

Dottorato di Ricerca Interateneo in  
Ingegneria Civile-Ambientale e Architettura  
Università degli Studi di Trieste  
Università degli Studi di Udine  
Tesi di Dottorato A.A.2021/2022

Architettura  
XXXV Ciclo

# OLTRE LA SOGLIA

Cura, Memoria E Narrazione  
della Salute Mentale  
nell'Architettura

Dottoranda  
Martina Di Prisco

Supervisore di Tesi  
Prof.ssa Giuseppina Scavuzzo





**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**

**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**



**Dottorato di Ricerca Interateneo in  
Ingegneria Civile–Ambientale e Architettura  
Curriculum: Architettura**

**Settore Scientifico Disciplinare: ICAR/14**

**XXXV Ciclo**

**OLTRE LA SOGLIA.**

**CURA, MEMORIA E NARRAZIONE DELLA SALUTE  
MENTALE NELL'ARCHITETTURA.**

Dottorando  
Martina Di Prisco

Coordinatore  
Prof. Alberto Sdegno

Supervisore di Tesi  
Prof. Giuseppina Scavuzzo

# INDICE

## **Introduzione, p. 06**

Tema, metodologie e struttura della ricerca, **p. 06**

## **PARTE I**

### **Memoria e narrazione della cura.**

#### **Capitolo 1, p. 16**

##### **Re-Mind. Nello spazio della Follia**

1. Le architetture della *sragione*, **p. 16**
2. L'inversione del soggetto e la ricerca identitaria, **p. 40**

**Caso studio:** Hôpital Sainte-Anne, Parigi, **p. 50**

3. I musei della Mente. Convivere con una memoria scomoda, **p. 55**
4. I limiti e il paradosso del Design Inclusivo, **p. 65**

**Caso studio:** Il Laboratorio-Museo della Mente di Santa Maria della Pietà, Roma, **p. 69**

#### **Capitolo 2, p. 81**

##### **Architecture as Therapy? Nello spazio della Salute Mentale**

1. Dal manicomio alla salute mentale, **p. 81**
2. Le architetture per la *cura*, **p. 91**

**Caso studio:** Wooden Forest, Ipse de Bruggen Foundation, Nieuwveen, **p. 96**

3. Le città sensibili, **p. 102**
4. Questione di empatia. Il Progetto SensHome, **p. 109**

**Caso studio:** Workshop di progettazione In my room,  
Fondazione ProgettoAutismo FVG, Udine, **p. 114**

## PARTE II

### Cura e narrazione della salute mentale.

#### Capitolo 3, p. 125

#### Dialogo tra architettura, terapia e società

1. Gli spazi soglia come esperienza dell'alterità, p. 125
2. Learnig from le architetture per la cura, p. 129

#### I Casi Studio, p. 138

Sweetwater Spectrum Community. Sonoma County, San Francisco (USA)

Bettersweet Farm community. Archbold-Whitehouse Rd, OH (USA)

Casa Verde. San Miniato, Pisa, Italia

San Francisco Javier Center. Pamplona, Spagna

Baum Haus. Date, Isola di Hokkaido, Giappone

Èveil du Scarabée. Chateau de Bourron, Champcevrains, Francia

Trillium Centre. Corvallis, OR (USA)

Unité de soins intensifs Garderose, Libourne, Francia

Helsingør Psychiatric Hospital. Ellsinore (Helsingør), Danimarca

Het Gielsbos. Lille, Belgio

#### Capitolo 4, p.186

#### Ricordare il futuro

1. Alterità fisica e mentale nella città. Il territorio Isontino, p. 186
2. L'eredità dei corpi esclusi. L'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, p. 191

**Caso studio:** Progettare Oltre la Soglia nel Parco Basaglia, Gorizia, p. 199

## CONCLUSIONI

### Cura, memoria e narrazione., p. 215

### Bibliografia, p. 218

# INTRODUZIONE

## Tema, metodo e struttura della ricerca

### L'interesse per la ricerca

La Legge 180 del 1978, nota come Legge Basaglia, segna un momento storico decisivo per la psichiatria e per la ridefinizione degli spazi manicomiali in Italia, i quali diventano oggetto del processo di deistituzionalizzazione che mira ad abolire l'isolamento e il silenzio a favore di una gestione più aperta e dialogica. Si inserisce in questo contesto il tema della ricerca, riformulando il dialogo tra cura, memoria e narrazione della salute mentale attraverso l'architettura terapeutica. Luogo di riferimento - cruciale sia per le vicende che hanno segnato le sorti di molti manicomi e dei loro abitanti, che per la particolare collocazione geografica e geopolitica - è l'ex Ospedale Psichiatrico di Gorizia, attuale Parco Basaglia e sede del Centro di Salute Mentale e di Neuropsichiatria Infantile del territorio isontino. Nella ricerca si è preso quindi in esame quanto alcune istituzioni di cura della salute mentale siano state riformate, trasformandosi da luoghi di esclusione e reclusione a luoghi di accoglienza, dedicando alcuni spazi alla narrazione della memoria del luogo. Il confronto tra i diversi metodi narrativi, in Italia e in Europa, porta a sollevare la questione su come le odierne strutture di cura si aprano o mostrino all'esterno, facendo anch'esse narrazione della salute mentale. Ne consegue un approfondimento e un ridisegno interpretativo di alcune architetture contemporanee specializzate nella terapia per persone con disabilità cognitive, focalizzando l'attenzione su specifici spazi di soglia ritenuti fondamentali per consentire l'incontro tra terapia e società. La comparazione a livello Internazionale delle architetture storiche e contemporanee ed il loro ruolo sulle pratiche psichiatriche, conduce ad intraprendere un periodo di ricerca in Francia, a Parigi, per ampliare ed arricchire l'indagine sul rapporto tra architettura e psichiatria. La natura dei temi e la loro complessità ha richiesto un'implicazione di saperi interdisciplinari come la sociologia, la filosofia, l'antropologia e le neuroscienze, così come il confronto con le diverse figure quali medici, operatori e utenti oltre agli architetti e studiosi coinvolti nelle trasformazioni delle Istituzioni. La ricerca si conclude riprendendo come campo di indagine il territorio isontino ed il Parco Basaglia nello specifico, al fine di comprendere come questi luoghi di terapia e assistenza le cui soglie ormai valicabili possano continuare a trasformarsi per accogliere l'alterità ed integrarla nella vita della comunità, nel tentativo di suggerire una progettazione più "sensibile" alle esigenze dei suoi diversi abitanti.

**Parole chiave:** Architettura e salute mentale; spazi soglia; Parco Basaglia; empatia; manicomi; museo della mente; alterità.

## Le premesse e i metodi della ricerca

Le ricerche sulla progettazione di spazi comuni in cui persone con diverse percezioni sensoriali possano trovare risposte ai loro bisogni, nasce durante il percorso di laurea, dove l'autrice ha sviluppato un interesse sulla diversa interazione con l'ambiente di cui fanno esperienza persone affette da Alzheimer. L'indagine è stata condotta con l'obiettivo di progettare degli ambienti che migliorino la vita quotidiana delle persone con disabilità cognitive e al contempo ripristino l'identità di coloro che sono costrette talvolta a vivere all'interno di una comunità. Nella libera professione gli studi condotti sono stati applicati nell'ambito della realizzazione di allestimenti museali, progettati per soddisfare le esigenze di visitatori di ogni età e con disabilità fisiche e/o cognitive. Il percorso del dottorato di ricerca prosegue quindi nell'esplorazione sugli spazi espositivi dedicati alla narrazione della salute mentale all'interno di strutture un tempo manicomiali poi psichiatriche.

La realizzazione della presente ricerca è stata possibile grazie ad una borsa di studio finanziata dalla Cassa di Risparmio di Gorizia<sup>1</sup>, il cui obiettivo mirava ad approfondire la conoscenza del territorio isontino. Di conseguenza, si è intrapreso un percorso volto alla valorizzazione dell'area, arricchito anche dall'analisi sul tema di altre realtà nazionali ed internazionali, per potenziare l'approfondimento conoscitivo. La tesi si articola dunque in un percorso che comincia e si conclude con le analisi e le ipotesi delle trasformazioni di un luogo fondamentale per la storia psichiatrica italiana e non solo, l'ex Ospedale Provinciale Psichiatrico di Gorizia, attuale Parco Basaglia.

Gli anni iniziali dell'attività di ricerca sono stati in parte compromessi dalla situazione sanitaria globale; tuttavia, ciò ha aumentato l'interesse a livello scientifico per la salute mentale e l'ambiente in cui viviamo. Questo ha portato alla partecipazione a diversi congressi sull'argomento, costituendo un nuovo modo di discutere e interfacciarsi con varie discipline. Le attività svolte durante l'ultimo anno di ricerca si sono principalmente concentrate sulla sintesi e la selezione dei dati raccolti durante il percorso di studio, al fine di delineare gli argomenti caratterizzanti la struttura finale della tesi. Le principali sfide sono consistite proprio nel riuscire a identificare argomenti specifici che fossero connessi tra loro in modo coerente, dato il vasto campo di applicazione. Inoltre, trattando tematiche di un ambito sanitario, la situazione pandemica ha in parte penalizzato le possibili ricerche sul campo, ma ha anche offerto nuove opportunità

---

<sup>1</sup> Borsa di studio D/1, finanziata dal Dipartimento di Ingegneria e Architettura su fondi della Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia. Tema libero nell'ambito delle tematiche di ricerca del dottorato concernenti il territorio isontino.

e possibilità di reinventare il processo di studio e di individuare nuove modalità di approccio. Nel considerare gli aspetti che legano la cura, la memoria e la narrazione della salute mentale nel contesto architettonico, si può affermare che il lavoro svolto non si sia basato su un percorso temporale lineare, ma su un costante confronto parallelo e un'alternanza tra passato e presente, modellato e adattato con continuità. Uno strumento utilizzato in questo processo di alternanza è stato disegnare di volta in volta delle mappe concettuali che tenessero insieme i concetti analizzati, elaborando continuamente il focus della questione. I concetti che al variare del focus apparivano meno importanti, sono stati accantonati, venendo talvolta riassorbiti a posteriori nella trama principale della ricerca.

Per approfondire la tematica, si è proceduto alla raccolta di testi, articoli, immagini di archivio e informazioni tra cui apporti provenienti da molteplici aree disciplinari quali architettura, filosofia, sociologia e psichiatria. Si è organizzata quindi una rassegna bibliografica completa e strutturata tematicamente di cui sono stati riportati i materiali più significativi. Si è provveduto inoltre all'analisi di progetti relativi a strutture ospedaliere, residenziali, semi-residenziali ed educative con orientamento terapeutico per la cura delle disabilità cognitive. Nell'esamina dei progetti sono state particolarmente considerate le caratteristiche relative all'integrazione con il contesto urbano e territoriale, le modalità di distribuzione, le funzionalità e le componenti morfologiche.

Non appena avuta la possibilità si è ritenuto fondamentale un processo di revisione e aggiornamento degli elaborati teorici e grafici attraverso esperienze sul campo e la partecipazione in presenza a convegni e seminari, oltre allo svolgimento di un periodo di ricerca di tre mesi presso l'École Nationale Supérieure d'Architecture Paris Val de Seine, sotto la supervisione del Professore Donato Severo, esperto nella ricerca sulla relazione tra architettura e psichiatria. Qui è stato possibile condurre degli studi per analizzare l'evoluzione degli edifici per la salute mentale: come le ex strutture manicomiali di Sainte-Anne, Saint-Maurice, Ville Évrard e Nanterre, nonché alcune cliniche psichiatriche di architettura contemporanea. È stata un'opportunità di grande beneficio per la ricerca poter osservare e confrontare pratiche architettoniche e mediche praticate in diversi Paesi europei, grazie inoltre a convegni svoltisi in Olanda, Inghilterra e Belgio, nonché in diverse città italiane. Ciò ha permesso di ottenere una visione globale necessaria ad effettuare scelte ponderate negli studi mettendo a confronto le diverse realtà. Altrettanto rilevanti per le ricerche sono state le visite ai musei annessi all'interno delle ex strutture manicomiali quali il Museo-Laboratorio della Mente di Roma e il MAPP di Milano, oltre alla visione di mostre realizzate sul tema della salute mentale in rapporto all'architettura, allestite a Parigi e a Bruxelles. A partire da una ricognizione del materiale raccolto e degli studi effettuati sul campo, uniti a workshop di progettazione partecipata e ad esperienze di dialogo con figure appartenenti ad altre discipline, nasce la decisione di strutturare la tesi in due parti distinte, accompagnate da casi-studio ritenuti significativi: una sezione più teorica e narrativa, utile a ripercorrere lo stato dell'arte e ad analizzare in dettaglio le questioni principali sollevate; e una

seconda parte più grafica, accompagnata, però, da nozioni necessarie per la comprensione delle analisi eseguite, in cui emerge il tema della soglia. Per esporre tali argomenti, si è scelto di adottare un metodo grafico di analisi efficace nell'assimilazione dei concetti e delle teorie precedentemente apprese, trasformate in seguito in una meta-progettazione ipotetica in un contesto attuale.

## Rispondere a questioni sul tema

Cercando risposte a molteplici interrogativi sollevati durante il percorso di studi, vengono qui di seguito riportati i quesiti a cui l'autrice ha colto come occasione per sviluppare osservazioni da diverse prospettive, dal punto di vista territoriale sino a quello architettonico, pur mantenendo una continuità logica nella struttura del lavoro.

Scavuzzo, Giuseppina, Dordolin, Anna, Di Prisco, Martina, 2020, *Tra città e casa: lo spazio-tempo della soglia come esperienza dell'alterità*, in «Urbanistica Informazioni», n. 289 s.i., pp.55-58, XII Giornata Internazionale di Studio INU, **Benessere e/o Salute? 90 anni di studi, politiche e piani.**

Di Prisco, Martina, Dordolin, Anna, Limoncin, Paola, 2020, *Alterità fisica e mentale nella città. Quando una cura non c'è*, in Morandotti, Marco e Savorra, Massimiliano, a cura di, **città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria**, AISU International 2020, Pavia

Di Prisco, Martina, 2021, *Gli interni soglia come esperienza dell'alterità*, in Leveratto, Jacopo, Saitto, Viviana, Sansoni, Valeria, a cura di, **Interni. Nuove geografie della ricerca** Maggioli, Santarcangelo di Romagna

Di Prisco, Martina, 2022, *Waiting areas as places of encounter between therapy and society*, in ARCH22 **Enabling health, care and wellbeing through design research**. 5 International Conference Rotterdam-Delft 2022

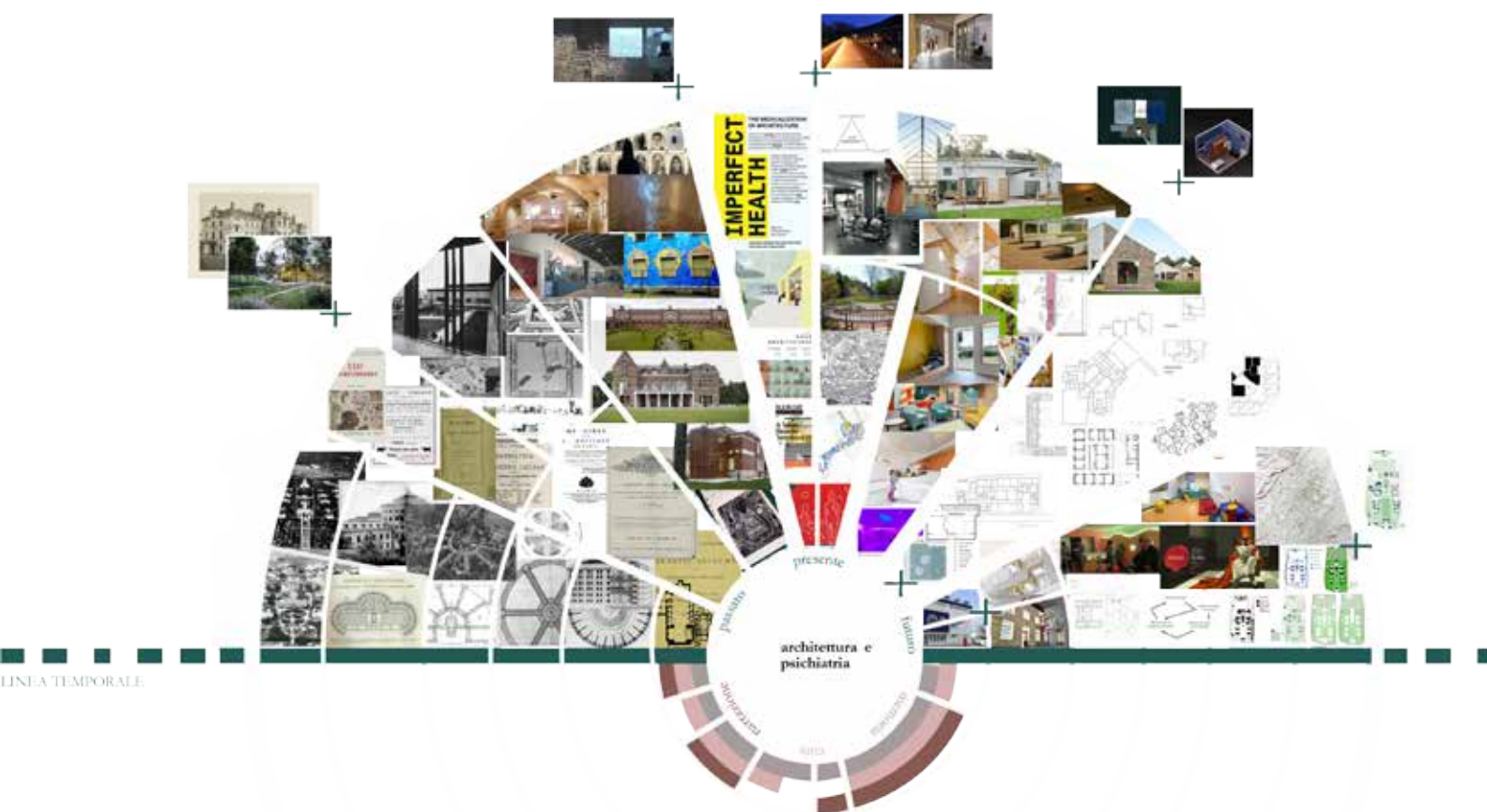
Di Prisco, Martina, Cannas, Patrizia, 2022, *L'eredità dei corpi esclusi. Indagine sugli spazi eterotopici della devianza*, AISU International 2022, Torino. **Adaptive cities through the postpandemic lens.**

Di Prisco, Martina, 2021, *The threshold spaces as mediation and narration of diversity*. AHRA PhD student Symposium 2021 **Researching (in) the City: Embeddedness, Relations + Collaborations** - Sheffield Hallam University School of Architecture

Di Prisco, Martina, Cannas, Patrizia, 2022, *The invisible heritage. Living the transition spaces*. AHRA PhD student Symposium 2022, **“Voices in Architecture”**- Westminster University School of Architecture

## La mappa concettuale come strumento di ricerca

La mappa concettuale si è dimostrata uno strumento fondamentale per costruire una gerarchia che ponesse in relazione gli elementi principali dello studio sulla cura, memoria e narrazione. Adattata e adeguata di volta in volta al percorso di indagine, l'autrice ha infine realizzato un elaborato grafico contenente le principali immagini e suggestioni utili a ricostruire una visione complessiva del lavoro. Tale mappa offre una visione a “ventaglio” che segue una linea temporale la quale lascia aperta la possibilità di inserire nuove questioni e possibili cambi di direzione.



## La struttura della ricerca

La tesi è formulata dal seguente capitolo introduttivo, da due parti strutturali a cui seguono le considerazioni finali e la bibliografia. All'interno del corpo principale vengono riportati una serie di casi studio esemplificativi, posti a conclusione delle tematiche analizzate. Si tratta nello specifico di significative esperienze didattiche o di architetture e luoghi visitati durante il percorso di ricerca, che hanno contribuito alla continua riformulazione dei contenuti della tesi fino all'attuale definizione.

## PARTE I.

### Capitolo I

La prima parte della dissertazione consiste nella ricostruzione dello stato dell'arte delle trasformazioni tipologiche delle architetture che hanno accolto il "folle" nei secoli in base al diverso concetto di follia assunto nelle varie epoche, dalla nascita delle prime forme di ospedale dell'antica Grecia al Novecento segnato dalle Istituzioni Totali coercitive e di segregazione - quali i manicomî, gli *asylum* inglesi e le *maison d'aliénés* francesi - fino all'approvazione della legge 180, che ne ha sancito la chiusura definitiva, almeno in Italia, portando alla conseguente costruzione di nuove architetture destinate alla cura della salute mentale. La fase di decostruzione manicomiale viene raccontata attraverso un excursus tra diversi metodi e linguaggi adoperati per narrare ciò che accade dentro e fuori le mura a seguito della dismissione. Le città si misurano con le trasformazioni e le disuguaglianze della società, attraverso esperienze culturali coinvolte nella salute mentale e attive sul territorio.

I casi ritenuti più significativi sono quelli in cui la *ri-attivazione* del luogo coesiste con la narrazione della memoria: le realtà in cui il progetto di valorizzazione entra in contatto con il territorio e con la società, riadattando l'Istituzione di un tempo a luogo per le cure della salute mentale nel contemporaneo; senza però tralasciare la memoria storica, ma dedicando alcuni spazi alla divulgazione del patrimonio, sia materiale (come le sue architetture) che immateriale. Sono dunque luoghi in cui la cura, la memoria e la narrazione convivono attraverso diversi metodi narrativi e dove il museo può diventare uno spazio di relazione, contribuendo attivamente al dibattito sulla memoria dell'istituzione psichiatrica. Luoghi che fanno sì che, nella sua forma attuale, l'ex ospedale psichiatrico diventi spazio di inclusione, cambiando la sua percezione in positivo pur mantenendo visibile il suo passato.

## I casi studio

L'ospedale di Sainte-Anne a Parigi e il Santa Maria della Pietà di Roma vengono riportati come esempi attuali di luoghi in cui, pur avendo attraversato percorsi differenti, è ben coesa l'integrazione della comunità con la riattivazione dell'ex istituzione manicomiale, portando ad una convivenza della cura della salute mentale con la memoria e la narrazione del luogo.

## **Capitolo 2**

Nel secondo capitolo viene esplorata l'evoluzione del concetto di **salute mentale**, a cui segue un confronto, sempre a livello internazionale, tra le **nuove forme architettoniche sperimentate** per la terapia.

Proseguendo l'analisi attraverso vari strumenti narrativi, come l'esplorazione di mostre, installazioni e riviste scientifiche dove compaiono indagini sul campo nel rapporto tra l'architettura e la salute mentale, sono emerse delle riflessioni e considerazioni sulle strategie adoperate per la progettazione di architetture contemporanee per la cura, al fine di verificare come si pone oggi la cultura architettonica rispetto al tema controverso della cura psichiatrica.

Fondamentale per lo sviluppo di questa fase è stata la collaborazione al progetto di ricerca SensHome, basato sulla sperimentazione e progettazione di architetture di interni nel campo dello spettro autistico, che ha permesso di osservare metodi di ricerca architettonici basati su un dialogo interdisciplinare.

Constatata una maggiore consapevolezza nel campo architettonico verso le sensibili tematiche e, riconosciuta nuovamente l'importanza dell'ambiente sugli aspetti curativi grazie ai progressi scientifici, ci si interroga su quanto effettivamente le architetture odierne siano in grado di rispondere alle necessità, accogliendo **le alterità attraverso una questione empatica**; su quanto siano in grado oggi di aprirsi alla comunità facendo anch'esse narrazione della salute mentale. Fondamentali al completamento di questa prima parte, gli studi effettuati sulle diverse disabilità cognitive in relazione alla diversa esperienza che si fa di uno stesso ambiente, legata sia alla percezione sensoriale che al movimento del corpo nello spazio (prossemica), in un confronto dalla scala urbana a quella domestica, da un contesto pubblico al privato. Viene riportato dunque un **dialogo interdisciplinare** che apre un nuovo capitolo nella storia dell'architettura moderna e nelle teorie della composizione architettonica, inserendo una componente scientifica nel dibattito tra forma e funzione degli edifici e dello spazio urbano.

