempi dei casi studio precedenti, in un borgo per me, pensando per esempio a Santa Maria della Pietà a Roma, possono esserci edifici singoli come padiglioni che vengono però organizzati su una struttura urbana e non attraverso un giardino.

Pensando al Centro Psichiatrico di Bolzano, creare un centro all'interno del tessuto urbano situato lungo la via principale che abbia le stesse caratteristiche degli edifici residenziali più che una struttura sanitaria e assumere così il carattere del territorio.

Nell'Ospedale Psichiatrico di Pesaro l'importanza di avere spazi aperti verdi, viali con alberi per garantire ombra, tappeti verdi, giardini e orti.

CASTELLO DI CERRETO

Borgo Medievale



CASTELLO DI CERRETO

Borgo Medievale



Borgo della Salute

Legenda

- Borgo esistente
- Edifici in riuso
- Borgo nuovo

CASTELLO DI CERRETO

Spazi aperti

Borgo Medievale



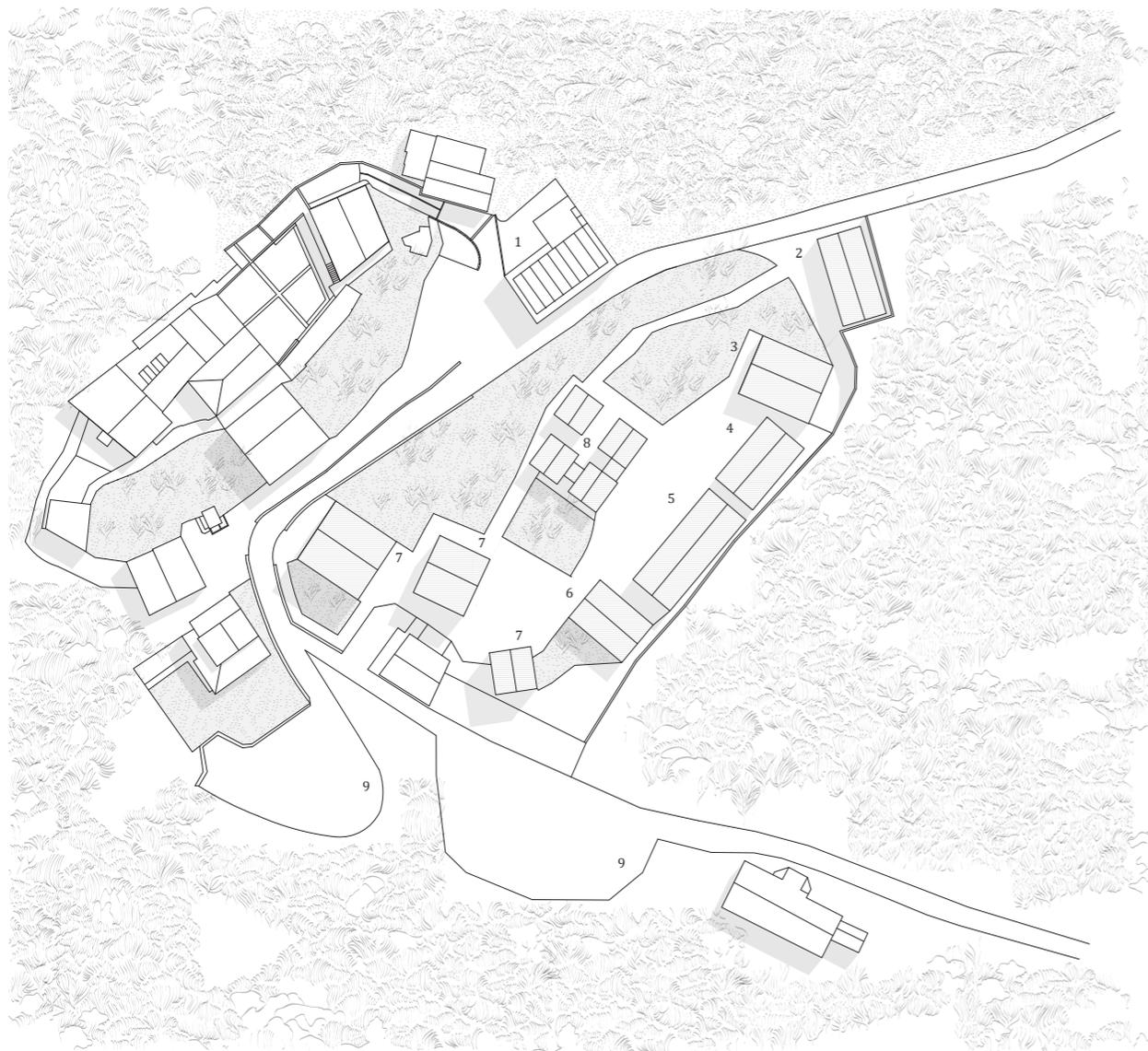
Legenda

- Spazi aperti verdi
- Spazi aperti pavimentati

CASTELLO DI CERRETO



CASTELLO DI CERRETO



Nel borgo il mio Centro di Salute Mentale ha stanze, spazi comuni, sale dei medici, ma oltre a queste funzioni ospedaliere ne ho delle altre.

Nuovi spazi per la mobilità, per la formazione, per la cultura, per la degenza e questi saranno accomunati dall'obiettivo di rintracciare un borgo della cura.

La gente vivendo il borgo entra in contatto con una comunità, le piazze e gli spazi comuni servono ad interagire e reintegrare i pazienti nella società.

Questa idea dà all'architettura un carattere terapeutico, creare un borgo con un obiettivo per il borgo stesso e una meta condivisa con la salute mentale.

È questa la bellezza di un borgo e qui ritrovo tutto questo.

“E se è vero che lo spazio fra le cose, l'intervallo tra le cose, è anche più importante, spesso, delle cose stesse, se è vero che il luogo, la relazione, è quello che più conta, ecco che emerge come fondamentale il tema di quella terra di nessuno che, per esser di nessuno, può diventare terra di tutti, cemento o semplicemente vuoto identificante tra le differenti entità che compongono la città.”

Legenda

- 1_Chiesa, Edificio informazioni
- 2_Edificio cucine
- 3_Edificio mensa
- 4_Edificio Direzione
- 5_Edificio Ambulatori medici
- 6_Edificio conferenze, archivi
- 7_Edifici alloggi
- 8_Edificio attività
- 9_Spazio adibito a parcheggio

Conclusioni

La ricerca si radica nel presente, senza ignorare la storia e la specificità tipologica delle architetture in esame, ma legge e descrive la contemporaneità dello spazio urbano in cui tutto diventa sincronico, tutto appartiene al luogo, alla sua (ri)conoscenza e alla sua possibile trasformazione attiva.

La tesi sostenuta è che si debba partire da due presupposti fondamentali: la necessità di una demedicalizzazione dell'architettura dove ha senso parlare di cura in termini di prevenzione e non in termini di terapia; dove ha senso un progetto di architettura come elemento di costruzione di una città sana e non come cura di una città malata.

Poi la necessità del cambiamento: una nuova modalità di costruzione, la rottura del binomio cura/ospedale, assegnando una nuova centralità al corpo e al movimento.

Le architetture per la cura rappresentano il punto di partenza ad una nuova concezione dell'ospedale dove le strutture sanitarie entrano nel corpo vivo del paesaggio urbano.

L'idea di rompere la logica e far capire che le architetture per la cura sono al pari di tutte le altre architetture tradizionali, quali le stazioni, le scuole, i musei e possono entrare in nuove sperimentazioni architettoniche.

La salute non è più un tema esclusivo dell'ambito della sanità, ma un obiettivo che è fortemente influenzato dal contesto in cui si vive.

L'architettura può quindi cercare di offrire spazi favorevoli alla coesione e alla solidarietà, che con i loro pieni e vuoti regalano altrettante offerte.

Una progettazione urbana che incorpori meglio i problemi di salute identificando anche gli effetti reali.

Il progetto dovrà fare i conti con contesti morfologici, pezzi di città, assumendo il compito di mettere in relazione il centro psichiatrico e la città.

Riferimenti bibliografici

Airoidi, C., Crippa, M. A., Doti, G. Guardamagna, L., Lenza, C., Neri, M. L. (2013). I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento. Electa.