## I casi studio

Vengono illustrate esperienze di progettazione partecipata sviluppata in realtà comunitarie di cura per la salute mentale in Italia e in Olanda, per fornire una visione comparata tra metodi e approcci adoperati nell'aspetto medico-architettonico. La visita al nuovo centro semi-residenziale olandese per la salute mentale ha permesso di osservare alcuni spazi abitativi personalizzati sulle esigenze della singola persona.

La partecipazione al Workshop condotto con il progetto SensHome assieme a cinque giovani utenti del centro ProgettoAutismo di Udine ha permesso di fornire l'espressione soggettiva ed individuale di un abitare consono alle esigenze, valorizzando anche l'importanza dell'esperienza corporea.

## **PARTE II.**

### **Capitolo 3**

La seconda parte della dissertazione consiste in uno studio approfondito di una serie di strutture terapeutiche per persone con disabilità cognitive, in cui vengono individuati degli spazi "soglia", tra interno ed esterno, tra casa e città, tra città e luoghi di cura. Luoghi che solitamente caratterizzano un passaggio, una transizione o talvolta un limite, possono diventare quella soglia permeabile per confrontarsi e relazionarsi con le alterità (come possono essere gli ingressi, le sale d'attesa, gli spazi terapeutici o di incontro con le famiglie, le stanze multisensoriali, ambienti in cui trovare privacy e rifugiarsi, o scegliere di entrare in relazione).

Sono luoghi ritenuti fondamentali per l'adattamento fisico e sociale di chi convive con una diversa esperienza sensoriale dell'ambiente che lo circonda e al contempo rappresentano un possibile punto di incontro tra terapia e società.

## I casi studio

I casi studio, anche qui inseriti come approfondimento a conclusione degli argomenti, si differenziano però da quelli precedenti per il racconto grafico che se ne fa.

Alcuni dei progetti studiati, dieci per l'esattezza, vengono approfonditi attraverso un ri-disegno interpretativo, che evidenzia la lettura delle forme e degli spazi-soglia individuati e definiti nella ricerca, quali di transizione, filtro, attesa e rifugio. I progetti illustrati sono stati selezionati secondo diversi criteri che variano dall'inserimento nel territorio alla tipologia edilizia, dalla progettazione ex novo alla trasformazione di strutture esistenti. Le schede di studio dei singoli progetti, oltre a riportare dei dati informativi e delle brevi descrizioni degli stessi, presentano delle interpretazioni grafiche dove emergono aree, superfici e volumi degli spazi-soglia ritenuti significativi. At-

traverso la lettura e il ridisegno di questi spazi-soglia si innescano delle considerazioni sulla consapevolezza o meno dell'importanza del ruolo che assume l'architettura come strumento per la cura della salute mentale, sia nel saper rispondere a delle esigenze specifiche che nel trasformarsi in un potenziale dispositivo di inclusione e narrazione.

## Capitolo 4

L'ultimo capitolo racchiude l'intento di tradurre gli studi in un'ipotesi meta-progettuale, che ripensi l'architettura per la salute mentale in un processo sociale che crea e riproduce beni comuni; dove la comunità è maggiormente consapevole, anche attraverso il faticoso e lungo processo di divulgazione; dove quindi le architetture per la cura dialogano con la memoria e la narrazione della psichiatria.

Viene così ristretto il campo di indagine, partendo da una mappatura delle strutture sanitarie comprese nel territorio regionale, distinte per tipo di edilizia e tipologie di servizi offerti. Ma più che approfondire la composizione delle strutture dislocate sul territorio, si focalizza l'attenzione sulle tre realtà manicomiali del Friuli Venezia Giulia in cui è stato effettuato, o è tutt'ora in corso, un progetto atto a riqualificare gli spazi aperti e costruiti per accogliere la salute mentale del cittadino. Segue quindi un breve confronto tra le esperienze di studio condotte all'interno dei complessi di Trieste, Udine e Gorizia. Il capitolo si conclude con un approfondimento sul Parco dell'ex Ospedale Psichiatrico di Gorizia, punto di riferimento sia per il potenziale trasformativo dell'area che per l'importanza che ha assunto nella rivoluzione psichiatrica italiana, portando il tema della salute mentale fuori dai manicomi e dentro le città.

### Il caso studio

Effettuando implicitamente un parallelismo con i casi studio analizzati ed in particolare con il manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma (illustrato nel primo capitolo) si ipotizza una strategia di ri-attivazione del Parco Basaglia attraverso gli spazi-soglia individuati. Una particolare attenzione ricade sulle strutture di Neuropsichiatria Infantile e del Centro di Salute Mentale presenti nel Parco, con una proposta di intervento che faciliti la connessione tra le due e che sia in grado di coinvolgere i cittadini del territorio, non soltanto per scopi terapeutici. Da specificare inoltre che gli interventi previsti nel meta-progetto, ossia un piano concettuale di riferimento, sono in linea con gli obiettivi stabiliti per la valorizzazione del territorio in previsione della proclamazione di Gorizia quale città della cultura Europea nel 2025.

Segue a conclusione un breve epilogo della ricerca e il materiale bibliografico suddiviso per capitoli e ambiti tematici.



# PARTE I

## Memoria e Narrazione della Cura

### Capitolo 1. Re-Mind. Nello spazio della follia

#### 1. Le architetture della *sragione*

##### I luoghi della follia: dall'asklepieio all'hospitale



Figura 1

Kos, Asklepieion. Planimetria con indicazione delle fasi costruttive, tratto da De Mattia, (2009), *Il tempio romano dell'Asklepieion di Kos: nuovi dati per la sua anastilosi*, pp.66. Elaborazione da Herzog-Schazmann 1932.

I luoghi destinati ad accogliere il *folle* hanno assunto nel tempo molteplici forme, così come il concetto stesso di follia ha assunto varie interpretazioni, diventando poi oggetto di studio delle scienze psichiatriche. Dalla condizione clinica e sociale riconosciuta al malato nelle varie epoche è dipesa quindi la sua collocazione nello spazio all'interno della città. I primi santuari di guarigione, gli *asklepieio*<sup>1</sup>, sorsero in Grecia nel III sec. A.C., solitamente costruiti in luoghi salubri, su colline distanti dalle città, circondati da aree boschive e vicini a fonti d'acqua considerate essenziali per i poteri curativi. Con l'espansione delle città iniziarono a sorgere dei templi monumentali costituiti da porticati e stanze, generalmente esposti a Nord, dedicati alla degenza del malato nell'attesa di accedere all'area consacrata per sottoporsi alle cure (fig.1) Numerosi i pellegrinaggi verso i luoghi sacri dove l'infermo che si recava, o vi veniva portato, attendeva alla porta d'ingresso del recinto esterno per essere accolto dal sacerdote, solo se ritenuto degno. Oltrepassato il varco del tempio-ospedale si sottoponeva a tre giorni di digiuni e lavacri per raggiungere uno stato di purificazione, definito fase di "incubazione", tale da poter proseguire con il rituale di guarigione che avveniva durante il sonno. Attraverso l'interpretazione del sogno delirante, per buona parte indotto dallo stato debilitante della per-

<sup>1</sup>Il termine deriva dal Dio dell'arte medica Asclepio (Esculapio), rappresentato spesso con sembianze umane e non divine.

sona, il sacerdote stabiliva una *diagnosi* ed una *cura* alla sofferenza, fisica o mentale in maniera indistinta, che consisteva, nella maggior parte dei casi, in bagni purificatori o in rituali con serpenti non velenosi considerati sacri, che spesso venivano lasciati strisciare sul pavimento dei dormitori dei malati.<sup>2</sup> Un'immagine che ci ricorda la favola orientale del serpente, di cui Franco Basaglia si servirà per comporre un'analogia importante con la condizione istituzionale del malato mentale<sup>3</sup>.

Ed è proprio in Oriente che si manifestava un maggiore interesse per le cure del “folle” considerato vittima di un demone<sup>4</sup> entrato in possesso del suo corpo, privandolo della salute mentale che coincideva con l'*aql*, ovvero la capacità di saper distinguere ciò che è giusto da ciò che è sbagliato. I trattamenti, che inizialmente prevedevano esorcismi e rituali per debellare le insidie demoniache, venivano praticati in aree specificamente dedicate al malato mentale. A Damasco, nel 707 d.C., fu fondato il primo ospedale per mezzo del califfo Walid Mansûrî e, con la nascita dell'impero abbaside (750 d.C.) sorsero nuove strutture ospedaliere che contribuirono in maniera decisiva allo sviluppo della medicina e delle pratiche di cura per la salute psichica<sup>5</sup>. Dal 790 il centro dominante divenne Baghdâd, dove vennero distribuiti ben dieci ospedali all'interno dei vari quartieri della città: dotati di farmacie e biblioteche pubbliche, composti generalmente da dodici piccole stanze con affaccio su patii di forma ottagonale con delle fontane poste al centro<sup>6</sup> (fig.2). Alcune di queste camere erano dedicate esclusivamente alla degenza del malato mentale definito grave o agitato; le finestre protette da inferriate e munite di catene per l'isolamento provvisorio, non permettevano alla luce di penetrare se non dall'alto, attraverso delle fessure di forma triangolare. Il suono dello scorrere dell'acqua delle fontane, la luce fioca e lo stato d'isolamento uniti ai trattamenti medici contribuivano alla terapia per sedare il paziente che, dopo aver superato la fase acuta, veniva trasferito in un padiglione intermedio costituito da sette stanze più grandi e luminose, con affaccio su un patio in cui spiccava una fontana di proporzioni maggiori rispetto alle precedenti. Nel 805, sempre a Baghdâd, fu fondata una delle massime istituzioni culturali del mondo arabo, la “casa della saggezza”<sup>7</sup>, che ospitava una biblioteca di medicina di vaste dimensioni, oltre alle camere di degenza per i malati, senza distinzione tra sesso o etnia, e degli speciali reparti per gli *alienati*. Con il disgregarsi dell'impero abbaside e il sorgere delle dinastie autonome, aumentarono i centri locali in cui vennero edificate numerose nuove strutture sanitarie, di cui alcune ad uso



Figura 2  
Bimaristan al-Sultan Qalawun (1283 A.D.), pianta piano terra.  
[Tschanz D. W., 2017].

2 Risse G.B., (1990), *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*, Oxford University Press, p. 56.

3 Si fa riferimento a *L'istituzione negata* di Franco Basaglia, p.150, in cui Basaglia riporta la favola presente narrata nel libro di Jurij Davydov, *Il lavoro e la libertà* del 1966. E da cui, nel 1968, Peltonen Pirkko prenderà spunto per intitolare il film-documentario “La favola del serpente”.

4 I demoni *ġinn* vagano di notte e trasportano le loro vittime per lunghe distanze per distoglierle dal loro cammino. La vittima dei *ġinn* era chiamata *maġnûn*, “posseduto da un *ġinn*”, ossia un “folle”.

5 La conoscenza sanitaria Islamica si era formata sulla base della dottrina ippocratea e galenica, dominante ad Alessandria d'Egitto, oltre che su quella persiana e indiana.

[De Maio D., (2002), *Terapia e farmacologia psichiatrica nel medioevo islamico*, in *Medicina nei secoli*, 1, Milano]

6 Tschanz D. W., (marzo/Aprile 2017), *Aramcoworld, The Islamic Roots of the Modern Hospital*. [<https://www.aramcoworld.com/Articles/March-2017/The-Islamic-Roots-of-the-Modern-Hospital>]

7 La *Bayt al-Hikma*, creata per essere la biblioteca privata del califfo Hārūn al-Rashid, poi ampliata dal figlio e successore di Hārūn nell'832 che la arricchì di un patrimonio di circa cinquecentomila testi [Dols M. W., (1992), *The origins of the Islamic hospital: myth and reality*, Oxford.]

esclusivo per le malattie mentali. La prima fu fondata ad Aleppo<sup>8</sup> e conteneva tre reparti: *inizio*, *cura* e *cronici*. Successivamente si espansero in Marocco, Algeria, Maghreb e Turchia, talvolta con aspetto e dimensioni monumentali. Una tra le più grandi sorse nel 1484 ad Edirne (fig.3), progettata dall'architetto Mimar Hayreddin. L'ospedale era composto da un'infermeria, da una mensa popolare, una scuola di medicina, due scuole coraniche e un'ampia moschea preceduta da un cortile porticato. La musicoterapia, la cromoterapia e l'idroterapia furono inseriti come trattamenti speciali per le cure di patologie più acute, che oggi potremmo definire appartenenti a stadi della schizofrenia.

Il *bimaristan*, o asilo dei malati, delle civiltà medievali potrebbe essere considerato un precursore dell'ospedale moderno, che ospitava e tratteneva i pazienti fino alla loro completa guarigione, e i cui costi erano a carico dell'ospedale, che fossero essi uomini o donne, residenti o stranieri, malati fisici o mentali<sup>9</sup>.

Mentre nel mondo Arabo i progressi delle scienze mediche riconoscevano la necessità di una collocazione precisa per le cure della mente, nel mondo Occidentale e con il sorgere dell'Epoca Medioevale la concezione di follia era inserita nell'antica contrapposizione tra il bene ed il male; la medicina cristiana non era ancora in grado di distinguere il folle dal malato o dal povero, assistiti insieme negli stessi *hospitalia*<sup>10</sup>, fabbricati modesti costituiti da pochi o addirittura da un solo ambiente, fondati e gestiti dagli ordini religiosi.

Sebbene già sulla via dell'alienazione e della punizione, il folle era ancora considerato parte costituente della società, dove l'isolamento non gli precludeva un ruolo sociale, e talvolta assumeva un ruolo simbolico di un personaggio stereotipo dell'inesattezza della condizione umana, oggetto di rappresentazioni artistiche ed allegoriche (fig.4). Nel medioevo la follia dunque non era considerata come un fenomeno sociale e tantomeno come una forma di malattia, ma vi si associava un significato spirituale, dove tutto ciò che veniva compiuto per il malato aveva finalità di guadagnare meriti per il proprio destino dopo la morte<sup>11</sup>. Il folle era lo strumento attraverso cui Dio trasmetteva la sua voce.

Fu con la scomparsa della lebbra che, in Europa, l'esperienza dell'isolamento e dell'internamento della follia cominciarono ad insediarsi gli ospedali e gli edifici sanitari sorti ai margini delle città, destinati ad accogliere i malati lebbrosi si trasformarono in luoghi di esclusione e prigionia per i "matti", oltre che per i bisognosi, gli emarginati di ogni tipo e i pellegrini. Inizialmente venivano cacciati dalle città e lasciati ad uno stato di vagabondaggio nelle campagne al di fuori delle mura cittadine, o affidati a battellieri, caricati sulle loro navi e abbandonati in territori lontani affinché non facessero ritorno nelle città d'origine; poi rinchiusi in luoghi di detenzione perché considerati minacce per la sicurezza dei cittadini ritenuti sani.

Insieme al povero, al malato e al criminale, il folle venne considerato "inutile" per il siste-



Figura 3  
La nave dei folli, Bosch H.,  
1494

<sup>8</sup>Nel 1157 e ricostruita nel 1260.

<sup>9</sup>Tschanz D. W., 2017.

<sup>10</sup>Deriva dal latino *hospitalis*; erano chiamate *hospitalia* le stanze destinate agli ospiti. Soltanto nel periodo carolingio la voce *hospitalis* sostituì quella greca di *ξενοδοχείον* per gli ospizi destinati ai pellegrini; molto più tardi assunse il significato di luogo di cura per gli ammalati. [Definizione di "Ospedale" di A. Canezza, A. Paolini, G. Marcovigi in Enciclopedia Italiana Treccani (1935)]

<sup>11</sup>Aiutando il povero e compiendo atti di carità ci si poteva guadagnare la salvezza in cielo.

ma economico-sociale, e di conseguenza una categoria da escludere dalla società. Modificato quindi il paradigma di riferimento, la società cambiò le proprie credenze e con esse si mutò anche il trattamento riservato ai folli: se nel Medioevo non era del tutto emarginato ma posto piuttosto al margine della società, con i cambiamenti sociali ed economici del Rinascimento, viene riconosciuto come soggetto debole e incapace di provvedere a sé stesso; per cui la reclusione poteva rappresentare l'unico modo per salvaguardare lui ed il resto della comunità.

La necessità di individuare un *diverso* ha portato la follia ad essere il principale pericolo da cui difendersi, affidando il folle agli stessi spazi di segregazione del lebbroso. La follia assume così un nuovo significato di ordine civile, e con essa mutano le strutture che l'accolgono, gestite da un'amministrazione pubblica e con la funzione di proteggere il cittadino "sano" dal malato, dal povero, dal criminale e dal diverso. Rinchiuso in luoghi spersonalizzanti, privato di ogni diritto e vittima di punizioni corporali e morali, il folle diventa il capro espiatorio della repressione della società borghese nascente<sup>12</sup>.

### Dalle case di correzione agli ospedali dei pazzi

La conseguenza è stata la diffusione, in tutta Europa, di una serie di *domus* destinate ad isolare e *correggere* il folle, così come il meno abbiente ed il malavitoso, diventate uno strumento di potere basato su misure arbitrarie: case di correzione come gli *Hôtel-Dieu* in Francia<sup>13</sup> e le *Workhouses* inglesi<sup>14</sup> o le *Zuchthäuser* tedesche, delimitate da cancelli ed inferriate, con porte e finestre sempre chiuse, catene e lucchetti ovunque, dove le cure consistevano nell'internamento e nell'isolamento.

Nel 1656 viene fondato a Parigi l'*Hopital General*<sup>15</sup> per volontà del Re Luigi XIV, definito da Foucault "il terzo stato della repressione"<sup>16</sup>, che rappresenta l'emblema dei primi ospedali atti alla "correzione" dell'alienato, ma con l'unico reale intento autoritario di imprigionare ogni forma sconosciuta all'etica sociale dominante.

Risulta evidente fin da subito che non si tratti di un'istituzione medica, ma di una sorta di entità amministrativa dotata di poteri autonomi, con il diritto di giudicare e applicare le sue leggi all'interno dei propri confini.

Nel territorio europeo, le case d'internamento si espandono quindi come luoghi per gestire

---

12M. Foucault (2011), *Storia della follia nell'età classica*, BUR, Milano.

13Inizialmente destinate ad ospitare pellegrini e viaggiatori da evangelizzare, poi hanno assunto funzioni ospedaliere fino a trasformarsi in *Hôpitaux généraux* o in veri e propri ospedali. Si trattava di strutture assistenziali sorte in prossimità delle cattedrali e assoggettate all'autorità vescovile.

14Nel 1576 Elisabetta I d'Inghilterra ha istituito con una legge le *Houses of correction*, organizzate in case-lavoro dove l'assistenza ai poveri si univa alla rieducazione al lavoro, per ottenere sia il riscatto morale che la redditività economica.

15Diverse Istituzioni già esistenti vengono destinate all'accoglienza e alla correzione dei folli, come Bicêtre e Salpêtrière. Quest'ultima, costruita nel 1634 come ospedale militare, diventa poi orfanotrofio, prigione, manicomio e ospedale.

16"L'opposizione tra poveri buoni e cattivi è essenziale alla struttura e al significato dell'internamento. L'*Hopital General* li designa come tali e la follia stessa è ripartita secondo questa dicotomia, e può entrare in tal modo, a seconda dell'atteggiamento morale che essa sembra manifestare, tanto nella categoria della beneficenza quanto in quella della repressione" [Foucault, M. 2011].



Figura 5

Prospetto del Bethlem Hospital, Lambeth, progetto di Sidney Smirke, 1834. [https://www.bl.uk/onlinegallery/onlineex/crace/g/largeima-



Figura 6

Bethlem Hospital (1740 circa). Collezione Wellcome. [Mindham, R. (2021). Il Bethlem Hospital di Robert Hooke del 1676: una meraviglia architettonica: la psichiatria per immagini, *The British Journal of Psychiatry*, 218 (4), p.181]

l'inutilità sociale dei folli, malati, poveri e criminali, come meccanismo di eliminazione, segregazione e spersonalizzazione degli "elementi che gli sono eterogenei o nocivi"<sup>17</sup>. Così come a Parigi, anche a Londra si diffondono strutture dedicate alla reclusione dei lunatici, come il noto Saint Mary Bethléem<sup>18</sup> (fig.5), di ispirazione araba e nato durante il Medioevo per la cura degli alienati provenienti da famiglie benestanti. Questa struttura prevedeva inizialmente un intervento di tipo medico terapeutico ma con il tempo assume, così come altre, la forma del modello segregativo e correzionale. Non per niente rinominato "Bedlam" (ossia caos, bolgia) è stato al centro di polemiche e contestazioni per le condizioni inumane in cui vivevano i malati, tanto da portarlo alla chiusura e riapertura più volte ed in siti diversi<sup>19</sup>. Nel 1676 viene riprogettato da Robert Hooke a Moorfields, in una zona scarsamente popolata a nord della città londinese dell'epoca. La nuova struttura rappresenta un'ispirazione per molti architetti del tempo, con la sua facciata imponente, a comporre un lungo corpo simmetrico che si estende per 150 metri e con una profondità di 12 m, in cui il sistema distributivo è caratterizzato da un unico corridoio di accesso alle celle, allineate su un solo lato<sup>20</sup>. Le alte mura di cinta sul retro racchiudono i terreni dell'ospedale, progettati per permettere ai pazienti di fare esercizio fisico e stare all'aria aperta; al contrario, viene vietato l'accesso ai giardini posti all'ingresso, protetti da una bassa recinzione, che svolgono una funzione prettamente ornamentale<sup>21</sup> (fig.6).

L'intero complesso, con il suo ingresso curato ed il prospetto imponente, rappresenta solo una facciata di apparenza. Suscita tanto scalpore e attira l'attenzione di numerosi architetti e visitatori, i quali dietro il pagamento di 1 penny, possono assistere allo *show of Bethlem*, osservando dalle finestre delle celle le stanze dei degenti. Il Bethlem conquista così la fama dell'ospedale che avrebbe plasmato un quadro nazionale ed internazionale per il trattamento della follia<sup>22</sup>. Seguendo le pratiche di internamento europee, anche in Italia sorgono i primi "ospedali dei pazzi" per volontà di ordini religiosi. Diversamente dal resto d'Europa il carattere reclusivo viene inizialmente attenuato dall'adeguamento degli ospedali che prima ospitavano lebbrosi e poveri, con l'intento di affrontare il problema del vagabondaggio e circoscrivere il contagio virale; si dimostra un tentativo fallimentare dal momento in cui le strutture assumono nuovamente una forma di emarginazione per le persone respinte dalle città, diventando ospedali e al contempo carceri. Si fa strada l'idea che la permanenza e l'isolamento della persona, costretta a sottostare a ritmi e *regole di vita* vigenti in questi istituti, rappresenti una forma di cura per il malato.

Ne sono alcuni esempi il lazzaretto di Santa Maria Maddalena edificato ad Aversa nel 1269 per gli appestati e destinato poi ad accogliere poveri, vagabondi e folli; così come l'ospizio di

17 Ibidem

18 Bedlam è il più antico istituto per la salute mentale d'Europa, fondato nel 1247 a Londra in Bishopsgate Street per raccogliere fondi per l'Ordine della Stella di Betlemme, impegnato nelle crociate in Terra Santa. Nel 1337 viene trasformato in un ospedale e nel 1357 in ospedale psichiatrico. Oggi meta turistica per molti visitatori del museo psichiatrico contenuto al suo interno, argomento approfondito in seguito nella seguente tesi di ricerca.

19 Il Bethlem Hospital verrà spostato e ricostruito successivamente per la terza volta a St. George's Fields.

20 Topp L., (2005), *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*. The Art Bulletin. 87 (1), 130-156.

21 Andrews J., Briggs A., Porter R.; Tucker P., Waddington K., (1997), *The History of Bethlem*, London & New York: Routledge.

22 Scull A. T., (1979), *Museums of Madness*, 1 ed., Londra, Penguin Books.

San Lazzaro per i lebbrosi a Reggio Emilia, riaperto successivamente (1536) per gli “insani di mente”; o come il Santa Maria della Pietà di Roma, fondato<sup>23</sup> nel XVI secolo in Piazza Colonna con lo scopo di accogliere i pellegrini e, dal 1562, anche i malati di mente, per poi diventare dal 1579 ad uso esclusivo di questi ultimi.

### La cura della follia. La nascita degli Asylums, le Maison aliénés e i Manicomi

“È solo con l'Illuminismo, che criticata la «follia totale» e superata la sua eziologia sovranaturale, divina o demoniaca, si diffonde una concezione della follia quale semplice «alterazione della mente». [...] Ora la follia è una malattia, da studiare scientificamente ed è la medicina ad operare il discrimine tra pazzia e normalità. È, dunque, un nuovo discorso che esclude e che giustifica l'internamento.”<sup>24</sup>

Una delle Istituzioni manicomiali che maggiormente ha influenzato e modificato la successiva concezione e progettazione architettonica nel campo psichiatrico è lo *York Retreat* (fig.7), istituito in Inghilterra dalla comunità quacchera guidata da William Tuke. Sebbene non sia mai esistita una versione replicata di questo modello, compare evidente nei testi di riferimento la consapevolezza di quanto l'ambiente possa influenzare il trattamento terapeutico. La struttura viene realizzata dopo la morte misteriosa del 1791 di una paziente della comunità quacchera, affetta da “melanconia” e in cura presso lo *York Lunatic Asylum*. L'istituto, costruito dall'architetto John Carr nel 1777, come esempio di ambiente “premuroso e senza eccessiva severità”<sup>25</sup>, diventa oggetto di indagini sollevate dalle preoccupazioni e sospetti di maltrattamenti ed abusi sui pazienti all'interno del manicomio, già comprovati e testimoniati nel Bethlem Asylum. Lo York Retreat nasce<sup>26</sup> dunque, come iniziativa della comunità dei quaccheri, per dare asilo a coloro che necessitavano di cure e non disponevano di risorse economiche sufficienti per accedere a strutture private. Immerso nel verde, l'istituto non presentava sbarre o grate alle finestre e permetteva la libera circolazione del paziente.

Inizia a farsi strada l'idea che il manicomio, che fino ad allora aveva assunto l'unico scopo funzionale di separazione tra i malati mentali e la comunità, possa essere utilizzato come strumento terapeutico, se progettato correttamente.

Nel Settecento, lo spirito riformatore dell'illuminismo influenza quindi anche il campo sanitario e s'insinua l'idea che la salute sia un diritto alla quale chiunque possa accedervi, e che l'ospedale non debba più essere il luogo di “buona morte” ma di trasmissione di un sapere scientifico. La cura della follia diventa tra le priorità terapeutiche e porta alla costruzione di nuove strutture sanitarie destinate ad accogliere gli alienati. Il periodo a cavallo tra il Settecento e l'Ottocento è quindi identificabile con la nascita della psichiatria e la creazione dei primi *Asylu-*

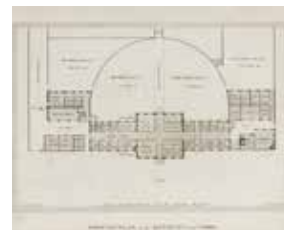


Figura 7  
Pianta del York Retreat, 1813. Wellcome Library, Londra.  
[<https://historic-hospitals.com/2016/03/12/the-retreat-at-york/>]

<sup>23</sup>Da parte di una confraternita spagnola vicina ad Ignazio Loyola.

<sup>24</sup>Palermo G., (a cura di) R. Perrella, (2020), *Follia, devianza e criminalità. La definizione dell'anormalità tra potere giudiziario e sapere psichiatrico nel XIX secolo*, in *La società dei folli*, Capua, p. 11. Artetetra.

<sup>25</sup>Smith L., (2007), *The architecture of confinement: Urban public asylums in England, 1750-1820* in *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*.

<sup>26</sup>Sul finire del XVIII secolo

ms<sup>27</sup> in Inghilterra, le *Maison aliénés* in Francia e i Manicomi in Italia, luoghi di internamento e “cura” del folle. Le Istituzioni Totali, così definite da Ervin Goffman, fondate “a tutela di coloro che, incapaci di badare a sé stessi, rappresentano un pericolo, anche se non intenzionale, per la comunità. [...] Luoghi di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato.”<sup>28</sup>

I primi cambiamenti si devono alle riforme nate in Inghilterra con l'introduzione del *County Asylum Act*<sup>29</sup> (1808) e le iniziative delle “*moral treatment*” (1813) del quacchero Samuel Tuke<sup>30</sup>; ed in Francia, con la liberazione degli incatenati dell'ospedale di Salpêtrière da parte di Philippe Pinel<sup>31</sup> (1795). È proprio allo psichiatra Pinel che viene ricondotto il tentativo di distinguere i soggetti affetti da disturbi mentali o semplicemente in difficoltà economiche o che hanno commesso reati, definendo per la prima volta la follia scientificamente come una malattia del corpo da curare con terapie mediche. Nel suo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (fig.8) sostiene che l'isolamento dal mondo esterno possa contribuire alla curabilità del folle, attraverso un trattamento morale volto a distrarlo dalle proprie manie per riportarlo alla ragione. Le strutture ospedaliere diventano così uno strumento per “curare” la malattia e al medesimo tempo un mezzo per proteggere e tutelare la società dal proprio lato oscuro.

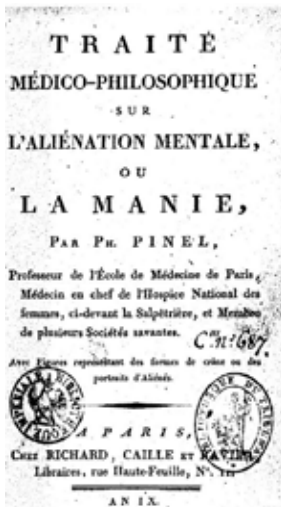


Figura 8  
Immagine di copertina del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* di Philippe Pinel, 1809 [https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033.image]

Questi avvenimenti importanti vengono interpretati come momenti fondatori dell'archetipo di quello che sarà il manicomio, costringendo la follia in una struttura, sia idealmente che fisicamente. Ed è con l'istituzione di questi “paradisi ben ordinati”<sup>32</sup> che la malattia psichiatrica si discosta dalla medicina generale, affidando alla figura del medico il potere e la responsabilità sui pazienti ricoverati in queste nuove strutture, curati con l'internamento volto alla “normalizzazione” dell'alienato, dichiarato da un certificato medico e secondo precise norme di legge.

27Il termine Asylum significa letteralmente “luogo di rifugio”, ossimoro rispetto allo stato insalubre e disumano delle cellule in cui venivano confinati pazienti.

28Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, trad. ita (a cura di) F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1968, p.29

29Atto varato da William Wynn, che riconosce per la prima volta il folle come malato che va separato dal contesto familiare e comunitario in favore di uno spazio idoneo per la sua terapia.

30Nipote di William Tuke, mercante che fonda l'asylum nazionale per quaccheri *The Reatreat*, a York, basato su un innovativo senso di comunità e senza limitazioni per i pazienti, destando interesse all'ambiente sanitario legato alla cura della salute mentale in tutta l'Inghilterra e all'Estero.

31Philippe Pinel (1745-1826). Psichiatra francese che per primo introduce l'analisi fisiologica nella malattia mentale, pubblicando nel 1788 *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, dove teorizzava la necessità del medico di indagare i legami tra le malattie e le mutazioni anatomiche. Scrive nel 1801 (pubblicato nel 1809) il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, dove difatti classifica alcune malattie mentali in base alle lesioni organiche (come la melanconia, la mania, la demenza, l'idiotismo). Le sue teorie verranno riprese dallo Psichiatra Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), ispirando il regolamento psichiatrico del 1838 che rimarrà in vigore sino al 1990.

32Topp L., *Freedom by Design: The Paradoxes of Psychiatric Architecture*, in Harvard Design Magazine n.40 - Well, Well, Well», Spring/Summer 2015

In Francia, nel 1838, viene promulgata la legge<sup>33</sup> *Lois des aliénés* che resterà in vigore fino al 1990. Con questa legge il ricovero del malato può avvenire solo con prescrizione medica, traducendo giuridicamente le pratiche di Pinel ed Esquirol basate sulla necessità di isolare il malato.

Viene istituita al contempo, in Inghilterra, la pratica del *no restraint*<sup>34</sup>, voluta dalla Regina Vittoria nel 1837, che postula l'abbandono di qualsiasi contenzione meccanica. Il medico John Conolly<sup>35</sup>, primario del più grande asylum inglese dell'epoca (*Middlesex County Asylum*) (fig 9)<sup>36</sup> - con più di mille posti letto - raggiunge una fama internazionale grazie all'applicazione della sua pratica del *no restraint*, e alle sue pubblicazioni<sup>37</sup> di orientamento più umanitario. Viene varata in questo periodo la *Lunacy Act* (1845), una legge che riconosce ai lunatici lo status di individuo affetto da malattia mentale. Da quel momento, ogni asylum (ad eccezione del Bethlem Royal Hospital<sup>38</sup>) dovrà dotarsi di un regolamento scritto e di un medico che risieda al suo interno, facendo perdere al paziente il diritto di opporsi alla detenzione, e affidando al medico la totale responsabilità del malato.

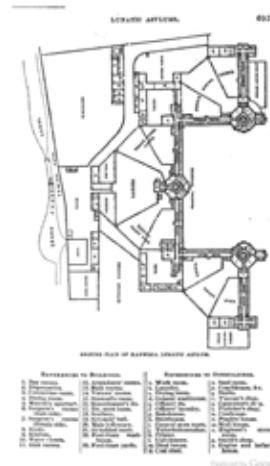


Figura 9

Asylum di Hanwell [The Pictorial Handbook of London: Comprising Its Antiquities, Architecture, Arts, Manufacture, di John Weale, p. 605. Pub. HG Bohn 1854]

Con la nascita della psichiatria si affida così ad una struttura ospedaliera specifica il compito di custodire *l'uomo di sragione*<sup>39</sup> separandolo dai poveri e dai criminali, allontanandolo definitivamente da carceri e case lavoro, portando alla conseguente differenziazione delle architetture atte ad accoglierlo.

Una differenziazione che non ne modifica però la funzione, ma anzi diventa uno strumento di cui la borghesia si nutre per allontanare tutti i soggetti fonte di scandalo per la famiglia e la società. Un luogo per legittimare l'esercizio di un controllo sociale, che si tramuta in una nuova sfida per l'architettura.

Come rappresentare un periodo di cambiamento sociale con una tipologia architettonica che lo raffiguri degnamente?

### Il panopticon: un ideale dispositivo di controllo

L'idea di controllo si tramuta in organizzazione spaziale nel 1787, con uno disegno del filosofo Jeremy Bentham<sup>40</sup> dell'*Inspection House* (fig.10). Meglio conosciuto come il *Panopticon*, ovvero



Figura 10

Panopticon penitenziario o casa d'ispezione, 1791 [University College London Library, Bentham Papers 119a/120]

33Emanata dal re Luigi Filippo

34Pratica di "non contenimento", già sperimentata da Robert Hill nel Lincoln Asylum.

35Professore di medicina nell'università di Londra e primario del Middlesex County Asylum (1839-1844) di Hanwell.

36Il Progetto realizzato dall'architetto William Alderson prevedeva una struttura articolata su uno schema in pianta a "C" - con al centro e agli estremi dei corpi laterali (maschile e femminile) - degli edifici su modello panottico a base ottagonale. Struttura pensata per ridurre il rischio dell'espansione di infezioni secondo le teorie dei germi che stavano iniziando a prendere piede in quel periodo.

37*An inquiry concerning the indications of insanity with suggestion for the better protection and care of the insane*, London, 1830; *Treatment of the insane without mechanical restraints*, London, 1856.

38Sotto inchiesta per le condizioni igienico sanitarie e i metodi di contenzione ancora vigenti.

39Foucault, M., 2011.

40Ci sono testimonianze delle innumerevoli ricerche ossessive e cambiamenti nei progetti realizzati da Bentham, ma resterà per lo più fedele a dei piccoli moduli, replicabili in caso di necessità di maggiore superficie. Privilegia

“occhio che tutto vede”, che secondo il filosofo risponde al concetto di “non restrizione” già anticipato dalla famiglia Tuke per lo York Retreat.<sup>41</sup> La struttura permetterebbe difatti di esercitare un potere di sorveglianza costante che induce il recluso, posto consapevolmente in uno stato di visibilità, a correggere i propri atteggiamenti.

Nel 1791, lo stesso Bentham fa realizzare il disegno (fig.11) del progetto dall'architetto Willey Reveley, definendolo come un modello di carcere ideale e “un nuovo modo per ottenere potere mentale sulla mente, in maniera e quantità mai vista prima”<sup>42</sup> e di cui Michelle Foucault fa tale descrizione degli spazi:

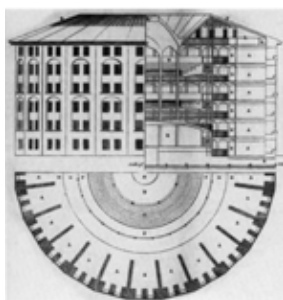


Figura 11

Panopticon di Bentham, 1791, pianta, sezione e prospetto disegnati da Willey Reveley [Wikimedia Commons]

“Poiché il principio era: alla periferia, un edificio a forma di anello; al centro, una torre; nella torre sono aperte larghe finestre che danno sulla facciata interna dell'anello. L'edificio periferico è diviso in celle, ciascuna delle quali ne attraversa l'intero spessore. Queste celle hanno due finestre: una aperta verso l'interno, che corrisponde alle finestre della torre; l'altra, che dà verso l'esterno, permette alla luce di attraversare la cella da parte a parte. È sufficiente allora mettere un sorvegliante nella torre centrale, e in ogni cella rinchiudere un folle, un malato, un condannato, un operaio o uno scolaro. Per un effetto di controllo, si possono vedere dalla torre le piccole sagome prigioniere nelle celle della periferia, che si stagliano nella luce. Insomma si inverte il principio della segrete; la piena luce e lo sguardo di un sorvegliante captano meglio dell'ombra, che in ultima analisi proteggeva.”<sup>43</sup>

Bentham progetta delle persiane per le finestre della sala centrale di sorveglianza (definita *torre* da Foucault ma meglio identificabile con il termine *lodge*<sup>44</sup>, ossia residenza di piccole dimensioni) per far sì che l'osservatore resti in penombra passando inosservato; utilizza materiali innovativi come il ferro e il vetro; elimina le porte come elemento di passaggio tra un settore e l'altro, e le sostituisce con delle ampie finestre; studia inoltre gli aspetti più tecnici insieme al fratello Samuel, esperto in materia, come la ventilazione, il riscaldamento, lo smaltimento dell'acqua piovana, lo smaltimento delle acque nere, etc.

L'organizzazione delle celle viene analizzata nel dettaglio: prevede ampie pareti vetrate verso l'osservatore affinché la luce penetri e faciliti il controllo di giorno, mentre le lampade poste all'ingresso di ogni cella permettono l'osservazione notturna; le pareti divisorie che le separano si allungano leggermente oltre l'ingresso delle singole celle per impedire ai reclusi di potersi vedere (fig.12) “Tante gabbie, altrettanti piccoli teatri, in cui ogni attore è solo, perfettamente individualizzato e costantemente visibile.”<sup>45</sup> Questo progetto ritenuto esemplare da molti stu-



Figura 12

Immagine dell'interno del carcere olandese Arnhem, progettato dall'architetto Johan Frederik Metzelaar, ancora in uso (1880). [Elisabetta Festa (2020), Dal panopticon alle carceri moderne, in [www.criticalsociety.it](http://www.criticalsociety.it)]

il “multipanoptismo” al progetto a raggiera e fa un'analisi a dir poco maniacale di definizione dei vari progetti associandoli ad obiettivi tra i più disparati come: “Ptenotrophium” specie di voliera climatica, “Paedotrophium” asilo per i bambini dei prigionieri, e la “scuola crestomatica” dall'organizzazione tripartita come la gerarchia che la struttura (maestro, istruttore, studenti), che voleva costruire in fondo al suo giardino per esserne l'istitutore.

<sup>41</sup>Evans R., (1971), *Bentham's Panopticon: An Incident in the Social History of Architecture*, in *Architectural Association Quarterly* 3.2, pp. 12-37.

<sup>42</sup>La proposta di Bentham suscita molto interesse nel governo britannico, che finanzia la costruzione di numerose prigioni su questo modello. Noto è il caso della prigione di Millbank dove i detenuti svilupparono malattie mentali e casi di schizofrenia a causa del costante controllo a cui erano sottoposti.

<sup>43</sup>Michel Foucault presenta così il “Panopticon” e Jeremy Bentham nel suo libro *Surveiller et punir* del 1976.

<sup>44</sup>Con il termine inglese “lodge” si intende un'abitazione di proporzioni limitate e di carattere provvisorio; è legato all'idea della sorveglianza in quanto di solito designa la casa del custode di una villa, la portineria.

<sup>45</sup>Bentham J., *Panopticon or the inspection house*, Londra, 1791; trad. it. (a cura di) Foucault M., Perrot M., (1983),

diosi e architetti nel risolvere delle problematiche di funzionalità e di organizzazione spaziale interna, non verrà mai realizzato, anche se il suo *panoptismo* (come Foucault definisce questo meccanismo di controllo) influenzerà molte architetture del XIX secolo, specialmente di carattere detentivo<sup>46</sup>, ma non solo (fig.13).

Il concetto posto alla base delle ricerche tipologiche delle seguenti strutture è quale sia il modo migliore per punire e si traduce nell'indurre ad un controllo della mente attraverso il controllo del corpo.

La convinzione comune che questo tipo di schema architettonico possa aiutare attraverso una purificazione mentale indotta dallo stato di osservazione costante da parte di un superiore, porta filantropi e religiosi ad approvare e giustificare il panopticon come ideale di rifugio sicuro per gli internati, qualunque sia la loro colpa.

Lo stesso Jeremy Bentham, riporta nelle sue lettere delle riflessioni riguardo a quanto l'adeguamento di questo prototipo architettonico possa essere funzionale per la costruzione di istituzioni di sorveglianza, quali manicomii, ospedali, scuole oltre che luoghi di lavoro<sup>47</sup>.

Soffermandoci sull'aspetto manicomiale e sanitario, risulta interessante come Bentham faccia una descrizione dettagliata da un punto di vista architettonico sull'efficacia dell'applicazione dello schema panottico, definendolo distante dai metodi severi e coercitivi:

“[...] Non ci si attende né ci si augura che gli esistenti ricoveri siano demoliti solo per fare posto ad altri basati sul principio di ispezione. Ma se qualche edificio dovesse essere costruito a questo scopo in futuro, fatto per accogliere il sistema dell'ispezione, l'oggetto di queste istituzioni non potrebbe non essere positivamente influenzato. [...] E riguardo alla condotta dei guardiani e al bisogno che hanno i pazienti di essere guardati, la naturale e lodevole diffidenza nei confronti degli abusi troverebbe in questo caso, come nei precedenti, una più pronta soddisfazione che non altrove.”<sup>48</sup>

Sostiene, inoltre, che un ospedale di questo tipo gioverebbe sia al paziente che al personale medico, il quale potrebbe risiedere permanentemente all'interno delle strutture di sorveglianza, se costruite con una certa qualità:

“[...] Chissà che la certezza di una assistenza medica, non occasionale, breve o addirittura precaria come adesso, ma costante e ininterrotta non possa rendere tale sistemazione addirittura preferibile alla propria casa per quelle molte persone che possono permettersi di pagarla? e che la costruzione di un edificio di questo tipo non possa essere valorizzata nelle mani di un medico intraprendente?”.



Figura 13

Vista dell'interno del New Illinois State Penitentiary, Stateville, (USA). Carcere costruito, nel 1925 dal progetto dell'architetto W. Carby Zimmerman, sul modello del Panopticon e tuttora esistente. [Intervista a Marco Nocente, (2020), *Geografia carceraria: riflessioni sul carcere e i suoi confini attraverso le lettere dei prigionieri*, in [www.festivalgeografie.it](http://www.festivalgeografie.it)]

---

*Panopticon ovvero la casa d'ispezione, Venezia.*

46In Inghilterra i primi esempi più vicini al panopticon vengono costruiti per le carceri di Breda e Arnheim (1886), poi Haarlem (1901) e la già citata Millbank a Pentonville. Si diffonde la tipologia anche negli stati Uniti dove nel tardo 1920 viene costruita la prigione di Stato di Stateville Joliet in Illinois. Mentre in Francia non ebbe molto seguito, ricordiamo Autun (1856), Beaulieu (Harou-Romain a Caen) e la Santé (1864-1867) a Parigi. Anche in Italia si sviluppano alcuni modelli di carcere con il medesimo schema, come il Santo Stefano delle isole Ponziane (1795).

47In “Esquisse d'un ouvrage en faveur des pauvres” Bentham dimostra come il principio dell'ispezione centrale possa tornare utile ad una collettività “al lavoro”. Il testo viene scritto tra il 1795 e 1797, in un periodo di crisi economica e sociale Inglese, in cui le già citate “workhouses” non hanno funzionato adeguatamente.

48Bentham, 1791.

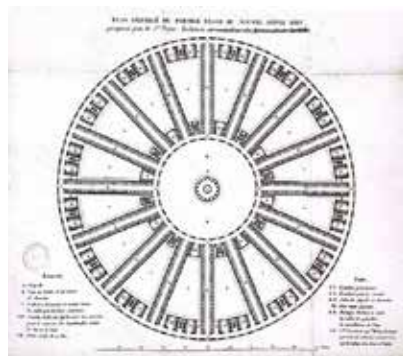
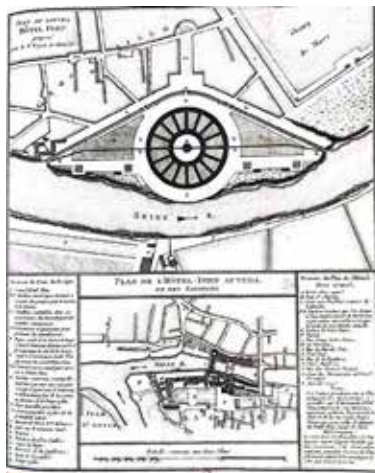


Figura 14

Immagine di copertina del testo *Mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital de malades* di Antoine Petit, 1774.

Figura 15-16

Pianta del piano terra del nuovo Hotel-Dieu progettata da B. Poyet nel 1785. [*Renouvellement du projet de transférer l'Hôtel de Paris à l'île de Cygnes*, 1874]

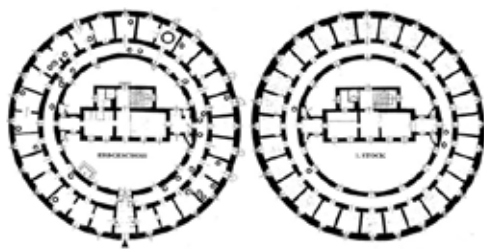


Nello stesso periodo a Vienna assistiamo all'edificazione di un importante ospedale specifico per pazienti psichiatrici, il Narrenturm<sup>51</sup> (letteralmente “La Torre dei Pazzi”), risalente al 1784 (fig.17-18). Simile ad una fortezza militare con pianta circolare presenta finestre alte e strette come feritoie lungo i cinque piani dell'edificio e 28 celle per piano, sbarrate da inferriate. Una struttura ben lontana dagli scopi terapeutici e di cui verrà presto abbandonata la sua mansione originale. Modello sul quale verrà costruito anni dopo uno dei rarissimi esempi di architettura panottica con fini sanitari in Italia, l'attuale Padiglione Conolly<sup>52</sup> dell'ex Ospedale Psichiatrico di San Niccolò di Siena. Progettato dall'architetto Francesco Azzurri, entra in funzione nel 1876 per l'isolamento dei “clamorosi”, malati considerati di più difficile gestione (fig. 19).



Figura 17 Narrenturm, attuale Museo di Storia Naturale di Vienna [Narrenturm. (2019, June 26). In <https://it.wikipedia.org/wiki/Narrenturm>]

Figura 18 Pianta della Torre dei pazzi, Dieter Jetter, Vienna, Austria, 1784 [<https://narrenturmaufbruch.wordpress.com/category/exhibition/>]



sa da Bentham, dispone di un singolare modello

49Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé, Paris.

50Che con l'incendio del 1772 suscita numerose riflessioni sulla progettazione ospedaliera.

51Edificato dall'architetto Josef Gerl sotto l'imperatore Giuseppe II, è oggi sede del campus universitario di medicina e del museo anatomico-patologico austriaco.