Albero, A., Banchieri, E., Simonetti, J. (2009-2010). L'ospedale psichiatrico di Siena, Il villaggio manicomiale di S. Niccolò.

Amore, M.P. (2016). Relazioni inedite. La definizione del margine tra gli ex manicomi e la città: appunti per un inventario.

Amore, M.P. (2019). Architettura e psichiatria: luoghi che curano. Psicologia fenomenologica.

Amore, M.P. (2019). La forma dell'istituzione manicomiale: l'architettura della psichiatria. Il foglio psichiatrico.

Amore, M.P. (2019). Architettura e salute mentale, vuoti di memoria.

Amore, M.P. Marginalia: Architettura e salute mentale: vuoti di memoria. Psychiatry online Italia.

Basaglia F. (1965). La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door», Comunicazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964. Annali di Neurologia e Psichiatria.

Basaglia, F., Basaglia Ongaro, F. (1969). Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Cerati, C., Berengo Gardin, G.

Basaglia, F., Giannichedda, M. G. (2000). Conferenze brasiliane. Raffaello Cortina editore (p. 49).

Bastianelli, S. (2015). Pesaro, l'Ospizio San Benedetto. Inediti e curiosità. Farememoria.

Battaglia, L. (2020). Ansa.

Bellini, E., Bocci, P., Fossati, R., Spinelli, F. (1994). Lo spazio terapeutico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri.

Bocchi, R. (2010). Progettare lo spazio e il movimento. Scritti scelti di arte, architettura e paesaggio. Gangemini Editore, Roma

Bodei, R. (2008). Paesaggi sublimi: Gli uomini davanti alla natura selvaggia. Bompiani.

Cherubini, L. (2017). Il villaggio degli esclusi.

Craxi, L., Sanguedolce, R., Spagnolo, A. G. (2016). La Real Casa dei Matti di Palermo: storia di un'innovazione terapeutica tra architettura e letteratura.

De Fiore, R. (2018). Diritti a 180. Quarant'anni dalla Legge Basaglia. Il pensiero scientifico editore.

Del Nord, R. (2016). Progettare spazi per l'umanizzazione dell'assistenza e della cura ospedaliera. Dynameis, rassegna per l'architettura organica vivente.

Dell'Acqua, P. (2018). Prefazione all'edizione italiana: Chissenefrega dei matti. Il caos e lo strazio della salute mentale. Edizioni Centro Studi Erickson.

Dentro le mura di un manicomio. Shobha.

Doti, G., Neri, M.L. (2013). Ospedale psichiatrico provinciale San Benedetto di Pesaro. Spazi della follia.

Doti, G. (2018). Spazi della follia/1: damnatio memoriae vs riuso.

Evangelista, G. (2018). Spazi della follia/2: recuperi virtuosi.

Il Santa Maria della Pietà compie 100 anni (2014). la Repubblica.

Lo Iacono, G. (2017). Books, New York, trad. it.

Macaluso, L. (2017). Future memorie. L'ex ospedale psichiatrico di Palermo.

Maguolo, M.M. Abitare la malattia. Architettura ospedaliera dalla metà del Settecento a oggi.

Miano, P. (2020). HEALTHSCAPE. Nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura. Quodlibet.

Miglino, E. Pazzi. Saggi.

Negri, E., Chiera, S. (2016). Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà. ArchiDap, condividere l'architettura.

Pini, P., Covelli, F., Martelli, E. (2014). Oltre il muro: Crescita sviluppo e ricchezza dell'ex Ospedale Psichiatrico.

Powers R. (2017). No one cares about crazy people. The Chaos and Heartbreak of Mental Health in America. Hachette.

Rossi A. (2009). Autobiografia a scientifica, Il Saggiatore (p.78).

Rossi A. (2019). L'architettura della città. Quodlibet.

Salvagni, I. Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma. Spazi della follia. Fotografia: Carloni, R.

Schirò, S. (2020). La Real Casa dei Matti.

Terranova, F. (2016). Sanità e insanità pubblica nell'Italia neoliberista, dalla conquista del diritto alla salute all'ideologia della sua negazione.

Toresini, L. (2008). L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968-1978.

Tortora G. (2006). Semantica delle rovine. Manifestolibri (pp. 10-11).