52In nome dello psichiatra John Conolly, riconosciuto come sostenitore di terapie che escludessero metodi di contenzione. Per certi versi paradossale la scelta di associare il suo nome ad uno dei padiglioni del complesso che rispecchia maggiormente lo schema di “massima sicurezza”.

di celle con angoli stondati per questioni di sicurezza, e con un piccolo spazio verde sul retro racchiuso da mura, accessibile liberamente dai singoli pazienti per scopo terapeutico, e citando Azzurri “per godere dell’aria, del sole e del profumo dei fiori”<sup>53</sup>.

Uno spazio apparentemente nato con un intento benefico ma che in poco tempo sarà reso inagibile per dare spazio al canonico modello di reclusione dei malati.

Il panopticon rappresenta, quindi, lo sviluppo di una concezione funzionale dello spazio che deriva da studi medici e fisiologici che prendono piede in questo periodo, penetrando nella complessità degli spazi urbani concepiti secondo le nuove consapevolezze di igiene sociale (fig. 20).

Non è un caso che Foucault stesso si sia interessato allo schema panottico attraverso lo studio della medicina clinica, individuando nel manicomio il medesimo schema di controllo, dove i principi di potere si inscrivono nell’architettura, e dove il dispositivo terapeutico coincide con il dispositivo di potere, dato che mira ad una guarigione imposta all’internato da un potere superiore<sup>54</sup>.

Le architetture delle nuove istituzioni manicomiali, dunque, ancora una volta determinano una segregazione imposta da regole esterne atte a produrre un’interiorizzazione della normallizzazione, attraverso un nuovo potere, quello psichiatrico.



Figura 19  
Pianta del piano terra del Padiglione Conolly del manicomio San Niccolò di Siena [https://fondoambiente.it/luoghi/padiglione-conolly-dell-ex-ospedale-psichiatrico?lde]

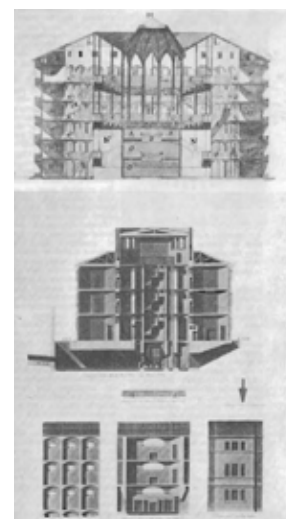


Figura 20  
The Centre Section of the Pauper Lunatic Asylum near York, Watson e Pritchett, 1818. [Evans R., 1971]

## Il potere psichiatrico: sperimentazioni di forme tra utopia e realtà

È con il nuovo quadro legislativo francese ed inglese dell’Ottocento che i luoghi deputati ad accogliere il folle iniziano a distinguersi dalle case lavoro o dalle prigioni, prevalentemente incentrate sullo schema panottico o di tipo radiale, introducendo un nuovo profilo tipologico “a corridoio” o “a padiglione”, caratterizzante la maggior parte dei complessi manicomiali del Novecento.

Tra il 1811 e il 1914, in Inghilterra così come in Francia, vengono realizzati un numero con-

<sup>53</sup>Vannozi F., Carte da legare, 2001.

<sup>54</sup>Scavuzzo G., (2020), Il parco della guarigione infinita, Siracusa, Letteraventidue.

siderevole di complessi manicomiali che si differenziano architettonicamente, dimostrando l'evidente sperimentazione in atto nel ricercare la tipologia più adatta ad accogliere l'insano, e al contempo consentire al medico di esercitare il suo sapere.

La presenza costante della figura del medico all'interno dell'Istituzione diventa una prerogativa fondamentale, portando alla realizzazione di un blocco amministrativo che diventa l'emblema dell'autorità: generalmente posto in maniera visibile all'ingresso del complesso manicomiale e nettamente più curato nel dettaglio architettonico. Inoltre, i progressi scientifici che conducono ad una differenziazione delle patologie psichiatriche, si traducono a loro volta in una differenziazione architettonica basata su reparti, distinti per genere, età e condizione clinica.

### Gli Asylum inglesi tra forma e dignità



**Figura 21**  
Pianta del manicomio di Glasgow, progettato dall'architetto William Stark (1770-1814) [Thompson J. D., Goldin G., (1975), *L'ospedale. Una storia sociale e architettonica*, Yale University Press, New Haven e Londra]

Il variare del rapporto tra i vari reparti e la sede dell'amministrazione permette di determinare le tipologie utilizzate nelle scelte progettuali dell'intero complesso. Nello specifico ritroviamo, nei primi progetti inglesi il *Radial plan* (tipo radiale), più vicino alle strutture carcerarie, composto solitamente da una torre in posizione centrale dalla quale si prolungano dei lunghi corpi laterali. La mancanza di luce naturale e la scarsa circolazione dell'aria porta ad abbandonare lo schema, anche se uno degli esempi a pianta radiale maggiormente riusciti per risolvere queste problematiche lo ritroviamo già realizzato in Scozia nel 1814, il *Glasgow Lunatic Asylum* (fig.21): con un corpo centrale a pianta ottagonale e quattro ali laterali che garantiscono il passaggio della luce e una buona ventilazione naturale. La distribuzione dei ricoverati nelle varie ali è determinata dalla patologia e dal ceto sociale.<sup>55</sup>

Tra il 1830 e il 1890, sempre in Inghilterra, aumentano le tipologie a corridoio, *corridor plan*, dove il blocco centrale dell'amministrazione viene collocato al centro della struttura e i reparti si sviluppano ortogonalmente lungo i due corpi laterali, schema che consente la possibilità di modifiche e ampliamenti ed una divisione netta tra i sessi. Uno degli esempi più rilevanti è, il già citato, *Bethlem Royal Hospital*, che utilizza il corridoio come unico locale d'accesso alle stanze dei pazienti (fig.22).



**Figura 22**  
Prospetto e pianta del Bethlem Royal Hospital, St George's Fields, Southwark, Londra, 1815  
[[https://www.ribapix.com/bethlem-royal-hospital-st-georges-fields-southwark-london-elevation-and-plan\\_riba18838#](https://www.ribapix.com/bethlem-royal-hospital-st-georges-fields-southwark-london-elevation-and-plan_riba18838#)]

Con l'introduzione del Lunacy Act del 1845<sup>56</sup>, quindi, l'immagine del manicomio diventa un importante elemento in aggiunta al paesaggio urbano, risultato di una massificazione di costruzioni imposta dal governo. La maggior parte dei progetti realizzati in questi anni riprende il modello del Middlesex County Asylum di Hanwell di stile neoclassico, simile al nuovo Bethlem Hospital a St. George's Fields e con una torre su base ottagonale che richiama Jeremy Bentham.

L'influenza del lavoro di Samuel Tuke unito alla terapia occupazionale introdotta da William Ellis e l'abolizione dei metodi di contenzione imposti da John Conolly, fanno del Middlesex

<sup>55</sup> Le donne e gli uomini più abbienti venivano collocati nei corpi edilizi esposti a sud-est e sud-ovest.

<sup>56</sup> A. Roberts (1981) *The Lunacy Commission, Study of its Origin, Emergence and Character*, London, [www.studymore.org.uk].

Il Lunacy Commission era un ente pubblico istituito dal Lunacy Act del 1845 per supervisionare i manicomi e il benessere dei pazienti in Inghilterra e Galles.

County Asylum il complesso esemplare per eccellenza<sup>57</sup>.

L'esperienza residenziale all'interno dell'Istituto, ha permesso al medico Conolly di analizzare a fondo gli spazi progettati, con la conseguente stesura di un manuale di linee guida per la progettazione manicomiale, *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*<sup>58</sup> (fig. 23), punto di riferimento per il design che seguirà negli anni successivi. Il manuale assume un'importanza fondamentale, in quanto rappresenta uno dei primi articoli pubblicati sul design manicomiale redatti da uno psichiatra e destinato a fornire delle istruzioni progettuali all'architetto.

Un noto mezzo di trasmissione di un sapere pratico diventa il settimanale *The Builder*<sup>59</sup> (fig.24), edito dall'architetto George Godwin, il quale, con la pubblicazione di planimetrie e dettagli tecnici in tema sanitario, ritiene fondamentale che l'architetto debba avere oltre alle conoscenze tecniche, anche una base teorica sul trattamento medico della follia<sup>60</sup>.

### Le architetture di Hine per garantire *simple dignity*

Nel medesimo periodo si affermano, nello scenario architettonico inglese, figure come Charles Fowler, William Dawes e G. T. Hine, che hanno potuto narrare e diffondere le loro opinioni anche grazie alle pubblicazioni comparse sulla rivista *The Builder*<sup>61</sup>.

Fowler - membro fondatore dell'Institute of British Architects e noto per la progettazione del *Devon County Pauper Lunatic Asylum* ad Exminster nel 1845 (fig.25-26) - descrive un'analisi preliminare di sei schemi basati sul rispetto per zona, alloggio e costo. La sua idea dà vita alle planimetrie con schema radiale, ponendo al centro la sede dell'amministrazione e i reparti disposti a raggiera. Questo sistema distributivo viene ritenuto il più consono per poter raggiungere nel minor tempo possibile tutti i reparti<sup>62</sup>.



Figura 23

Immagine della copertina del manuale *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, Conolly J., 1847  
[<https://wellcomecollection.org/works/skfj4n5>]

Figura 24

Immagine della copertina del manuale *The Builder*, 1842  
[[https://archive.org/details/pub\\_building-uk](https://archive.org/details/pub_building-uk)]

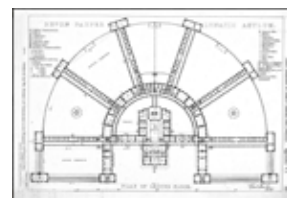


Figura 25-26

Devon County Pauper Lunatic Asylum, Exminster (1842-45). Vista aerea. Radial Plan.  
[<https://dcmh.exeter.ac.uk/>]

57Hunter R., Macalpine I., (1968), Introduction. In: Conolly, John. *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*. (1847). Swindon, Dawsons.

58Conolly J., (1847), *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, London, John 80 Churchill, Princes Street, Soho.

59Fondato nel 1842 da Joseph Hansom e diretto dal 1844 al 1883 da George Godwin, il periodico settimanale si interessava di questioni architettoniche intrecciate a temi di storia, archeologia, arte, igiene e questioni sociali. Si è descritto come "Una rivista settimanale illustrata per l'architetto, ingegnere, costruttore, riformatore sanitario e amante dell'arte". La rivista viene ribattezzata *Building* nel 1966 ed è ancora pubblicata. [City of London, Opuscolo informativo n. 22, *George Godwin & The Builder*, Febbraio 1997, London Metropolitan Archives].

60 Godwin G., (1859) *Lunatic Asylums and the Treatment of the Insane*, in: *Builder*. Pp. 721-23.

61 Taylor J., (2007), *The Architect And The Pauper Asylum In Late Nineteenth-Century England*, in "Madness, Architecture And The Built Environment: Psychiatric Spaces In Historical Context", Topp L., Moran J. E., Andrews J. (2007): [2011], Abingdon, Routledge.

62Fowler C., (1846), *A Paper to the IBA*, in *Builder*, 349.

[[https://Archive.Org/Details/Sim\\_Building-Uk\\_1846-07-25\\_4\\_181/Page/N1/Mode/2up](https://Archive.Org/Details/Sim_Building-Uk_1846-07-25_4_181/Page/N1/Mode/2up)]

William Dawes, noto per la costruzione di istituti scolastici ed ecclesiastici, acquisisce fama nell'ambito del design manicomiale grazie all'articolo "*Asylums for the Insane*". Le sue scoperte, pubblicate dal *The Builder* in due parti, riflettono sulla necessità di uno stile architettonico diverso, di scala ridotta e che miri al dialogo tra architetti e professionisti del settore medico, affermando che "nella perfezione di questa importante arte, né il medico da solo né l'architetto da solo riusciranno a realizzare qualcosa se non con molto anticipo nel fallimento"<sup>63</sup>.

G. T. Hine, probabilmente il più prolifico tra i pianificatori di questo periodo, è riconosciuto per il tentativo di includere degli elementi di design *mirati alla cura*: "l'architetto deve ricordare che può materialmente assistere il medico nella cura - così come nella protezione - del paziente, attraverso l'attenta considerazione che dà ai molti dettagli della pianificazione e della costruzione"<sup>64</sup>.

Progettista di oltre 15 manicomî, Hine nel 1897, diventa architetto consulente del *Commissary of Lunacy*, in sostituzione a C. H. Howell, e viene riconosciuto come membro onorario dell'Associazione Medico-Psichiatrica per la sua dedizione alla salute mentale. Pubblica nel 1901 l'articolo "*Asylums and Asylum Planning*" dove affronta le problematiche della progettazione nell'architettura psichiatrica, nel fornire una risposta tipologica di pregio estetico ma che al contempo si adatti alle esigenze dei pazienti, e sottolinea l'importanza di mirare ad una semplice dignità, per compensare le carenze a scala di dettaglio:

*"Asylum construction constitutes a special branch of architecture, and while embracing the study of almost every description of building...makes asylum architecture an almost distinct profession in itself. Further, asylums are built for people who cannot take care of themselves, and who have to be watched, nursed and provided with employment and recreation under conditions inapplicable to sane people; and to provide for all these, while the subjects are under enforced detention, a very special knowledge is required to make their lives bearable, and, as far as possible, comfortable."*<sup>65</sup> G. T. Hine, 1901

Nell'articolo Hine, inoltre, descrive la sua idea di manicomio esemplare, concentrandosi su due specifici sviluppi: l'ospedale acuto e la villa-residence. Il primo con la funzione di accogliere il folle in una fase di passaggio dall'"incarcerazione" al "mondo reale"; il secondo, noto come "Piano Kirkbride"<sup>66</sup> e già diffuso negli Stati Uniti, basato sull'impiego del trattamento

---

<sup>63</sup>Traduzione dell'autrice Di Prisco M. [Dawes W., (1880), *A paper to the Architectural Association* in *Builder*, 1, p. 330].

<sup>64</sup>Sine D. M. (2008), *The Architecture of Madness and the Good of Paternalism*. *Psychiatric Services*. 59 (9), 89.

<sup>65</sup>Traduzione dell'autrice Di Prisco M.: "La costruzione di asili costituisce una branca speciale dell'architettura e, pur abbracciando lo studio di quasi ogni descrizione dell'edificio, rende l'architettura dei manicomî una professione quasi distinta in sé. Inoltre, i manicomî sono costruiti per le persone che non possono prendersi cura di sé stesse e che devono essere sorvegliate, accudite e fornite loro lavoro e svago in condizioni inapplicabili alle persone sane; e per provvedere a tutto questo, mentre i soggetti sono in detenzione forzata, è necessaria una conoscenza molto speciale per rendere la loro vita sopportabile e, per quanto possibile, confortevole".

[Hine, G. T. (1901) *Asylums and Asylum Planning*. In *Journal of the Royal Institute of British Architects* VIII, 3rd series (8) 94, London. Pp. 161-180. (162)]

<sup>66</sup>Prende il nome da Thomas Story Kirkbride, forte sostenitore del metodo di Tuke sul trattamento morale, che scrive dei trattati sul design dell'istituzione manicomiale influenzando molti progetti americani del XVIII secolo. I progetti di Kirkbride per i manicomî vengono descritti per la prima volta nel suo libro del 1854, *The Construction, Organization and Arrangement of Hospitals for the Insane*, dove razionalizza un sistema di amministrazione manicomiale

morale, o meglio sulla nozione di “architettura morale” che vada oltre i semplici principi di separazione ed osservazione (fig.27).

Il manicomio deve essere un luogo che incoraggi l'attività fisica, le relazioni sociali tra pazienti e medico, e l'allontanamento da tutto ciò che era considerato nocivo per il recupero del paziente. Il Piano Kirkbride quindi, seguendo uno schema gerarchico lineare, si propone di migliorare la qualità della vita dei pazienti e della società americana.

Richiamando il design asiliare britannico, l'istituto collocato in una zona periferica della città, garantisce un ambiente meno inquinato e frenetico, circondato da parchi dove il paziente può liberamente trascorrere il suo tempo per alleviare i pensieri. Inoltre, il complesso, disponendo di una fattoria come utile fonte di cibo e guadagno risulta essere autosufficiente. Nella struttura i pazienti vengono collocati in uno specifico piano adeguato alle esigenze: i “pazzi” ai piani inferiori mentre i più “razionali” in quelli superiori. L'areazione e la luce naturale diventano elementi fondamentali sia per una questione igienica che terapeutica, per contrastare la depressione e i disturbi sociali correlati.<sup>67</sup>

Garantire *simple dignity* era alla base dei suoi ideali architettonici, sostenendo che siano i luoghi a dover essere modificati per adattarsi alle caratteristiche degli asylum, e non viceversa. Hine propone un collegamento diretto tra il blocco amministrativo e i vari reparti, ritenendo opportuno la realizzazione di dormitori in sostituzione delle singole celle, che ricordano troppo le *madhouses* o le prigioni.

Innovatore sotto molteplici aspetti, l'architetto propone l'esigenza di strutture specializzate nella cura delle malattie mentali più acute, realizzando nel *Mapperley Hospital* uno dei primi reparti per gli epilettici, anticipando, sotto il profilo tipologico manicomiale, quello che verrà definito lo schema “a scaglioni” (*echelon plan*)<sup>68</sup>. La struttura, grazie alle ampie corti interne contenute nelle ali degli edifici, risponderà meglio al problema della ventilazione e dell'illuminazione, sostituendo lo schema a padiglioni inizialmente disposti a satellite attorno ad un'ala.

Seppur il documento redatto da Hine sulle ipotesi di un manicomio ideale mirasse ad offrire un contributo innovativo come strumento di partenza per il progetto dell'architetto, viene presto criticato per la mancata considerazione delle qualità estetiche della struttura. Nel XX secolo con l'utilizzo del farmaco e la scoperta di nuove terapie, il piano di Kirkbride viene ritenuto obsoleto, seppure considerato il più riuscito esempio di applicazione dei principi del trattamento morale del tempo.

### L'esperienza francese e la *pavilionizzazione*

Se prima la progettazione del manicomio era incentrata sulla ripresa dell'architettura carceraria, ora l'architetto è chiamato a rispondere alla necessità di una edilizia sanitaria specifica,

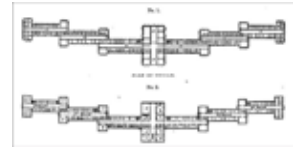


Figura 27

Pianta di una tavola dei piani originali del progetto Kirkbride, [Kirkbride, 1854, pp.122-163. In Fernandez F., Munoz F., (2019), *The Kirkbride buildings in contemporary culture (1850-2015): from a moral management to horror films*, History of Psychiatry, vol. 30]

ben consolidato e che soddisfa le esigenze dei “pazzi curabili”.

67Trans-Allegheny Lunatic Asylum (2009), *Building As Cure*, in Kirkbride Plan. [<https://trans-alleghenylunaticasylum.com/the-kirkbride-plan/>]

Tomes N. (1994), *The Art Of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride And The Origins Of American Psychiatry*. 190 Philadelphia: University Of Pennsylvania Press.

68Costituito da una serie di blocchi disposti radialmente e collegati da dei brevi corridoi posti in diagonale.

che rispetti determinate dimensioni, che implementi informazioni tecniche per promuovere la guarigione e che corrisponda il più possibile agli ideali di ordine cittadino imposti dal governo e dalla società. Diventa normalità ricevere commissioni o essere incoraggiati a partecipare a concorsi per la costruzione di edifici di questo tipo.

L'espansione dei complessi asiliari, inoltre, dato il crescente numero di degenti ammessi, porta all'aggiunta di corpi edilizi per le terapie o per gli alloggi del personale, oltre che alla nascita di nuovi reparti dislocati e dedicati alle malattie infettive. Il manicomio, quindi, si trasforma gradualmente in una sorta di campus istituzionale, distribuito su un'ampia fascia di terreno. Un cambiamento nello stile architettonico che gli storici paragonano alla "pavilionizzazione", fenomeno caratterizzante la progettazione manicomiale della metà del XIX secolo che ha avuto principale seguito (a differenza dell'Inghilterra<sup>69</sup>) in Italia e in Francia. Già nel 1788, difatti, la tipologia a padiglione viene dichiarata la struttura sanitaria più idonea dall'Accademia delle Scienze di Parigi, la quale decide di fornire dei precisi criteri progettuali su cui basare la nuova edilizia ospedaliera: costituita da un insieme di edifici semi autonomi e distaccati, i padiglioni, che si sviluppano su un piano terra e due piani elevati, con cantine e granai; disposti simmetricamente lungo l'asse centrale, mantengono una distanza pari al doppio della loro altezza e si dividono in reparti che accolgono gli uomini o le donne; destinati ad accogliere non più di 1500 degenti, possono raggiungere un massimo di 36 unità, distribuiti lungo due file<sup>70</sup>.

Tutti criteri, già anticipati nel dibattito tra il medico Jacques René Tenon<sup>71</sup>, l'architetto George Dance e il dottor Robert Adair<sup>72</sup> sui concorsi banditi per la costruzione di nuovi ospedali a Parigi a seguito dell'incendio del 1772, che ha coinvolto e distrutto per la terza volta l'antico Hôtel Dieu, ma che verranno applicati soltanto a partire dal 1875 per la costruzione dell'ospedale Lariboisière<sup>73</sup>. Da qui in poi la maggior parte dei complessi manicomiali francesi ha adottato la tipologia a "padiglioni collegati da gallerie" o "padiglioni distanziati ed isolati", tra i quali ricordiamo il Saint-Maurice (fig.28) ed il vasto complesso di Ville Évrard (fig.29).



Figure 28 (a-b-c)  
Sanit-Maurice, Charenton,  
Parigi. [Foto dell'autrice Di  
Prisco M.]



Figure 29 (d-e-f)  
Ville Évrard, Neuil-  
ly-sur-Marne, Parigi [Foto  
dell'autrice Di Prisco M.]

69 Anche se la prima realizzazione compare nel 1750 a Londra con l'Ospedale di S. Bartolomeo.

70 Capolongo S., (2006), *Edilizia ospedaliera ed evoluzione sociale*, in *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Milano.

71 Jacques René Tenon (1724-1816). Medico chirurgo dell'Ospedale Salpêtrière di Parigi e autore del *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* del 1788.

72 Ispettore Generale degli ospedali militari inglesi.

73 In sostituzione per l'appunto del vecchio Hôtel Dieu.

Nel 1853 sempre a Parigi viene pubblicato il testo *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* di J. B. Perchappe<sup>74</sup>, dove sono illustrati e messi a confronto i sistemi adoperati fino ad allora, per la costruzione dei manicomi francesi, inglesi, tedeschi ed anglo-americani. In Francia prevalgono edifici ad uno o al massimo due livelli, distribuiti simmetricamente su un'asse centrale e contenuti all'interno di un'area quadrata e recintata, mentre in Inghilterra si prediligono edifici multipiano con ali laterali e di una certa monumentalità.

### I sistemi manicomiali nel resto dell'Europa: diverse relazioni tra forma e funzione

Si diffondono rapidamente anche nel resto d'Europa le innovazioni introdotte dai due Paesi: in alcuni casi vengono proposti degli adeguamenti alle strutture esistenti per seguirne i modelli sopracitati (come avviene in Italia); mentre in altri, anche se meno noti, è sorprendente riscontrare come si sia cercato già da tempo di rispondere a delle esigenze spaziali adeguate a perseguire nelle pratiche basate sul trattamento morale.

Ne è un esempio la Spagna<sup>75</sup>, considerata in seguito “la culla della psichiatria umana” per gli approcci morali utilizzati nel trattamento. Il metodo spagnolo, incentrato sulla rimozione delle imbracature e delle catene in favore di un rapporto più professionale, presta particolare attenzione alla dieta, all'igiene e all'attività fisica del degente. Il *Santa Maria de los Inocentes* di Valencia viene riconosciuto come il primo ospedale per malati mentali che adopera metodi all'avanguardia già a partire dal 1410<sup>76</sup>.

Anche il Belgio viene considerato tra i paesi esemplari per l'integrazione degli internati nella comunità locale.

Nella Colonia di Gheel, nelle Fiandre, molte famiglie accolgono gli internati dandogli la possibilità di lavorare nei campi in cambio di un corrispettivo reddituale. Nei pressi delle abitazioni vengono costruite delle piccole strutture di ricovero in caso di crisi nervose. Questa modalità di trattamento ha origini molto antiche ed è legata al culto di Santa Digna, patrona degli insani di mente. Durante il medioevo difatti Gheel diventa centro di pellegrinaggio per le persone in cerca di guarigione, creando un consistente flusso di persone assistite dagli stessi abitanti del luogo.<sup>77</sup>

Definito il “Trattamento Familiare” e riproposto da Augusto Tamburini al “Congresso Internazionale di Anversa per l'Assistenza agli Alienati” del 1902, il sistema verrà introdotto anche in Francia dove, nelle colonie di Dun-surAuron, Bussy e Levet, le famiglie si ritrovano ad accogliere numerosi infermi provenienti dalle *maison d'aliénés* di Villejuif nella Senna e di Sainte-Anne a Parigi (di quest'ultima seguirà un approfondimento nel caso studio 1 della seguente dissertazione).

Sorgono rapidamente altre colonie improntate sull'assistenza familiare nel resto d'Europa

74 Immagine della copertina. [<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6267989c/f64.item.texteImage>]

75 Qui i manicomi discendono dai nosocomi per malati di mente creati tra il XVI ed il XVII secolo.

76 [<https://valenciaactua.es/manicomio-de-valencia-los-locos-en-la-epoca-del-hospital-general-y-su-localizacion-en-la-ciudad/>]

77 Villa, R., (luglio/settembre 1980), *Le Famiglie di Gheel: Utopia, Tradizione e Storia nel Trattamento della Follia*, in “Studi Storici”, ed. Fondazione Istituto Gramsci 21, n. 3, pp. 503-526.

(Scozia, Olanda, Russia, Austria, Norvegia e Svizzera<sup>78</sup>), mentre in Germania è riconosciuta come praticata già in vigore dal 1764, specialmente nella città di Brema.

Gli psichiatri tedeschi inizialmente sembrano discostarsi dalle pratiche europee utilizzando gli stessi ospedali civili per le terapie dei disturbi mentali, considerate patologie di origine somatica-organica<sup>79</sup>. Intorno alla seconda metà dell'800 la situazione cambia anche in Germania, a seguito del viaggio in cui il Dottor Heinrich Hoffmann, direttore della Clinica per dementi ed epilettici di Francoforte, visita una serie di manicomio europei (a Parigi, Londra e Berlino) e decide al rientro di lavorare alla costruzione del primo manicomio in stile “tedesco”, ricco di elementi neogotici ed inaugurato nel 1864. Il sistema manicomiale tedesco mantiene però delle distinzioni dagli altri Paesi, sperimentando un'ospedalizzazione che distingue i malati “curabili” da quelli “incurabili”, adottando di conseguenza due strategie terapeutiche che portano ad ospitare i pazienti in due differenti istituti, o in edifici separati all'interno dello stesso complesso. In maniera simile il sistema anglo-americano, distingue e classifica in base allo stato di “tranquillità” o “agitazione”, mantenendo le camere individuali, al posto dei dormitori di stampo francese, e utilizzando gallerie e portici come spazi collettivi.

Un esempio paradigmatico ed un'architettura di riferimento dei primi anni del Novecento, diventa il complesso dello Steinhof di Vienna (fig.30), il più grande manicomio tra quelli realizzati in Europa nel periodo. In funzione dal 1907, fa parte del gruppo dei sette complessi manicomiali dell'Impero austro-ungarico costruiti ex novo o in aggiunta a strutture esistenti<sup>80</sup>.

Il complesso viene realizzato a grande distanza dal centro cittadino e spicca per le qualità artistiche e architettoniche proposte dal progettista Otto Wagner. Basato sul sistema *open door*<sup>81</sup> il complesso è composto da 60 padiglioni distribuiti all'interno di un parco con un impianto simmetrico e secondo una specifica logica che rispetta i principi igienico-sanitari.



**Figura 30**  
Planimetria dell'Ospedale Psichiatrico Am Steinhof di Vienna  
[Auszug aus den Verwaltungsgestaltung der christlichsozialen Landtagsmehrheit in den Jahren 1902-1908, Bezirk, Vienna, 1908]

### Il sistema Open Door in Italia

Si rifà al modello open door il progetto per il Frenocomio S. Giovanni di Trieste (fig.31), città al tempo sotto il dominio austro-ungarico, di cui risale al 1897 il bando di concorso per la realizzazione. Erano richiesti dei precisi criteri su cui doveva basarsi il progetto tra cui: rispondere a caratteristiche moderne seguendo lo schema delle porte aperte, già utilizzato nei manicomio tedeschi, rinunciando a muraglie e disposizioni simmetriche, per permettere al malato un'ampia libertà, compatibile con la condizione clinica. Inoltre, la richiesta di adattabilità a futuri ampliamenti; la presenza di una colonia agricola per lavori manuali; una zona centrale di servizi generali (cucina, lavanderia, uffici amministrativi); il raggruppamento dei padiglioni clinici

<sup>78</sup>Tamburini A., (1902), *L'assistenza degli alienati e il Patronato Familiare in Italia*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. XXVIII.

<sup>79</sup> Tra i maggiori esponenti della psichiatria tedesca ricordiamo Karl Wigard Maximilian Jacobi (1775-1858) tra i primi sostenitori dell'approccio somatico e Wilhelm Griesinger (1817-1868) in quanto considerato il padre della psichiatria organica tedesca.

<sup>80</sup>Facente parte oggi di nazioni diverse quali Italia, Austria, Polonia e Repubblica Ceca e di alcuni di essi svolgono ancora funzioni psichiatriche.

<sup>81</sup> Supporta la completa apertura degli spazi manicomiali prevedendo ampi spazi verdi, sull'impronta della terapia liberale nata in Scozia, è ripreso maggiormente nella nuova progettazione che richiama lo schema del villaggio manicomiale.

in maschili e femminili, e per patologia (pazienti in “osservazione”, “semi-agitati”, “agitati”, “sucidi e paralitici”); la presenza di ville per paganti, padiglioni decentrati per tranquilli e per i contagiosi; i laboratori; la chiesa e la sala necroscopica<sup>82</sup>.

L'ideazione del progetto viene affidata all'architetto Lodovico Braidotti, lo stesso che si occuperà poco dopo (nel 1903) del primo progetto per il manicomio del territorio goriziano.



**Figura 31**  
Frenocomio S. Giovanni di Trieste inaugurato nel 1908. [M. Strobl, Gli otto padiglioni e il viale centrale che li separa, 1910]

Alla base del principio architettonico delle istituzioni manicomiali nascenti vi è quindi l'idea di eseguire un progetto che tenga conto del processo terapeutico, in cui la dimensione spaziale e gli edifici stessi giochino un ruolo attivo fondamentale nella guarigione del malato e nella cura della malattia mentale.

Non appena inaugurati i manicomi, purtroppo, il sistema utopico a porte aperte viene subito contraddetto dall'elevazione di muri divisorii, cancelli e reti di ferro, sconfiggendo anche la remota possibilità di una terapia basata sul *no restraint*. L'erigere nuovamente una barriera fisica tra il mondo dei sani e il mondo dei matti rinnegava qualsiasi principio di libertà.

## Il manicomio italiano e la ricerca identitaria

Appare evidente come nel corso del secolo le esigenze mediche e gli aspetti terapeutici ritenuti più consoni, incidano sull'evoluzione planimetrica dell'architettura manicomiale, per poi consolidarsi, nella maggior parte dei casi, nel sistema che più di altri permette di classificare il malato, di mantenere un ordine e una disciplina, di identificarsi in un determinismo ambientale che metta in relazione la funzione e la forma.

Il manicomio non diventa un semplice dispositivo terapeutico ma il simbolo della cura degli alienati, adattandosi alle patologie prevalenti in ogni Paese, contestualmente alle diverse condizioni civili e sociali.

A differenza del resto d'Europa, in Italia, per quasi tutto il Settecento si è assistito ad un feno-

82 Dei 12 progetti presentati per Trieste vengono assegnati tre premi accomunati da un'eterogeneità architettonica che soddisfa la richiesta di differenziare gli edifici. Viene infine affidato l'incarico al direttore dell'Ufficio Tecnico Comunale Ettore Lorenzutti segretario della Commissione di concorso, il cui progetto viene consegnato nel maggio del 1899, ed interrotto qualche mese dopo a lavori appena cominciati, a causa dell'informazione del Governo del passaggio della nuova linea ferroviaria Trieste-Gorizia lungo il sito d'interesse. Gli sviluppi successivi dovranno considerare una nuova collocazione e una riduzione della volumetria e delle spese, affidando il progetto a Lodovico Braidotti, consegnato e approvato l'anno successivo. Il progetto viene collocato in una vasta area in pendenza, prevede dai 480 agli 800 posti letto ed è impostato su una planimetria simmetrica in cui si distribuiscono i vari padiglioni divisi per reparti e per genere. Al centro del complesso si trovano i servizi generali e al posto della colonia agricola si opta per un villaggio del lavoro. Il percorso viario attraversa l'intero complesso dalla quota più bassa a quella più alta, dove in ordine si collocano le ville dei paganti di prima e di seconda classe (con sala per concerti), l'edificio della Direzione e Amministrativo, i padiglioni per l'osservazione, il quartiere per gli “agitati”, i padiglioni per “sucidi e paralitici”, i servizi collettivi (cucina, lavanderia, disinfezione, sala macchine e caldaie, carbonaia), il quartiere per i “tranquilli”, il villaggio del lavoro (composto da chiesa, casette rustiche, serra, laboratori), il piccolo ospedale per le malattie contagiose e necroscopia. Il sistema a “porte aperte” impone alla progettazione una dimensione a scala urbana e paesistica dando un ruolo rilevante alla viabilità ed al verde. [Barillari D. et al, (2008), *L'Ospedale Psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908-2008*, Electa, Milano, 2008, pp. 118-133.]



Figura 32

Immagine della copertina del trattato *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centurie di osservazioni* (1793-1794), Chiarugi V., 1794 [Disponibile presso la Bibliothèque interuniversitaire de santé di Parigi]

meno di riadattamento delle strutture esistenti volte ad accogliere il “pazzo”, ed è appena dopo l’Unità d’Italia che sorge la necessità di un modello manicomiale proprio e riconoscibile per il Paese. Il dibattito che ha dato il via al processo di trasformazione istituzionale si fa strada sul finire del Settecento, in concomitanza con le teorie di Pinel se non addirittura precedenti, con le pratiche medico-psichiatriche portate avanti dal dottor Vincenzo Chiarugi ed il suo trattato “*Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico analitico con una centurie di osservazioni* (1793-1794)”<sup>83</sup> (fig.32).

Le teorie di Chiarugi hanno assunto un ruolo fondamentale nel cambiamento istituzionale italiano, essendo il primo a sostenere la volontà di dedicare delle strutture a sé stanti esclusivamente ad attività psichiatriche, mostrando un interesse verso la condizione del malato di mente e autorizzando la sua ospedalizzazione con l’emanazione della “Legge sui Pazzi” (del 24 gennaio 1774 e approvata nel 1789).

Nei primi anni dell’Ottocento, sotto il profilo architettonico la cura della “pazzia” è dunque affidata e vincolata ad edifici preesistenti, quali ospedali ed ospizi, senza distinzione di regole e trattamenti per il malato. Il sovraffollamento tra i degenti, le scarse condizioni igieniche, l’inadeguatezza delle strutture uniti alle nuove scoperte scientifico-sanitarie condurranno ad un cambiamento del sistema, con la dislocazione del paziente in diverse sedi o con il riadattamento di spazi ecclesiastici ormai abbandonati.

Sono ancora rare le realizzazioni ex novo di strutture esclusivamente per l’internamento del folle, salvo alcune eccezioni dove è evidente la difficoltà di creare una nuova identità che si discosti dalle esistenti.

Ne è un esempio il manicomio di Genova (costruito nel 1834, subirà diverse modifiche fino alla sua demolizione) che, inaugurato ufficialmente nel 1841, si differenzia completamente dai modelli esistenti nel territorio, ispirandosi a tipologie prettamente inglesi<sup>84</sup>. La struttura genovese difatti riprende di gran lunga il modello radiale ormai superato del Panopticon, con sei ali che partono dal corpo ellittico centrale; una tipologia manicomiale di custodia e segregazione ormai in abbandono che si fa lampante manifestazione della difficoltà nell’adoperarsi verso il cambiamento del periodo, che distingue la medicina generale dalla psichiatria (fig.33).

Altre realtà invece si differenziano per lo spirito innovativo, come il nuovo manicomio di Aversa, la Reale casa dei Matti, a cui si rifà il modello manicomiale palermitano. Già dal 1813 difatti il direttore e medico del manicomio ricovera esclusivamente alienati e pratica *cure morali*, quali il canto e la recitazione, la musicoterapia ed esercizi all’aria aperta. Metodi portati avanti anche dal successivo direttore Biagio Gioacchino Miraglia (1860) che incentiva inoltre il valore terapeutico del lavoro nei campi ed elimina i metodi e strumenti di coercizione, raccogliendoli ed esponendoli in un “museo”, il museo delle anticaglie, al quale unisce il museo craniologico



Figura 33

Foto del manicomio di via Galata di Genova [https://www.imfi-ge.org/wp/foto-del-manicomio-di-abrara-via-galata/]

<sup>83</sup>Le sue teorie all’avanguardia consideravano l’importanza dell’influenza che esercita il corpo sulla mente e sull’anima attraverso l’attività dei sensi e del sistema nervoso, cercando di fornire una soluzione psicoanalitica al problema del dualismo tra mente e corpo.

[https://archive.org/details/BIUSante\_38390x02/mode/2up]

<sup>84</sup>Inizialmente il progetto viene affidato all’architetto Carlo Barabino e al tecnico Domenico Antonio Cervetto. Causa pareri discordanti e difficoltà del terreno viene affiancato l’architetto Celestino Foppiani, che apporterà delle varianti nel 1840. Il riferimento con il già citato Glasgow Lunatic Asylum è evidente.

e patologico.

Lo stesso Miraglia che già dal 1849 protesta la mancanza di un modello manicomiale nazionale di riferimento, formulando nel 1861 il *Programma di un manicomio modello italiano*, da sottoporre a varianti regionali. Nel suo modello ideale il progetto doveva essere strutturato con l'aiuto di esperti sul campo, alienisti, in virtù della funzione terapeutica<sup>85</sup>(fig.34).

### Dalla Casa dei pazzi all'Istituzione manicomiale

Dopo l'Unità d'Italia, l'aumento della popolazione e la diffusione di nuove psico-patologie in determinate zone geografiche<sup>86</sup>, conducono alla necessità di edificare nuove strutture manicomiali, che diventano il passaggio obbligatorio per il reinserimento nella società dei sani. L'istituzione del manicomio così, in poco tempo, diventa la risposta moderna della società borghese al problema della follia.

Il dibattito sulle nuove tipologie architettoniche fa spazio ad una serie di concorsi in cui emerge il modello tipologico “a padiglioni” ravvicinati e collegati da gallerie, o distanziati ed isolati, che si estendono su superfici di territorio in genere molto vaste, formando una sorta di città-villaggio<sup>87</sup>, che per esigenze di spazio o per la ricerca di condizioni igieniche ottimali, nascono spesso fuori dal contesto urbano.

I primi significativi esempi li ritroviamo nei progetti a Palermo con l'“Ospedale Pietro Pisanì” in sostituzione alla “Real Casa dei matti”, con padiglioni ravvicinati e collegati da gallerie (fig.35); a Firenze con il Manicomio di San Salvi progettato nel 1891 da Giacomo Roster e Augusto Tamburini (fig.36); a Potenza nel 1906 con il progetto Ophelia di Giuseppe Quaroni e Marcello Piacentini (fig.37); a Voghera con il progetto del 1876, composto da una serie di edifici disposti lungo degli assi ortogonali; e con il nuovo manicomio di S. Niccolò a Siena affiancato al corpo panottico già esistente di Francesco Azzurri, articolato “a padiglioni distanziati” e con annessa colonia agricola e industriale.

Quest'ultimo, sotto le indicazioni dell'alienista Carlo Livi, forte sostenitore dell'ergoterapia, rappresenterà uno dei primi modelli di *villaggi manicomiali*, autosufficienti e distanti dal centro cittadino.

Il sistema a padiglioni distanziati trova ampia realizzazione nel resto d'Italia, tra cui a Reggio Emilia e ad Imola per la realizzazione del secondo manicomio, in Lombardia a Mombello, a Trieste e a Napoli, con il Leonardo Bianchi. Quest'ultimo, realizzato in supporto a quello di Aversa, è stato anche tra i primi ad essere definito “Manicomio Provinciale”, poiché, dal

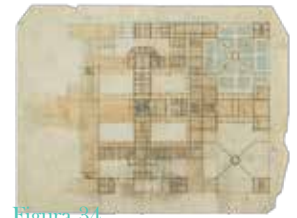


Figura 34

Cesare Lombroso, Progetto di un Manicomio per 350 alienati, 1872, immagine del Museo di Antropologia Criminale Cesare Lombroso [http://manicomiomodello.altervista.org/progetto]



Figura 35

Francesco Paolo Palazzotto, Nuovo manicomio di Palermo, Prospettiva a volo d'uccello, 1884 (Archivio Palazzotto) [http://www.spazi-della-follia.eu/it/disegni\_architettonici/pa423]



Figura 36

Planimetria da Roster G. (1900) Il nuovo manicomio di San Salvi a Firenze. In L'edilizia moderna, fasc.1: 10. [http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/san-salvi-le-tappe-della-memoria/]

85Lenza C., (2013), *Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in AA.VV., I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento, Electa, Milano, pp. 15-16

86Come la pellagra padano-veneta che portava a deliri.

87La distinzione dei modelli manicomiali viene riportata nei censimenti del 1996 a cura della Fondazione Benetton Studi Ricerche e alla ricerca PRIN del 2008 e distingue principalmente le architetture manicomiali italiane in cinque aggregazioni tipologiche: a “padiglioni avvicinati” collegati da porticati e percorsi coperti; a “padiglioni distanziati”, con edifici isolati, adattati alla morfologia del terreno; a “padiglioni di tipo misto” con edifici in parte riuniti ed in parte distanziati; a “padiglioni disseminati a villaggio” organizzati secondo un tracciato organico o geometrico e simili al modello a padiglioni distanziati ma estesi su un vasto terreno; a “edifici isolati” costruiti in seguito come variante dei padiglioni distanziati.



Figura 38

Planimetria del Manicomio provinciale di Potenza [rivista di Ingegneria Sanitaria e di Edilizia Moderna, n.23, Dicembre 1914.

1865<sup>88</sup> in poi, l'onere comunale per il mantenimento del “mentecatto” viene trasferito alle province territorialmente competenti.

Con l'inizio del nuovo secolo anche in Italia come abbiamo visto si sviluppa il dibattito sui temi del *no restraint* e dell'*open door*, quest'ultima descritta nel 1901 dal direttore del manicomio di Ferrara, Ruggero Tambroni, come una pratica architettonica che agisce per sottrazione di mura e gallerie coperte, in favore di porte e finestre aperte ai ricoverati, ma chiuse da cancellate o serrature:

«Non basta ciò che si è fatto e si fa da tempo anche in molti Manicomi nostri con le colonie agricole e con i laboratori industriali. In questo modo i malati continuano a rimanere isolati dal mondo esterno. Il malato non deve essere isolato; deve sulla parola poter andare e venire a piacimento nell'Istituto, e deve riprendere, almeno in parte, la vita di prima e darsi nuovamente alle sue occupazioni ordinarie»<sup>89</sup>

Tra il 1867 ed il 1904 vengono costruiti oltre 30 manicomi e, prima della Grande Guerra, ne risultano attivi 59 di ordine pubblico, più altri 30 privati. Tutti in condizioni igienico sanitarie precarie e con un tasso di mortalità pari al 10% dei ricoverati, di un'età media massima di 47 anni.

### Dalla nascita della psicanalisi ai nuovi metodi di cura

Con la nuova scuola psicoanalitica Freudiana il concetto di follia sembra assumere un significato diverso. Essendo considerato come una malattia dell'anima, le indagini della psicoanalisi sul disagio psicologico conducono il folle ad essere individuato come soggetto tormentato da un conflitto interiore, e non più come un individuo *anormale*<sup>90</sup>.

Ma nonostante la visione più umana e psichica della follia non verrà a mancare il carattere spersonalizzante di questi *spazi altri*<sup>91</sup>, spazi in cui la persona viene privata della propria identità, della capacità di esprimersi e relazionarsi. Spazi e luoghi in cui si esercita un controllo morale ed immorale, di isolamento ed esclusione, atti a stigmatizzare, spersonalizzare, correggere e allontanare tutti coloro che vengono considerati diversi e scomodi per l'ordine sociale.

Le nuove teorie sulla custodia del malato mentale portano a risultati legislativi di carattere emarginante, come la Legge sui manicomi e sugli alienati (Legge Bianchi, n.36) del 1904, dove viene stabilito che il manicomio debba custodire le persone affette da qualsivoglia disturbo

88 20 marzo 1865 (art. 174 n.10)

89 Tambroni R., (1901), *I progressi della neuropatologia, della psichiatria e della tecnica manicomiale*, in Atti dell'XI Congresso della Società Freniatria Italiana, Ancona, pubblicati in “Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle alienazioni mentali”, 28 (1902), pp. 121- 163.

90 Dal lat. mediev. *anormalis*, incrocio di *anomālus* con *normalis*. Che non segue la norma e le leggi naturali. In neuropsichiatria soggetto che presenta uno scadente livello dei poteri intellettivi o un'incompleta o disarmonica formazione del carattere, o entrambi i disturbi contemporaneamente. [definizione tratta da: Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani]

91 Gli *Spazi altri* definiti da M. Foucault (1984) sono determinati da molteplici aspetti, a seconda del periodo storico in cui si collocano, della loro posizione geografica e del ruolo che sviluppano nei confronti della società che li ospita; società che non ha al centro la salute del malato o del recluso ma la difesa di sé e l'esclusione della diversità.

mentale quando considerate pericolose per sé e per gli altri, oltre che *di pubblico scandalo*<sup>92</sup>. Nel medesimo anno viene convocato il XII Congresso della Società Freniatria Italiana<sup>93</sup> dove il medico Ernesto Belmondo espone le sue teorie riguardo l'abbandono dei metodi di contenzione, che porterà progressivamente all'utilizzo di nuovi metodi di cura basati su prescrizioni dietetiche, idroterapiche e sulla somministrazione di sedativi a base di sostanze vegetali. Ma nel giro di poco tempo (dal 1917) nasceranno nuovi metodi chimici, diffondendo terapie quali la lobotomia frontale, la malarioterapia, lo shock insulinico e l'elettroshock, contribuendo all'accrescere dell'ospedalizzazione psichiatrica, nonostante la dubbia efficacia di tali pratiche.

Nemmeno nel periodo fascista si riscontrano sostanziali cambiamenti se non un consolidarsi del ricorso all'internamento<sup>94</sup>: il manicomio è il nuovo posto in cui eliminare gli oppositori politici e gli omosessuali e, unito alla psichiatria, diventa parte integrante del sistema totalitario di controllo della società.

Nonostante l'individuazione della follia in quanto patologia di natura biologica, all'interno dei manicomi non viene previsto alcun intervento terapeutico psicologico. Si confermano ancora una volta come luoghi di isolamento e di segregazione del diverso, socialmente inutile o ingombrante. Privato di qualsiasi diritto, schedato nel casello giudiziario come individuo pericoloso e condannato ad una morte certa.

Una situazione che si protrarrà anche dopo la caduta del fascismo, ma che intorno al 1950 inizia a essere criticata dalla società, specialmente per le pratiche terapeutiche considerate abominevoli.

---

92Legge n. 36, 14 febbraio 1904. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati* art. 1. Prima Legge italiana in materia manicomiale.

93 Genova, 18-22 Ottobre 1904.

94Dimostrato anche dalle registrazioni dei ricoveri tra 1926 e il '42 nella Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali del 1946. [rif. p.156]

## 2. L'inversione del soggetto e la nuova ricerca identitaria.



Figura 1

Campagna pubblicitaria di Thorazine (la clorpromazina) degli inizi degli anni sessanta. Inizialmente utilizzata per rilassare i pazienti che sarebbero stati sottoposti a un intervento chirurgico, è stata successivamente testata da due medici francesi su pazienti affetti da mania. Ricontraindo buoni risultati, hanno poi provato il farmaco sugli schizofrenici. Da quel momento in poi, la clorpromazina è stata ampiamente utilizzata in Europa e negli Stati Uniti.

Sul finire degli anni Cinquanta si assiste quindi, in tutta Europa, ad un cambiamento delle pratiche psichiatriche, che porta alla necessità di adoperare nuove modalità terapeutiche per i pazienti, mettendo in discussione anche la funzionalità degli spazi stessi destinati fino ad allora alla cura, o meglio, mirati alla *normalizzazione* del folle. L'introduzione degli psicofarmaci difatti contribuisce ad attenuare i sintomi patologici e i momenti di crisi, ma al contempo diventa un ulteriore strumento di controllo sui pazienti (fig.1).

Nel medesimo periodo iniziano a sorgere alcune importanti iniziative alternative al sistema manicomiale, come il *sistema di settore* francese, nato a Parigi con Philippe Paumelle, che consiste nel suddividere l'assistenza psichiatrica in diverse porzioni del territorio urbano; o le *comunità terapeutiche*<sup>95</sup> della Gran Bretagna, che si basano sul concetto di riformulare la struttura gerarchica sanitaria, dove vige il rapporto paritario tra pazienti e personale medico. La prima comunità terapeutica viene istituita da Maxwell Jones nel 1952 con l'obiettivo di coinvolgere i pazienti nella gestione istituzionale. Mentre nel sistema di settore francese il principio di comunità terapeutica si basa sullo stabilire un rapporto tra il manicomio la società, conducendo l'opera assistenziale all'esterno dell'ospedale ed entrando in contatto con il territorio<sup>96</sup>.

In Italia sullo stesso modello si trasformerà per primo l'istituto di Gorizia sotto la direzione di Franco Basaglia.

Tra gli anni Sessanta e Settanta si affermano quindi delle tendenze che contestano le pratiche psichiatriche tradizionali introducendo le teorie dei medici David Cooper e Ronald Laing sul concetto di *Antipsichiatria*<sup>97</sup>, con differenti declinazioni nei vari paesi. Le varie posizioni antipsichiatriche si accomunano nella negazione dei concetti fondamentali su cui l'Istituzione si basava, capovolgendo l'osservazione della malattia mentale dal punto di vista medico a quello

95Termine introdotto da Thomas Main nel 1946 ma reso ufficiale nel 1953, per indicare il lavoro svolto dagli psichiatri nell'ospedale di Northfield in Scozia [Main T., (1946), *The Hospital as a Therapeutic Institution*, in "Bulletin of the Menninger Clinic", n. 10, pp. 66-70]

96Jones M., (1968), *Social psychiatry in practice: the idea of the therapeutic*, Harmondsworth, trad. it. Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica, Milano, 1987.

Bonnafé L., Dubuisson M., Lainé T., (aprile 1973), *Une Psychiatrie Différente, Dites-Vous*, Supplemento al n. 63 di "La Nouvelle Critique". Trad. It. *La Psichiatria di Settore. Dibattito sull'esperienza Francese*, Padova, 1978.

97Negli Stati Uniti il movimento si diffonde con Thomas Szasz. [Cooper D., (1967), *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, London].

esistenziale.

Ormai riconosciuta la follia, come una malattia mentale<sup>98</sup>, si comincia in questa fase a considerare la salute mentale come un diritto fondamentale della persona e nell'interesse della collettività.

In quegli anni la forte critica verso il sistema manicomiale Italiano verrà mossa ad opera di Franco Basaglia, che si espone raccontando *-L'istituzione Negata* del 1968<sup>99</sup> - le vicende dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia<sup>100</sup>. Basaglia introduce un nuovo metodo di cura basato sul rapporto tra il personale ed i pazienti, si focalizza sull'efficacia della psicoterapia individuale e di gruppo e sull'aspetto comunitario, avviando un processo rivoluzionario che porterà alla trasformazione definitiva degli ospedali psichiatrici con l'approvazione della Legge 180 del 13 Maggio del 1978<sup>101</sup>.

Nota come "Legge Basaglia" è stata la prima legge al mondo a sancire la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici e a vietarne la costruzione di nuovi<sup>102</sup>, avviando una fase di decostruzione degli ospedali. Attraverso il processo lento e tortuoso della de-istituzionalizzazione, che ha previsto interventi diversificati di recupero di alcune di queste strutture, e talvolta un cambio di destinazione d'uso<sup>103</sup>. In entrambi i casi sembra emergere la volontà di oltrepassare le soglie che costituiscono i limiti di queste aree, ma nonostante ciò ci si è spesso scontrati con il legame indissolubile tra la storia dell'architettura manicomiale e quella dell'Istituzione «violenta, coercitiva e discriminante»<sup>104</sup> dove la necessità di rimuovere una "memoria scomoda" ha trascinato nell'oblio le architetture con la totale dismissione di alcune di esse.

Una legge ad oggi ritenuta la più libertaria sui diritti della salute mentale, ma che probabilmente per Basaglia ed altri psichiatri del tempo, è stata un compromesso: con l'introduzione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) si aprono nuovi piccoli reparti psichiatrici all'interno degli ospedali generali, che rischiano di diventare a loro volta delle piccole Istituzioni re-inse-

---

98 Grazie alla divulgazione di opere quali *The Myth of Mental Illness* di Thomas Szasz, *Asylums* di Erving Goffman e *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* di Michel Foucault (pubblicate tutte nel 1961) in Italia comincia la critica verso la psichiatria tradizionale aprendo il dibattito sul concetto di malattia mentale.

99 Basaglia F., a cura di, (2010), *L'Istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini&Castoldi, Milano, prima edizione Einaudi, Torino, 1968

100 Lo stesso anno in cui viene approvata la Legge 18 marzo 1968 n. 431 sull'assistenza psichiatrica, proposta in Senato dal Ministro Luigi Mariotti, che aboliva la registrazione obbligatoria sul casellario giudiziario e introduceva la possibilità di richiedere il ricovero volontario da parte dell'interessato.

101 L.13 maggio n.180/78. "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". È stata la prima legge al mondo a disporre la chiusura dei manicomi, segnando una svolta nel mondo dell'assistenza ai pazienti psichiatrici. L'Italia resta l'unico paese ad avere attuato in modo così radicale il processo di de-istituzionalizzazione.

102 Rif. Art.7 del decreto: "E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche."

103Vedi Programma PRIN 2008, dedicato alla conoscenza e alla valorizzazione del patrimonio storico-architettonico degli ex complessi manicomiali dove si mira ad una "diversa utilizzazione" secondo quanto previsto dalla legge 8332. I risultati sono raccolti nel testo "I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento". [Ajroldi C., Crippa M. A., Doti G., Guardamagna L., Lenza C., Neri M. L. (a cura di), 2013, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano]

104 Basaglia F., Ongaro Basaglia F., (a cura di), 1969, *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Torino, Einaudi.

rite in un sistema gerarchico.

La chiusura definitiva dell'Ospedale Psichiatrico avverrà appena nel 1994<sup>105</sup>, con la dismissione obbligatoria in tutto il territorio nazionale dei complessi architettonici manicomiali, stabilendo l'affidamento dei beni immobili e mobili degli ospedali dismessi all'Unità Sanitaria Locale.

### Forme di eterotopia della devianza



Figura 2

Immagine di copertina della rivista Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio. Segregazione e corpo sociale, Milano, Mondadori Editore, n.3, maggio-giugno 1978.

Siamo nel 1978 quando viene pubblicato il terzo numero della rivista "Hinterland"<sup>106</sup> (fig.2) con il titolo "Segregazione e corpo sociale", dove vengono riportate delle analisi architettoniche di spazi della «cura e della devianza» ovvero quelli del manicomio, del carcere e degli ospizi. Le così dette *eterotopie della deviazione* definite da Foucault nel 1984<sup>107</sup>, il cui scopo era di emarginare, segregare e controllare e in cui il potere dello spazio istituzionalizzato esercitava una funzione correttiva agendo sui corpi - e dentro i corpi - di coloro che venivano considerati "anormali" secondo i costumi che la società imponeva.

Emerge in maniera evidente che il coesistere di queste eterotopie riguardasse la contenzione della devianza, che fosse essa intesa come malattia mentale, come pena da scontare o come sinonimo di debolezza ed "inutilità sociale".

Non è casuale che le istituzioni del manicomio e del carcere ritornino ad un confronto sul finire degli anni Settanta, periodo storico di fondamentale cambiamento per entrambe<sup>108</sup>. Nel giro di pochi anni, le due istituzioni vengono radicalmente trasformate nella loro natura seguendo un'inversione del soggetto, citando le parole di Foucault riportate in un'intervista nella medesima rivista: "il potere politico, ancor prima di agire sull'ideologia, sulla coscienza delle persone, si esercita in modo molto più fisico sul loro corpo"<sup>109</sup> e, dal momento in cui si parla del corpo, è inevitabile tener conto delle conseguenze ideologiche sullo spazio e sull'architettura.

Constatato che la malattia mentale non può essere considerata motivo per escludere e segregare un soggetto dalla collettività, il panorama architettonico si è posto in linea con le ideologie emergenti del tempo, portando a conseguimento la chiusura degli Istituti e l'attivazione di linee progettuali a sostegno della cura; dando vita ad un processo ideologicamente più illuminato, ma di lunga e difficile attuazione.

Il processo che ha contribuito alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici ha tenuto conto di una sorta di "socializzazione della sofferenza psichica" a seguito di un'analisi sul ruolo dell'ar-

105 Legge Finanziaria n.724, 1994. Verranno poi varate delle strategie di interventi quali la "Tutela della salute mentale 1994-1996" e il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" che ha previsto anche un sistema informativo per il monitoraggio su servizi, utenza e prestazioni.

106 *Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio. Segregazione e corpo sociale*, Milano, Mondadori Editore, n.3, maggio-giugno 1978.

107 Foucault, M., (1984), *Spazi altri*. Trad. ita S. Vaccaro (a cura di), 2002, *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, Milano, Mimesis Edizioni.

108 Nel 1975 una nuova riforma penitenziaria si sostituisce al regolamento fascista del 1931, considerando per la prima volta al centro di questa rivoluzione la riabilitazione del detenuto e non più il pentimento attraverso la privazione e la sofferenza fisica; nel 1978 entra in vigore la Legge 180 che darà l'avvio alla fase di chiusura e dismissione dei manicomii, menzionata precedentemente.

109 Intervista con Michael Foucault a cura di Marco D'Eramo, apparsa su «Avanti!» il 3 marzo 1974, in "Hinterland. Segregazione e corpo sociale", Mondadori Editore, Milano, n. 3, maggio-giugno 1978, p.26

chitettura nell'emarginazione e nel controllo, cercando di comprendere i motivi per cui si è arrivati al manicomio per come lo conosciamo e quali fossero i principi che hanno portato ad abbandonarlo come schema.

La conclusione riportata da Franco Basaglia risiedeva proprio nella collaborazione professionale tra le figure del medico dell'architetto: "sia il medico che l'architetto devono dare una risposta che risponda al bisogno dell'oppresso e non già a quello della logica dominante". In tal senso "si esce dal luogo chiuso nel quale l'uomo non poteva essere altro che oggetto, mentre l'uomo, al contrario, si esprime come soggetto"<sup>110</sup>.

L'espressione di questa soggettività può essere realizzata attraverso un progetto di emancipazione che dia un'alternativa all'istituzione manicomiale, ma che non consista solo nel creare nuove architetture residenziali, che riporterebbero ad uno schema di giochi di potere, ma nella partecipazione attiva dei cittadini alla gestione della salute.

Nell'obiettivo di perseguire un cambiamento sostanziale della conduzione manicomiale e nella relazione tra assistenza psichiatrica e realtà esterna, non viene adottato un modello operativo di riferimento, ma una visione contestualizzata alle problematiche delle singole realtà. Rispetto al resto d'Europa, i primi tentativi di rinnovamento delle strutture asiliari in Italia compariranno più tardi, sulla scia delle esperienze propositive della Gran Bretagna e della Francia. Il riuso del patrimonio edilizio è stata la risposta privilegiata rispetto alla costruzione di nuove strutture, ampliando l'assistenza ad un'utenza con necessità non esclusivamente di tipo psichiatrico, per garantire maggiore permeabilità tra l'interno e l'esterno dell'istituzione.

Allo stesso tempo si assiste però ad una fase contraddittoria dove, per sopperire alla scarsità di strutture sanitarie per la salute mentale, vengono indetti una serie di concorsi<sup>111</sup> dalle Amministrazioni Provinciali atti alla costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici (fig.3).

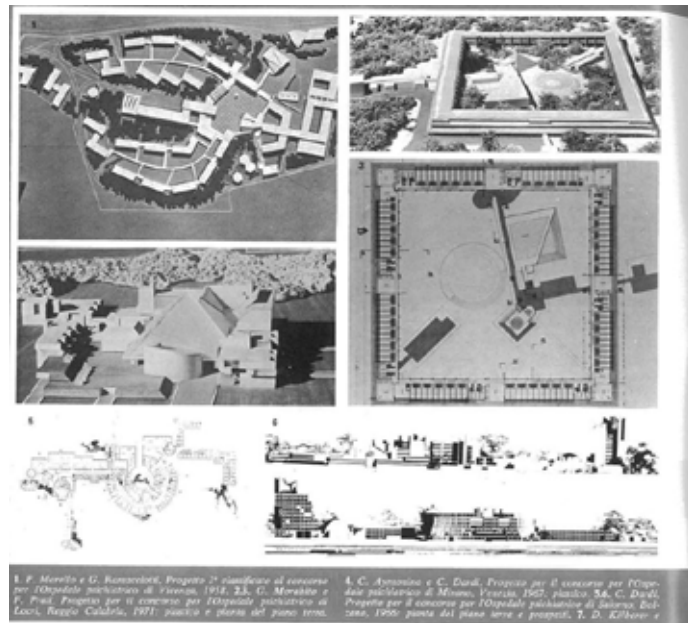


Figura 3

Progetti e plastici realizzati per i concorsi dei nuovi ospedali psichiatrici. (1978) Hinterland. Segregazione e corpo sociale, p.8

110 Intervista con Franco Basaglia a cura di Gian Paolo Semino, in "Hinterland. Segregazione e corpo sociale", Mondadori Editore, Milano, n. 3, maggio-giugno 1978, p.25

111Salerno e Bolzano, 1966; Mirano e Venezia, 1967; Girifalco e Catanzaro, 1969; Reggio Calabria, 1971.

Emergono da questa occasione degli evidenti ostacoli della cultura architettonica nel misurarsi con le potenti istituzioni manicomiali esistenti per dar luce a nuove istituzioni sanitarie: seppure con interventi di qualità diversificate risulta difficoltoso discostarsi dalla logica architettonica “a reazione psicologica” caratterizzata da una serialità e ripetitività degli spazi, o da un’organizzazione interna basata sulla tipologia sanitaria della città-villaggio; dove l’unico nodo sociale emerge tra gli spazi residui degli edifici, ripartiti per settori, che a loro volta ri-assumono il carattere “a padiglione”, simbolo di controllo e segregazione.

Ci si scontra quindi ancora una volta con le complessità nel dare una nuova forma a delle Istituzioni che conservano un aspetto repressivo e che, nonostante i tentativi di recupero ed integrazione nel tessuto urbano, mantengono delle soglie invalicabili da parte della società a causa di convinzioni radicate che risultano difficili da mettere in discussione<sup>112</sup>.



Figura 4-5

Manicomio maschile centrale veneto nell’isola di S. Servilo presso Venezia, planimetria, 1882; Planimetria del manicomio femminile di San Clemente, 1873 [Biblioteca Nazionale Marciana, Archivio Gli spazi della follia]

Emblematico è il caso del concorso bandito dall’Amministrazione Provinciale di Venezia nel 1967 e revocato poco dopo, per la realizzazione di un nuovo Ospedale psichiatrico a Mirano in cui confluissero i due già esistenti nel territorio (San Servolo e San Clemente) in un luogo isolato e privo di collegamenti infrastrutturali adeguati, perseguendo nella logica dell’istituzione manicomiale (fig.4-5). Presa coscienza dell’irrisolutezza della proposta ci si adopera verso una continuità terapeutica che smobiliti gradualmente i servizi psichiatrici esistenti<sup>113</sup>. Nel caso veneziano segue però un’aumento del divario già evidente tra i due ospedali, collocati in due isole distinte dell’arcipelago e nate come sede del manicomio maschile uno e di quello femminile l’altro. Un divario accompagnato da uno stato di abbandono e decadenza e dal trasferimento repentino dei pazienti verso altre province, fino alla chiusura definitiva dopo la legge del ’78. L’Ospedale di San Clemente subirà una significativa trasformazione appena nel 1991, con un intervento di restauro conservativo mirato a privatizzare l’isola per renderla sede di uno dei più rinomati Hotel di Venezia. Le sue mura diventano l’involucro di una funzione mirata al benessere e del tutto distante da ciò che rappresentavano un tempo, da luogo di esclusione a luogo esclusivo.

Nel ‘94 anche l’Ospedale dell’isola di San Servolo perde la sua funzione effettiva ed avvia un recupero edilizio per dare vita ad un centro di promozione multiculturale di proprietà della Città Metropolitana di Venezia, che offre ospitalità a studenti e turisti e inaugura inoltre, nel 2006, il “Museo del Manicomio di San Servolo - La follia reclusa”, dove raccoglie le testimonianze della storia dell’istituzione, senza condannarla ad una *damnatio memoriae* ma anzi enfatizzando la dimensione emarginante dell’epoca.

Probabilmente uno dei pochi casi in cui si assiste ad un efficace ribaltamento della logica determinista dello schema manicomiale, è il progetto del nuovo Ospedale Psichiatrico di Marzana, eretto in sostituzione dell’antico manicomio veronese (fig.6). Il bando di concorso del 1962 viene affidato all’architetto Daniele Calabi, che realizza un disegno dove sperimenta un impianto alternativo in grado di favorire le relazioni sociali. Un progetto che viene inizialmente contestato proprio per la sua natura innovativa, ed infine approvato l’anno successivo con alcu-



Figura 6

Ospedale psichiatrico di Verona Marzana. Progetto di massima. Centro sociale con la cappella, il teatro, il teatro all’aperto. Facciate e sezioni e pianta primo piano. arch. Daniele Calabi, febbraio 1963

<sup>112</sup>Foot J., (2014), La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Feltrinelli, Milano.

<sup>113</sup>Tematiche affrontate dall’autrice Di Prisco M. con la collega Cannas P., per il convegno AISU 2022 svolto a Torino, di cui è seguita la pubblicazione dell’articolo *L’eredità dei corpi esclusi. Indagine sugli spazi eterotopici della devianza*.

ne modifiche, che aumenteranno fino alla sua completa realizzazione nel 1969 anche a causa della scomparsa prematura del progettista<sup>114</sup>(fig.7-8).



Figura 7-8

Immagini d'epoca successive all'entrata in funzione dell'ospedale, avvenuta nel 1969 [Quaderni della Provincia", fascicoli speciali *Provincia di Verona. Un quinquennio di attività 1965-1970, 1970*]

L'ospedale psichiatrico resterà in funzione fino al 1980, sarà riconvertito in seguito come presidio sanitario dell'unità territoriale, mantenendo quindi lo scopo sanitario ma non più per la salute mentale.

Calabi manifesta il suo spirito "anti-gerarchico" nella collocazione degli edifici direzionali e amministrativi in posizione periferica rispetto agli ampi spazi verdi e di relazione posti centralmente, da cui si snodano dei percorsi che conducono alle specifiche aree del complesso. Rompe inoltre la simmetria nella distribuzione dei reparti<sup>115</sup> e li svincola da recinzioni e muretti in favore di filari alberati e cortili. Gli stessi edifici si distinguono tra di loro per dimensioni e dettagli architettonici, mantenendo alcuni elementi di unione, come i passaggi vetrati al pian terreno che si aprono sul parco. Colloca verso l'area di ingresso il "centro sociale" con laboratori, botteghe e officine aperti a lavoratori del centro oltre che ad esterni, creando un motivo di connessione con il resto della comunità.

In questo progetto emerge il forte desiderio di contrapporsi all'istituzione che emargina ed esclude, intervenendo su un ribaltamento non solo dell'aspetto compositivo dell'architettura ma anche su quello concettuale di integrazione e connessione con il mondo esterno. Persino nella relazione tecnica<sup>116</sup> presentata viene specificato l'interesse da parte dell'architetto di ricreare per i pazienti un aspetto domestico, un ambiente con i cancelli aperti dove si può entrare ed uscire liberamente, che diventi un *luogo di cura* e non più di custodia e che permetta all'assistito un graduale reinserimento nella società, contribuendo in questo modo negli aspetti terapeutici.

Le modifiche riportate nel tempo purtroppo andranno a ridurre l'area verde centrale, fulcro e

114Daniele Calabi (Verona, 1906 - Venezia, 1964).

115Il nuovo centro prevede la possibilità di ospitare fino a 600 pazienti, disposti in cinque strutture da 120 posti l'una, a loro volta suddivise in 4 camere da 30 letti ciascuna.

116 "[...] avviene tuttavia che i nostri ospedali psichiatrici corrispondono per la maggior parte ancora ad ambienti, che sono di per sé luoghi di segregazione. Dagli antichi conventi, ai più recenti lazzaretti o padiglioni distaccati, molti degli ospedali esistenti denunciano per la loro stessa origine i concetti con cui vennero organizzati e concorrono a determinare la psicologia dell'alienato".

[archivio provinciale di Verona, b. 2378, fasc. "Progetto generale", 1963.]



Figura 9

Foto attuale di un volume che affaccia sulla corte. [Simioli, 2017]

simbolo dell'evoluzione del concetto di struttura psichiatrica, con la costruzione di un *Hospice*, una casa per anziani entrata in funzione nel 2007<sup>117</sup> (fig.9).

Il concetto alla base del progetto di massima realizzato da Calabi è fondamentalmente l'espressione dei principi che professa Basaglia, che nel 1961 diventa direttore dell'Ospedale goriziano, e che nel giugno del 1962 (stesso anno del bando di concorso per Marzana) collabora proprio con l'architetto per uno *Studio preliminare per il riordinamento dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia*<sup>118</sup>. Uno studio, per l'appunto, che non presenta elaborati grafici ma una lista programmatica della visione di intervento concordata tra lo psichiatra e l'architetto<sup>119</sup>.

Un progetto di riordino che Basaglia consegnerà ugualmente all'Amministrazione Provinciale nonostante la scomparsa del progettista, e che consiste nella costruzione di un nuovo centro diagnostico, oltre che nello smantellamento e trasformazione degli spazi di cura.

Come per l'Ospedale di Verona, anche quest'ultimo intento verrà interrotto, ma ciò non impedirà a Basaglia di procedere con l'obiettivo cominciando dagli spazi interni di alcuni padiglioni, abbattendo o costruendo delle mura interne per modificare gli ambienti (fig.10-11).

Figura 10

Progetto di modifiche interne del padiglione accettazione donne. Pianta modifiche murarie, scala 1:100. Firmato da Lucio Cerani. 1963. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia, Fascicoli 1955-1990, Ampliam. e sistemaz. dell'OPP. di Gorizia. Progetto e contributo statale. [Scavuzzo, 2020, p.249-253]



Figura 11

Progetto di modifiche interne del padiglione cronici, reparto femminile. Pianta modifiche murarie, scala 1:100. Firmato da Lucio Cerani. 1963. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia, Fascicoli 1955-1990, Ampliam. e sistemaz. dell'OPP. di Gorizia. Progetto e contributo statale. [Scavuzzo, 2020, p.249-253]

Nel primo caso si parla quindi di una nuova architettura, nel secondo si parla di un riordino dell'esistente. L'unione delle due linee di intervento nasce dall'idea di un sistema basato sulla transitorietà, dove l'obiettivo è dare le cure necessarie ed allo stesso tempo aiutare per il reinserimento nella società, attraverso questo scambio di relazioni tra l'interno e l'esterno, andando a rompere i confini di questi complessi, che diventano delle soglie permeabili e accessibili. Questa transitorietà temporale viene al contempo accompagnata da una qualità della dimensione spaziale, dalla riproduzione di un ambiente confortevole che conferisca un carattere di domesticità e inviti alla relazione e al dialogo, con e tra i pazienti stessi. Anticipando in un certo senso i principi su cui si baserà l'intero processo di de-istituzionalizzazione.

117 Simioli A., (2017), *Calabi: Tutti pazzi per l'architettura*, in "Architettiverona", n. 108, p. 60-65.

118 Si tratta di un documento, firmato da Franco Basaglia e Daniele Calabi, conservato nell'Archivio della Regione Friuli Venezia Giulia, Fascicoli 1955-1990, *Ampliam. e sistemaz. Dell'OPP. di Gorizia. Progetto e contributo statale*.

119 Per approfondimenti si fa riferimento al testo di Scavuzzo G., (2020), *Il parco della guarigione infinita. Un dialogo tra architettura e psichiatria*, Siracusa, LetteraVentidue.

## Entrare dentro uscire fuori

Dal 1962 inizia così l'esperimento Basagliano<sup>120</sup> verso le prime pratiche di trasformazione dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, in Comunità Terapeutica motivate dallo stato di degrado delle strutture e dalle condizioni disumane in cui trova i pazienti al suo arrivo in qualità di nuovo direttore. Il periodo coincide con le prime lotte per i diritti civili e di emancipazione nonché con uno sviluppo di strumenti utili alla divulgazione di tematiche sociali.

Come riporta John Foot "la comunità terapeutica in quanto tale divenne poi uno strumento di promozione della riforma, un'utopia *concreta o operativa* da mostrare e pubblicizzare nel mondo esterno. Si poteva visitarla, documentarla, fotografarla".<sup>121</sup>

Con l'esperimento goriziano venne data la possibilità ai pazienti di esternare le proprie opinioni e confrontarsi con una realtà esterna, facendo sì che la presa di coscienza fluisse al di fuori dei confini fisici del manicomio, abbattendo portoni, cancelli, aprendo i padiglioni sui giardini e mettendo in comunicazione i reparti.

Un cambiamento reale e tangibile, che si impegnava nella riacquisizione dei diritti civili e nella restituzione del malato alla comunità, la stessa che aveva allontanato il problema della malattia mentale sollevando i muri dell'istituzione psichiatrica.

"Quando abbiamo iniziato il nostro lavoro di trasformazione, in realtà abbiamo violentato la società, l'abbiamo obbligata ad accettare il folle, e questo ha creato grandi problemi che prima non esistevano. Ma la cosa più importante è che nel momento in cui violentavamo la società eravamo lì presenti per prenderci le conseguenze di questa violenza, eravamo lì per assumerci, come tecnici nuovi, la responsabilità delle nostre azioni, per aiutare la comunità a capire ciò che voleva dire la presenza di una persona folle nella società."<sup>122</sup>

Comincia quindi una fase "migratoria" e di osservazione di metodi e saperi tra le diverse realtà psichiatriche esistenti sul territorio, dove ognuna assorbe e rielabora a modo proprio il processo di "distruzione" del manicomio. Partendo dall'eliminazione degli strumenti di contenzione sul corpo del paziente e dall'abbattimento delle barriere architettoniche nello spazio.

Ne è testimonianza la nota manifestazione triestina del 1973 che ha coinvolto probabilmente per la prima volta cittadini assistiti e cittadini esterni insieme, nella sfilata del dispositivo narrativo e teatrale (Marco Cavallo) dall'interno dell'Ospedale Psichiatrico di San Giovanni verso la città (fig.12).



Figura 12

Foto di Claudio Ernè, "Marco Cavallo con la sua Amica in corteo Trieste, 25 febbraio 1973" [Dipartimento di salute mentale; <https://fotocult.it/la-pazza-storia-di-marco-cavallo/>]

120 Che coinvolse tutte le realtà psichiatriche gestite da lui dal 1961 fino alla sua morte (Parma, Gorizia e Trieste).

121 John, F. (2014). *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli.

122 Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M. G., (a cura di), (2000), Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina Editore, p.17

Un periodo di fermento e di denuncia sociale che precede la riforma, accompagnato da rappresentazioni artistiche, grafiche e visive, come il documentario televisivo *I giardini di Abele*<sup>123</sup> e il reportage fotografico *Morire di Classe*<sup>124</sup> (fig.13), a testimoniare la realtà goriziana, così come *Matti da Slegare*<sup>125</sup> che entra nel manicomio di Colorno, o il fotoreportage *Gli Esclusi*<sup>126</sup> (fig.14) in quello di Nocera, per non parlare delle numerose opere letterarie. Si tratta di documentazioni forti che testimoniano e narrano l'emarginazione del malato mentale dal resto della società, ma che ora irrompono nelle case delle persone mostrando le verità di questi luoghi<sup>127</sup>.

Figura 13

Fotografia riportata in *Morire di Classe*. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, 1969, p.27



Figura 14

Immagine di copertina del fotoreportage *Gli Esclusi* di D'Alessandro L., Piro S., 1969

Si può adesso entrare ed uscire liberamente (riprendendo lo schema originario open door) e si può interagire sia tra cittadini “del dentro e del fuori” che con gli spazi e i luoghi dell’istituzione.

Queste cittadelle ai confini delle città e inserite in ampi parchi verdi, vengono finalmente assimilate nell’immaginario collettivo come opportunità del territorio.

Non è una nuova pratica terapeutica o una diversa tecnica da applicare per la cura delle malattie mentali ad essere proposta, ma una nuova forma di dialogo, di interazione tra cittadini e territorio, di appropriazione di spazi “vuoti”.

Il sapere tecnico si pone al servizio del collettivo, rispondendo e chiarendo questioni, e permettendo all’assistito di esprimere le proprie opinioni riguardo la salute mentale: è invertendo finalmente il soggetto della questione che emerge un’immagine della salute mentale ben diversa da quella pensata fino a quel momento.

123 Zavoli S., (1968), *I giardini di Abele*, RAI TV.

124(a cura di) Basaglia F., Basaglia Ongaro F., (1969), *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino.

125 Film-documentario di Silvano Agosti, Marco Bellocchio, Sandro Petraglia e Stefano Rulli, 1975.

126D'Alessandro L., Piro S., (1969), *Gli Esclusi. Fotoreportage da un'istituzione totale*, Il Diaframma, Milano.

127Un importante contributo sul significato profondo della riforma lo ha apportato lo storico John Foot, ripercorrendo le tappe storiografiche della chiusura dei manicomi italiani sottolineando l'impatto sociale di questa rivoluzione. Lo storico ha analizzato la correlazione tra il nuovo sistema e le pratiche anti-psichiatriche introdotte nella metà degli anni Sessanta nel suo testo *La Repubblica dei Matti*: “L’idea che la mente potesse essere liberata, che fosse il sistema, o la famiglia, a fare impazzire la gente, e perfino che i veri “matti” fossero i sani, si affermò rapidamente nei movimenti radicali degli anni sessanta.” Spostando il concetto di follia da un campo d’indagine scientifico e medico ad uno politico, sociale e filosofico. Principalmente grazie al coinvolgimento del cittadino nella questione della malattia mentale, aprendo un dialogo con la società per modificare l’atteggiamento e la discriminazione nei confronti dei folli. [Babini V., (2009), *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: Una storia del novecento*, Bologna, Il Mulino, p. 152.]

## Conclusioni

In conclusione, abbiamo visto che, sul finire del Novecento, l'Italia assume un ruolo fondamentale nella rivoluzione psichiatrica che bandisce il manicomio e i luoghi designati ad accogliere e rinchiusere il folle, in favore di una dislocazione su reti terapeutiche locali, basate sul modello delle comunità terapeutiche già avviato in altri paesi europei. Svuotata della sua funzione principale l'architettura manicomiale mantiene un'eredità culturale talvolta ancora associata al persistere dello stigma del "folle" e della malattia mentale. La sua memoria storica legata all'internamento ha portato a perpetuare degli stereotipi di un passato, non così remoto, di esclusione dalla società.

La legge del 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e del Trattamento Sanitario Obbligatorio, ha rappresentato dei traguardi importanti per le terapie per la salute mentale, seppur non con poche difficoltà. Si è andati incontro ad un tempo sospeso durato quasi vent'anni in cui il territorio ha dovuto fare i conti con una frammentazione e un'assenza di strategie definite, in supporto all'autonomia del paziente, che si ritrova all'improvviso a riottenere una libertà che gli spetta di diritto, ma che non sa più come gestire.

Il dibattito odierno sull'inclusione sociale delle persone con disabilità fisiche o mentali porta ad indagare sulla consapevolezza della presenza dei manicomi nell'immaginario collettivo della comunità, anche attraverso una serie di congressi ed eventi in memoria delle ricorrenze della Legge Basaglia, o con spettacoli teatrali ed artistici che si svolgono tra l'interno e l'esterno delle strutture degli ex complessi manicomiali. Attraverso queste occasioni viene data la possibilità di tramandare una memoria importante insistendo sull'importanza dell'approccio narrativo incentrato sulla *logica del cambiamento*<sup>128</sup> professato dallo psichiatra.

Proprio a Gorizia, all'interno del Parco Basaglia, nell'ottobre 2021 si è svolto un importante evento basato su un ciclo di conferenze ed incontri organizzati da Èstoria<sup>129</sup> sul tema della follia. L'occasione del Festival incentra la storia come motivo di dialogo e rende Gorizia, gli spazi aperti del parco nello specifico, un luogo di incontro in cui la convivenza tra la cura, la memoria e la narrazione della salute mentale ha preso forma.

Se nel passato la devianza e la pena bastavano per giustificare l'allontanamento e la segregazione, oggi vengono considerati come punto di partenza per un processo in divenire che guarda alla riabilitazione e, dove possibile, alla reintegrazione nella collettività, o almeno così ci si auspica.

---

128Nel ciclo di conferenze tenute in Brasile nel 1979 poco prima della prematura scomparsa, e dove si fa nuovamente portavoce della sua esperienza e dei contenuti concreti della sua pratica. [Maria Grazia Giannichedda, Introduzione, in Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, Milano, Cortina, 2000, p. XIII]

129Èstoria è un festival che si svolge ogni anno a Gorizia dal 2005, con incontri tra le voci più autorevoli della ricerca e del dibattito storico-culturale internazionale. Si alternano presentazioni di libri, spettacoli, mostre, proiezioni e racconti di testimonianze su temi di grande rilevanza.

## Caso studio L'Hôpital de Sainte-Anne de Paris.

I reportage fotografici delle immagini del manicomio hanno assunto molteplici funzioni nella storia manicomiale: inizialmente utilizzate per studiare gli aspetti patologici degli internati, poi come denuncia sociale e oggi come ricordo e memoria storica.

Contestualmente ai primi studi fotografici sul paziente si diffondono terapie e sperimentazioni di tipo artistico, a partire dai primi anni del Novecento, con lo psichiatra e storico dell'arte tedesco Hans Prinzhorn<sup>130</sup>, medico nel manicomio di Heidelberg, che si occupò di uno studio dei disegni e delle pitture effettuate dai pazienti in alcune sedute terapeutiche. Per anni Prinzhorn custodì numerosissimi elaborati che divennero la collezione privata dell'attuale Museo dell'Ospedale Psichiatrico tedesco, ora meta ed attrazione per moltissimi turisti. I testi e le teorie di Prinzhorn ispirarono successivamente, nella fase antipsichiatrica, molti artisti portando ad istituire musei e a realizzare mostre in cui esporre e far conoscere le opere d'arte legate al tema della follia.



Figura 1  
Immagine della copertina del testo *L'art psychopathologique* del 1956 di Volmat R, press de l'Université de France.

Questo nuovo interesse artistico, unito agli studi psicopatologici dell'espressione condotti in quegli anni, trovò per la prima volta il suo posto nel mondo ospedaliero con la "Mostra delle opere dei malati di mente" allestita da Debuffet all'interno del manicomio di Sainte-Anne di Parigi. L'esperienza incuriosì medici e critici d'arte a tal punto da riproporla in dimensioni più ampie in occasione del Congresso Mondiale di Psichiatria di Parigi del 1950, con l'*Exposition Internationale d'Art Psychopathologique*<sup>131</sup> (fig.1). In questa occasione vennero presentate opere di oltre 300 *alienati* di vari paesi, attirando l'interesse di numerosissimi artisti e medici, con la conseguente nascita di atelier di scultura e pittura all'interno degli Ospedali Psichiatrici di tutta Europa. L'arte si rivela ai medici e psichiatri come atto terapeutico e momento diagnostico<sup>132</sup> e si tramanderà come tecnica terapeutica anche dopo la chiusura dell'istituzione manicomiale. Allo stesso tempo diventa uno strumento per permettere l'ingresso all'interno di queste strutture da parte della comunità esterna. Quest'importante evento tenuto all'interno del complesso ospedaliero costituì le fondamenta del "Dipartimento d'Arte Psicopatologica"<sup>133</sup> (l'attuale

130 Contemporaneo a Freud, nel pensiero di Prinzhorn è fondamentale il concetto di *Gestaltung* (creazione): "gli schizofrenici, essendo incapaci di comunicare con elementi espressivi come le persone non malate, abbattano la barriera tra bio e besterno mediante, appunto, produzioni plastiche." Prinzhorn, H., *L'Arte dei folli. L'attività plastica dei malati mentali*, Mimesis, Roma 2011, p.143.

131 *Esposizione Internazionale di Arte Psicopatologica*, svolta all'interno del manicomio di Sainte-Anne. Partecipano 17 Paesi con quasi 2000 opere di "artisti-pazienti".

[<https://musee.mahhsa.fr/presentation-de-la-collection/>]

132 Babini, 2009, p. 163.

133 Presso la Clinica delle Malattie Mentali e Cerebrali. Responsabile del dipartimento era il medico Robert Volmat, il quale compose un testo su *L'art psychopathologique* nel 1956 aprendo la strada ad una corrente di analisi sulle opere del malato mentale. [Volmat R., (1956), *L'Art Psychopathologique*, Universitaire de France]

*Centre d'Étude de l'Expression - CEE*)<sup>134</sup> oltre che l'inizio della progressiva raccolta delle opere d'arte della "Collezione di Sainte-Anne", fino all'istituzione di un Museo all'interno di un padiglione dello stesso Ospedale Psichiatrico, *Le Musée d'Art d'Histoire de l'Hopital de Sainte-Anne* (MAHSA) nel 2016, di cui l'autrice Di Prisco M. riporta in seguito una documentazione storica e fotografica a seguito delle ricerche svolte nel territorio francese.

### Storia e trasformazioni dal manicomio al centro psichiatrico

Il terreno su cui si erge l'attuale centro psichiatrico nel XVII secolo ospitava un centro sanitario costruito come succursale dell'Hôtel Dieu per ospitare i malati di peste, per volontà di Marguerite de Provence. Nel 1645 fu acquistato da Anna d'Austria per edificarne un ospedale generale, il Sainte-Anne, che poi venne smantellato e reso una semplice fattoria con pochi posti letto in caso di epidemie, fino alla prima metà dell'Ottocento. In questo periodo la fattoria e i terreni dell'area venivano curati dai pazienti del manicomio di Bicêtre, secondo i principi dell'ergoterapia.

Fu con l'aumentare delle richieste di ricovero e con la riorganizzazione degli ospedali specializzati nella cura delle malattie mentali che i terreni in questione vennero utilizzati per la costruzione del manicomio, destinato ad accogliere malati di mente "curabili".

Nel 1867, nella Parigi haussmaniana, incomincia la costruzione del manicomio di Sainte-Anne secondo il progetto dell'architetto Charles-Auguste Questel, che segue il piano architettonico sostenuto da Esquirol<sup>135</sup>: dei servizi generali e una cappella posti al centro di un ampio terreno rettangolare recintato, mentre ai lati si distribuiscono simmetricamente le unità abitative aperte sui cortili (fig.2). Di seguito un interessante descrizione accurata degli spazi che riporta lo psichiatra Paolo Funaioli nel testo scritto in seguito ad un viaggio di studio dei modelli manicomiali svizzeri e francesi:

"Questo Manicomio gode fama d'uno dei più bei Manicomî della Francia. [...] Il Manicomio di S.te Anne è costruito col sistema dei padiglioni separati e distanti assai l'uno dall'altro, ma riuniti insieme per mezzo di passaggi coperti. Veduto esteriormente risulta formato di tre corpi di fabbrica centrali, situati sulla stessa linea l'uno dietro l'altro a distanza di parecchi metri, e di dieci laterali, cinque per lato, parimente paralleli, che costituiscono i padiglioni e servono da abitazione alle due sezioni uomini e donne. [...] Fra un padiglione e l'altro si trova una piazza abbastanza grande, che serve da piacevole dimora pei malati durante certe ore del giorno. I padiglioni sono tutti a due piani compreso il terreno. Tutte le fabbriche poi di cui consta il Manicomio, sono circondate all'intorno da muro, che dista circa mezzo chilometro dalle fabbriche medesime. I quartieri o padiglioni sono distribuiti come segue: il primo ed



Figura 2  
Disegno panoramico Questel C. del manicomio di Sainte-Anne, 1877 [*vue générale de l'Architecture et des Travaux Publics*, 1877, n°4 (volume 34ème)]

134 Situato all'interno del *Groupe Hospitalier Universitaire de Paris Psychiatrie et Neurosciences* dell'ospedale, ha il compito di sviluppare tutte le attività che si occupano del legame tra arte e psichiatria.

135 Jean-Etienne Esquirol fu tra i primi alienisti iniziatori della legge francese sugli alienati del 30 giugno 1838, che con l'art. 10 sosteneva che "ogni dipartimento è tenuto ad avere un istituto pubblico appositamente destinato all'accoglienza e alla cura dei malati di mente", aumentando la necessità di luoghi per i malati mentali a livello locale e affidando al medico un maggior potere decisionale sul tempo di degenza del paziente. Esquirol si espone sui principi fondamentali della composizione architettonica validi per la costruzione dei manicomi, ritenendo che "[...] il progetto di un *ospizio pazzo* non è indifferente cosa che dovrebbe essere lasciata agli architetti [...]". [*Lois des aliènes*, art. 10, 30 giugno 1838]

il secondo pei tranquilli; il terzo per i semi-agitati, il quarto per gli agitati, il quinto per i paralitici e per i suicidi. Passando per i diversi quartieri, ebbi luogo di osservare come anche in questo Asilo regnava l'ordine più perfetto, la disciplina fra i malati e che anche l'igiene dei locali non difettava. È certamente un Asilo ben condotto e specialmente nelle sezioni dei tranquilli, sfugge l'idea di alienati e di Manicomio. Qui però non si riscontra quel lusso di locali e di mobiliare che abbiamo veduto in alcuni Asili della Svizzera, ma invece solamente la pulizia e la semplicità.”<sup>136</sup>

Con i progressi psichiatrici il manicomio subirà diverse modifiche, andando ad implementare la superficie costruita. L'ospedale storico resta ordinato in una composizione ortogonale di edifici bassi e collegati da gallerie e giardini, circondati da una cinta verde in cui si innestano gli edifici più recenti. I nuovi edifici, oltre a rompere lo schema ordinato e simmetrico, scompariranno la leggibilità architettonica dell'intero complesso, faticando nello stile ad integrarsi con l'esistente. Ma al contempo creando una forte componente visiva che mette in risalto il distacco dall'architettura ospedaliera manicomiale da quella psichiatrica odierna.

Dopo la seconda Guerra Mondiale, come abbiamo visto, la Francia ha adottato un sistema organizzativo di servizi sanitari pubblici suddivisi per settori, ossia per aree geografiche comprese nei singoli quartieri, predisposti ad assistere una parte di popolazione, di circa 70.000 abitanti. Si vengono a formare delle collaborazioni tra le strutture di ausilio distribuite sul territorio dove il paziente può essere assistito in prossimità della propria abitazione, per garantire delle cure organizzate e qualificate, in tutte le fasi del disturbo psichiatrico e per tutti gli utenti indistintamente.

Nasce così la collaborazione e l'accordo di gestione congiunta tra l'Hôpital de Sainte-Anne e altri due ospedali del territorio<sup>137</sup> dedicati alla salute mentale e alle ricerche neuroscientifiche.

Ad oggi, l'ospedale di Sainte-Anne ormai immerso nel centro parigino, è considerato uno dei centri ospedalieri più all'avanguardia per le tecnologie adoperate nella ricerca neurologica. Dispone, inoltre, di sette settori per adulti più due di psichiatria infantile, che corrispondono alle aree geografiche di provenienza dei pazienti, ospitati nei vari padiglioni, nominati come i medici psichiatri francesi più celebri. Negli anni '80 viene aperta al centro di uno dei giardini una caffetteria che diventerà un punto di ritrovo per frequentatori del centro e abitanti del quartiere. Accanto a quest'ultima vengono costruite un'abitazione per gli utenti ed un centro di informazione e incontro per pazienti e famiglie. Dispone inoltre di un archivio audiovisivo e digitale dei documenti riguardanti l'attività medica e istituzionale, al quale è possibile accedere su richiesta.

I portali d'ingresso (foto a lato) del complesso restano aperti durante il giorno, rendendo libero l'accesso al parco e ai giardini, caratterizzati da una serie di sculture risalenti alla seconda metà del Novecento. Ed è proprio in questi spazi aperti che, in occasione del 150° anniversario dalla sua apertura, è stato organizzato l'evento “*Sainte-Anne remonte le temps. 150 ans -150*



Portale dell'ingresso principale.  
[foto dell'autrice Di Prisco, M.]

<sup>136</sup>Funaioli P., (1877), *Una visita al manicomio della Svizzera e della Francia: ricordi e studi*, Siena, pp.69-79.

<sup>137</sup> Hôpitaux de Saint-Maurice e l'ASM 13. L'ospedale di Sainte-Anne è ora la sede del Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Paris- Psychiatries & Neurosciences del XIV arr., che assiste circa 77.000 cittadini ogni anno, in 130 strutture sparse nella capitale, e ospita il polo di ricerca universitaria “GHU” che rende possibili le interazioni tra pratica clinica, formazione, didattica e ricerca.

*métiers*<sup>138</sup>” che, con la collaborazione del museo MAHHSa (fig.3), ha illustrato e raccontato con eventi e mostre la storia e le trasformazioni del complesso manicomiale fino all’attuale Ospedale Psichiatrico<sup>139</sup>, attirando l’interesse dei cittadini del quartiere, e non solo. Il museo ad oggi è accessibile durante l’allestimento di alcune mostre temporanee e per la visita della collezione permanente, che si compone di opere d’arte di psicopatologia dei vari artisti-pazienti raccolte dal 1950 in poi, unite ad opere attuali, realizzate nel centro del CEE durante i laboratori terapeutici. Il centro museale si pone come obiettivi di “preservare, restaurare, studiare e arricchire la collezione, ma anche renderla accessibile al pubblico più ampio, progettare e realizzare azioni educative e divulgative volte a garantire a tutti un accesso equo alla cultura e a contribuire al progresso delle conoscenze e della ricerca, nonché alla loro diffusione.”<sup>140</sup>

### Considerazioni: le soglie e i confini.

Al momento all’interno del complesso psichiatrico sono in corso dei lavori di ampliamento che prevedono la costruzione entro il 2023 del nuovo centro di Neuroscienze progettato dallo studio di Pargade Archietti<sup>141</sup>. È interessante l’attenzione che si pone su un bordo dell’istituto con l’idea di progettare una sorta di “finestra sulla città” che affaccia su un grande piazzale, che conduce lo sguardo del passante all’interno del sito (fig.4-5).

Oltre questa facciata vetrata, che si espande su due livelli della nuova struttura, si intravede l’ampia Hall d’ingresso da cui si accede ai locali interni. Il piazzale diventa il punto focale che collega Sainte-Anne alla città, un’area di accoglienza e un collegamento tra le strutture di ricovero e la ricerca neuroscientifica (foto infondo).

L’inserimento del complesso nel tessuto urbano, con i suoi tre ingressi in posizioni diametralmente opposte, uniti alla mescolanza di funzioni presenti all’interno del complesso (dall’ospedale psichiatrico ai centri di ricerca avanzati, al museo, alla caffetteria e alle abitazioni) porta quotidianamente un notevole flusso di persone a fruire o attraversare l’area, rendendola un centro attivo e un punto di riferimento per il quartiere.

Tuttavia l’esperienza terapeutica francese prevede ancora cure restrittive in cui il paziente con determinate patologie non è libero di uscire dalla struttura o dalla camera, se non accompagnato, e in determinate ore della giornata. Questa modalità rende difficile l’interazione con la comunità e persegue in una logica dell’esclusione, anche se per intenti terapeutici ritenuti efficaci. L’ingresso dell’edificio psichiatrico principale è composto da una piccola sala d’accoglienza, dove il personale gestisce e controlla gli ingressi e le uscite, ulteriormente controllati da una porta interna chiusa a chiave, a cui si può accedere solo dopo aver avuto il consenso e accompagnati da un medico.

Degli altri padiglioni di ricovero, di dimensioni più modiche, è stato possibile visitare soltanto



Figura 3

Foto di una sala interna del museo MAHHSa [<https://musee.mahhsa.fr/presentation-de-la-collection/>]



Figura 4-5

Render di progetto della facciata esterna e dell’atrio interno della nuova struttura.

[<https://chroniques-architecture.com/sainte-anne-neurosciences-pargade/>]

138 “Sainte-Anne torna indietro nel tempo. 150 anni-150 mestieri.” Per l’occasione sono state organizzate visite guidate del sito, convegni, workshop.

139 “L’hôpital Sainte-Anne: pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au cœur de Paris”, testo redatto a seguito della mostra, di Stéphane Henry, Catherine Lavielle e Florence Patenotte, Somogy éditions d’Art. 2017.

140 [<https://musee.mahhsa.fr/presentation-de-la-collection/>]

141 [<https://chroniques-architecture.com/sainte-anne-neurosciences-pargade/>]

gli spazi aperti su cui affacciano le camere dei degenti: delle piccole corti racchiuse tra i padiglioni e circondate da porticati.

Invalicabili quindi le soglie tra il confine interno ed esterno delle strutture, in contrapposizione all'ampia permeabilità tra l'interno e l'esterno del resto del complesso, da parte della comunità.

L'Hopital di Sainte-Anne rappresenta sicuramente un esempio raro di inserimento nel contesto cittadino<sup>142</sup>, che mette in dialogo la società con gli spazi della cura e con la loro storia, rendendosi terreno di conoscenza e cultura con metodi replicabili, seppur presentando ancora alcuni limiti nel rapportarsi con l'alterità.



Fotografie degli spazi esterni di passaggio e di alcune strutture del complesso ospedaliero Sainte-Anne.

[Foto dell'autrice Di Prisco, M.]

<sup>142</sup> C'è una notevole differenza rispetto alle altre strutture ex manicomiali visitate a Parigi, quasi tutte poste agli estremi se non al di fuori della città.

### 3. I musei della mente. Convivere con una memoria scomoda

Con la Legge del 1978 il panorama italiano ha subito una forte trasformazione essendo l'Italia il primo Paese a riconoscere e a garantire i diritti civili delle persone con disturbi mentali. Le conseguenze hanno avuto effetti nelle sfere sociali ed umanitarie, hanno apportato modifiche a livello giuridico nel campo psichiatrico e hanno influenzato l'ambito architettonico ed urbanistico. Seppur, come abbiamo visto, non sono state poche le difficoltà nel dare una nuova linfa vitale ai monumentali ospedali psichiatrici diffusi sul territorio nazionale.

Il percorso di de-istituzionalizzazione è stato, ed è in certi versi ancora oggi, una lotta visibile in quello che resta dei vasti complessi manicomiali e delle sue architetture. Nonostante la natura propositiva nella "logica del cambiamento" la de-istituzionalizzazione ha portato ad una fase di abbandono, svuotamento e decadimento delle strutture, e ha dovuto fare i conti con un passato doloroso ed ingombrante, che talvolta ha condotto a cancellarne totalmente le tracce e all'inevitabile perdita della memoria del luogo.

A partire dagli anni Novanta comincia però una nuova fase di cambiamento, orientata sulla ri-attivazione di questi luoghi. Vengono indetti concorsi ed elaborati progetti per la riqualifica degli spazi aperti ed il recupero, il restauro e la rifunzionalizzazione degli spazi edificati. Comincia una fase di valorizzazione con interventi diversificati, che ha contribuito all'arricchimento del patrimonio culturale del territorio. Molte istituzioni abbandonate diventano sede del nuovo sistema sanitario e i padiglioni vengono adibiti a sale terapeutiche e ad uffici delle aziende sanitarie locali, a biblioteche e in alcuni casi ad archivi che conservano le documentazioni storiche e le cartelle cliniche dei pazienti. Le vaste aree verdi e i giardini che circondano le strutture diventano dei veri e propri parchi aperti, dove svolgere attività motoria o portare a giocare i propri bambini. La vera innovazione quindi sta nel poter entrare e uscire liberamente ed usufruire di questi luoghi non solo per scopi terapeutici ma anche, e in alcuni casi poter entrare e visitare degli spazi all'interno, trasformati in veri propri musei, dedicati alla divulgazione e alla conservazione sia del patrimonio materiale, quali le strutture architettoniche stesse e gli oggetti della storia della psichiatria, che del patrimonio e di un'eredità immateriale, della memoria del luogo.

Il museo è, difatti, lo spazio pubblico in cui è possibile sperimentare metodi, soluzioni e strategie per creare momenti ed esperienze inclusivi per il maggior numero di individui considerati nella loro eterogeneità. Luogo in cui le persone entrano in relazione tra loro, con le opere e

con l'istituzione museale stessa, e che in questo caso contribuisce alla trasformazione di queste strutture in luoghi di relazione ed incontro, oltre che di narrazione di una memoria che, seppur scomoda, non viene negata ma anzi, diventa un dispositivo narrativo verso un processo di inclusione, accettazione e convivenza.

Ancora più simboliche quindi diventano le realtà in cui la cura della salute mentale continua a convivere con questi luoghi di memoria, che si aprono alla comunità attraverso diversi metodi di narrazione. Casi in cui, nella loro forma attuale gli ex ospedali psichiatrici diventano luoghi di inclusione, cambiando la loro percezione in positivo, pur mantenendone viva e visibile la storia; portando ancora una volta ad affrontare il tema della psichiatria con un nuovo punto di vista, che ne esalti l'intento di apertura e visibilità al mondo, già introdotto con le opere del periodo basagliano.

### I Musei della mente

Mappa territoriale dei  
musei analizzati  
[disegno dell'autrice Di  
Prisco M.]



Ad oggi in Italia, gli ex manicomi accessibili e di cui alcune aree sono destinate alla fruizione museale, sono circa una decina, ma solo in poche realtà si assiste ad un efficace tentativo di convivenza con le terapie per la salute mentale.

Molti direttori e collaboratori delle ex istituzioni si sono ritrovati a dover pensare a nuove modalità di rappresentazione dei luoghi dell'internamento e delle storie degli internati, delle varie fasi dell'evoluzione delle scienze psichiatriche e delle testimonianze mediche. L'intento è stato quello di dare una nuova forma all'immaginario visivo emerso negli anni Settanta<sup>143</sup>, con la diffusione di libri fotografici, documentari e video di denuncia, dell'inaccessibile eterotopia della devianza Foucaultiana. A più di quarant'anni dalla riforma pensare all'ospedale psichiatrico come una meta di un percorso turistico non è di certo tra i più ambiti obiettivi del piano di rigenerazione, ma sotto altri aspetti può essere inteso come uno strumento di *narrazione delle diversità*<sup>144</sup> che, come sostengono gli antropologi Aime e Papotti, è alla base del concetto su cui il visitatore fonda la sua percezione dell'altrove e dell'altro da sé: "indagare sull'altro e sull'altrove non serve solo ad assecondare esotiche curiosità sul lontano, ma anche a proporre

143 Sulla scia dell'antipsichiatria europea e in Italia con il gruppo di psichiatria democratica guidato da Franca Ongaro e Franco Basaglia di cui già si è parlato nel paragrafo precedente [con riferimenti a Babini, 2009; Foot, 2017].

144 Aime, M., Papotti, D., (2012), *L'altro e l'altrove. Antropologia, geografia e turismo*, Torino, Einaudi, p. 191.

interrogativi, e auspicabilmente qualche direzione di risposta, verso l'identità del *noi* e del *qui*".

*I Musei della Mente* diventano dei nuovi dispositivi narrativi, sia che siano musei storici della psichiatria che luoghi culturali in cui condividere e diffondere esperienze sul tema della salute mentale. Le architetture ed il valore storico di questo patrimonio assumono quindi una valenza fondamentale nel contemporaneo nell'aumentare la consapevolezza e sensibilizzare la comunità all'ascolto. Vengono adottati diversi linguaggi, tecniche e tecnologie comunicative che si diffondono anche a livello internazionale. Ed è interessante notare come in ogni territorio, luogo e cultura diversi, si differenzino anche il metodo narrativo.

### Convivere con una memoria scomoda

Alcune realtà hanno trovato un contatto con il territorio attraverso l'allestimento di musei all'interno di determinati spazi inutilizzati degli edifici manicomiali, raccontando e mettendo in evidenza la dimensione emarginante e segregante dell'istituzione attraverso la raccolta di reperti, di strumenti di contenzione, documenti, cartelle cliniche, stampe e fotografie. La fondamentale ricostruzione degli archivi storici in alcuni casi è diventata la fonte principale da cui attingere per creare e reinventare i luoghi con i diversi metodi narrativi. Lo scopo del museo in questi contesti sembra quello di portare alla luce la memoria del passato quasi come monito affinché ciò che è stato non possa ripetersi.

Come avviene per esempio nell'ex Ospedale psichiatrico di Maggiano grazie alla Fondazione Mario Tobino che, oltre ad aver ricostruito il vasto archivio in forma multimediale con materiali scritti, visivi e audiovisivi, promuove continuamente eventi, seminari e attività culturali di carattere psichiatrico e letterario, e svolge attività di integrazione socioterapeutica per le persone utenti del servizio territoriale di salute mentale. Oltre duecento strumenti medici e scientifici sono raccolti all'interno dei locali della palazzina medici dell'Ospedale Psichiatrico, oggi sede della Fondazione (fig.2).

Un altro chiaro esempio è il Museo del Manicomio "La follia reclusa" dell'ex Ospedale Psichiatrico di San Servolo a Venezia, che dal 2006 racconta la storia che ha caratterizzato la trasformazione dell'isola e delle sue architetture, a partire dall'epoca medievale fino alla realtà che conosciamo oggi. Il percorso museale si sviluppa tra il piano terra, dove si può visitare la ricostruzione dell'antica sala anatomica (fig.3-4), e il primo piano dell'edificio principale che circonda la chiesa, dove invece vengono allestiti dei piccoli ambienti con i reperti che illustrano i vari passaggi della storia della contenzione. Si può accedere inoltre all'antica farmacia, alle biblioteche e agli archivi che conservano il materiale di San Servolo e San Clemente. Grazie alle cartelle cliniche conservate nell'archivio è stato possibile ricostruire le storie dei pazienti che diventano i soggetti di un'installazione fotografica che immortala i loro volti prima e dopo il ricovero nel manicomio.



Figura 2

Foto di Franco Bellato del Giardino della Direzione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Maggiano, 2000.

[archivio <http://www.fondazione-mariotobino.it/content.php?p=8.1&id=148>]

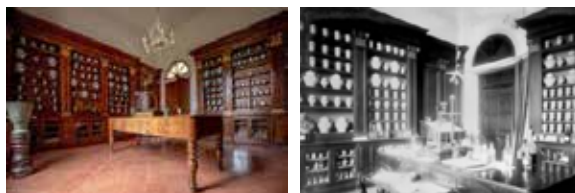


Figura 3-4

Foto della riproduzione e foto originale della sala anatomica esposta al museo "La follia reclusa" di San Servolo, Venezia [<https://servizimuseopolitani.ve.it/it/museomani-comio>]

Un percorso di conservazione simile verrà realizzato a Palermo, dove nel maggio 2007 viene sgomberato e restaurato parzialmente il Palazzo della Vignicella (succursale della Real Casa dei Matti) per ospitare il Museo del Manicomio, visitabile su prenotazione.

O ancora nel padiglione dedicato all'antropologo criminale Cesare Lombroso del manicomio di San Lazzaro a Reggio Emilia, che si trasforma in *Museo della Psichiatria* nel 2012, rispettando gli spazi originali, i materiali, i cromatismi e le tracce del degrado che ne hanno segnato l'esistenza. Il San Lazzaro, attraverso il suo restauro conservativo, trasmette una fedele raffigurazione della storia del luogo nella sua conformazione originale. Vengono valorizzati persino i graffiti realizzati con le suole delle scarpe nelle celle dei pazienti (fig.5), e sembrerebbe essere Lombroso uno dei primi collezionisti e studioso delle opere dei pazienti, interessato ad individuare nelle rappresentazioni artistiche del "mattoide" una connessione tra il genio e la follia<sup>145</sup>, una pratica molto utilizzata nel contesto europeo come vedremo in seguito (fig.6).



Figura 5

Fotografia del muro di cinta abbattute del padiglione Lombroso su cui compaiono i graffiti realizzati dai pazienti. [Musei Civici Emilia. <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/seconda-sala-le-tematiche/il-padiglione-lombroso/>]

Figura 6

Fotografia dell'atelier di pittura tenuto presso il manicomio di San Lazzaro.

[Musei Civici Emilia. <https://www.musei.re.it/collezioni/museo-di-storia-della-psichiatria/seconda-sala-le-tematiche/la-produzione-artistica-dei-ricoverati/>]

Ed è invece nella *biblioteca-museo*<sup>146</sup> del Frenocomio di San Girolamo a Volterra che compaiono, oltre a strumenti dedicati alla cura, vestiti di infermieri, camicie di forza, anche le foto che testimoniano l'opera dei graffiti di Oreste Fernando Nannetti<sup>147</sup>, che ormai stanno sparando dalle mura del reparto Ferri del vecchio manicomio. Un graffito alto 2 metri e lungo 180, inciso con le fibbie del panciotto della divisa che indossava. L'opera proietta lo spettatore in una dimensione astrale ed immaginaria, la cui traduzione è stata possibile grazie all'unico infermiere, Aldo Trafeli, con il quale Nannetti riusciva a comunicare. L'opera verrà valorizzata anche all'estero nella *Collection de l'Art brut* di Losanna, che gli dedicò un'intera mostra nel 2011<sup>148</sup>. Nella Biblioteca-museo ritroviamo invece una collezione di quadri ad olio che illustrano il processo creativo alla base dell'idealizzazione dei padiglioni e circa 140 plastici dell'evoluzione del complesso dell'Ospedale psichiatrico.

Nel 1985 ci ritroviamo a parlare del caso di Nanetti grazie ad un film-documentario *L'osservatorio nucleare del signor Nanof* (fig.7), prodotto da un team di ricerca e di artisti che indagano i linguaggi comunicativi di alcuni strumenti tecnologici del tempo: è con questo documentario

145 Il Museo di Antropologia Criminale "Cesare Lombroso" dell'Università di Torino. Guida alla visita, Torino, Edizioni Cortina, 2011, p. 41

146 Castiglia R., *Frenocomio di San Girolamo a Volterra*, in AA.VV., (2013), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Einaudi, Milano, pp. 207-209.

147 (Roma, 1927 - Volterra, 1994). Nella Conferenza "Distaccare per ricordare, la vicenda di alcune pagine del graffito di NOF4 sui muri dell'ex Ospedale Psichiatrico di Volterra" tenuta a Ferrara in occasione del Salone del Restauro del 2013, si racconta che quasi otto metri dell'opera del *poema lunatico* del meglio noto come NANOF, o come soleva autodefinirsi il "colonnello astrale" o "ingegnere astronautico minerario" - sono stati salvati e ora custoditi al Museo Lombroso.

148 Peiry L., (2011), *Nannetti*, Infolio/Collection de l'art brut, Gollion/Losanna.

sperimentale che, quasi casualmente, Studio Azzurro si ritrova ad intraprendere un percorso di allestimenti museali su tematiche sensibili, in cui poter raccontare delle storie per immagini; luoghi dove i visitatori si trasformano in attori, rivestendo un ruolo che li coinvolge attivamente nella trama e nei contenuti esposti.

Su questo principio qualche anno più tardi comincerà la lunga collaborazione di Studio Azzurro con il Museo Laboratorio della Mente dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma.



Figura 7

Frame tratto dal film documentario *L'osservatorio nucleare del signor Nanof*, StudioAzzurro Produzioni, 1985 [<https://www.studioazzurro.com/opere/losservatorio-nucleare-del-signor-nanof/>]

Unico nel suo genere il Museo-Laboratorio realizzato dalla sinergia fra la ASL di Roma e Studio Azzurro, viene inaugurato nel 2000. Inserito al piano terra di un padiglione del complesso, racconta, attraverso sistemi tecnologici interattivi, un viaggio nella diversa percezione sensoriale, che colpisce il visitatore per le suggestioni e le esperienze che trasmette, ma rappresenta allo stesso tempo un luogo di memoria, di recupero di testimonianze e di invenzione di linguaggi e narrazioni. L'obiettivo non è solo quello di offrire una collezione di beni materiali ma anche di assumere una funzione di «attivatore di processi educativi»<sup>149</sup> nel cittadino, dove affiora il concetto che non siamo solo corpi, ma corpi narrativi, dotati di una storia importante dove non esistono differenze tra storie abili o disabili.<sup>150</sup>

Diventa un modello esemplare di narrazione della salute mentale per la sua capacità di coinvolgere il cittadino ed inserirlo all'interno di un contesto molto spesso sconosciuto.

Sulla base di questi stessi principi si sta lavorando al progetto del *Museum of Mind* di Sydney, nel *Callan Park Hospital for the Insane* di Rozelle<sup>151</sup>, o su cui si è ispirato il *Museum of the Mind* di Bethlem a Londra nel 2015, o ancora grazie al quale ha preso vita, anche se con dimensioni più modeste, il "Museo della mente, c'era una volta il manicomio" di Rieti. Quest'ultimo, inaugurato nel 2019, si focalizza su un racconto diverso, sulla storia e le testimonianze degli internati dal 1947 al 2000. Si tratta difatti di un'architettura estensiva a padiglioni isolati, nata nel 1923 come succursale del Santa Maria della Pietà di Roma, ma che in poco tempo si ritrova ad ospitare più di 900 pazienti. La sua storia, o meglio la loro storia, viene raccontata principalmente con immagini, pitture, fotografie e testimonianze scritte, esposte negli spazi di quelle che erano collocate le celle dei pazienti. Un racconto fatto attraverso gli occhi di un medico che ha vissuto il manicomio e le sue fasi di decostruzione:

"In questa mostra - spiega il curatore dottor Manlio Paolucci - compare anche un po' della mia storia di "medico tra i pazzi", recluso talora anche io con loro e tra loro. È tra gli anni sessanta e settanta, durante lunghi turni, anche settimanali di guardia, che nasce l'idea di rendere pubblica la realtà di cui ero protagonista. Risalgono a quel periodo fotografie, disegni e pitture realizzate dal sottoscritto, attraverso

149 Armiato, Martelli, 2019, 9

150 Ulteriori approfondimenti verranno riportati nel secondo caso studio del seguente capitolo.

151 Progetto condotto da The MHS Learning Network e dal Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP).

le quali cercavo di catturare e descrivere le espressioni di sofferenza dei degenti, spingendomi attraverso i loro volti, fin in quel loro profondo vissuto di malattia. Una produzione in gran parte esposta oggi nella Mostra, realizzata anche grazie alla complicità dei degenti, come se volessero essi stessi partecipare ed essere attori di quella denuncia.”

Una serie di atti di denuncia che con metodi e linguaggi diversi sono stati in grado di ri-attivare questi luoghi attraverso quel processo di *inversione del soggetto*, predicato da Basaglia.

A tal proposito, possiamo affermare che anche il Museo d'Arte contemporanea Paolo Pini (MAPP)<sup>152</sup> dell'ex Ospedale Psichiatrico di Milano, è riuscito nell'intento comunicativo. Quando già nel 1993 il museo si insinua nelle mura dell'ospedale psichiatrico ancora attivo<sup>153</sup>, facendo entrare degli artisti con l'obiettivo di trasformare l'ospedale in un luogo di incontro attraverso l'arte. Dove il “fare arte” fosse un'occasione di scambio di idee e linguaggi tra artisti professionisti e persone con disagio psichico, e dove la condivisione di esperienze culturali e artistiche tra i cosiddetti “sani” e “malati” contribuisse concretamente alla cura e alla trasformazione di un luogo che è stato per anni l'emblema dell'incomunicabilità.

Le mura e l'architettura stessa del manicomio diventano al contempo quel dispositivo narrativo e terapeutico (fig.8).

Finalmente chiuso l'Ospedale, rimane forte la connessione con il territorio e viene creato un centro diurno che funge da luogo di incontro per creare assieme, dove non c'è distinzione tra linguaggio artistico o sanitario, ma un'unione di più linguaggi che si mescolano. Tutt'ora vengono organizzati, oltre ai corsi ordinari di arteterapia, degli incontri annuali con degli artisti esterni finalizzati alla realizzazione di opere, che gli stessi frequentatori del Centro di Salute Mentale raccontano a loro volta ai visitatori del museo, attraverso delle visite guidate.

Si svolge, inoltre, ogni anno dal 1997, l'importante festival teatrale estivo *Da vicino Nessuno è Normale*<sup>154</sup>, è riuscito a condurre il pubblico milanese verso la periferia per far rivivere uno spazio abbandonato.



Figura 8

*Fiore fuori di.. zucca..*, Stefano Pizzi, 1995. Opera rappresentata sulla parete sud-est del padiglione 4 del polo sanitario Paolo Pini.

## I musei della mente nello scenario internazionale

Nello scenario europeo, come abbiamo visto nell'ospedale psichiatrico di Sainte-Anne di Parigi, il materiale principale d'esposizione di mostre e musei, all'interno degli ospedali stessi, diventano gli atelier con le opere dei *pazienti-artisti*. Vere e proprie collezioni d'arte che attirano l'attenzione di visitatori di ogni tipo e che conducono, quasi inconsapevolmente, le persone a recarsi ed entrare in questi luoghi di emarginazione e sofferenza. Opere a cui è stato dato un

<sup>152</sup> Sorto in collaborazione con il Dipartimento di salute mentale dell'Ospedale Niguarda e con l'accademia d'arte di Brera.

<sup>153</sup> Nel 1996 nasce nei padiglioni dell'ex Ospedale Psichiatrico l'associazione Olinda, un progetto di cui gli organizzatori si definiscono “costruttori di urbanità”, un'impresa sociale che impiega circa il 30% di soci con disabilità cognitive. Si occupa della gestione del bar Ristorante Jodok, all'interno dell'ex camera mortuaria del manicomio, dell'Ostello Olinda, con sede nell'ex convitto e del Teatro La Cucina, nato nel 2008 al posto dell'ex cucina. [<https://www.olinda.org/portfolio/da-vicino-nessuno-e-normale-bianco/>]

<sup>154</sup> Si tratta della prima esibizione estiva nata a Milano.

nome, un'etichetta, come se non rientrassero in una tipologia artistica consueta, ma fossero fuori da un contesto conosciuto. Con l'artista Jean Dubuffet<sup>155</sup> viene coniato il termine *Art Brut* nel 1971 e fondata la prima collezione al Musée d'Art Brut di Losanna. Il termine venne utilizzato per definire le opere di autori autodidatti e "indenni della cultura artistica"<sup>156</sup> quali pazienti psichiatrici, incarcerati ed emarginati.

In Inghilterra nel 1972 viene pubblicato il testo *Outsider Art* dello storico Roger Cardinal<sup>157</sup>, che dà una nuova interpretazione dell'Art Brut, definendola un'arte neutra e flessibile, delimitando ancora una volta dei confini in cui gli autori, privi di coscienza artistica, sono collocati al di fuori di un sistema che rappresenta l'arte ordinaria.

L'Outsider Art si diffonde rapidamente nel resto d'Europa e negli Stati Uniti. Vengono aperti numerosi luoghi e gallerie d'arte per conservare ed esporre questi lavori e, nel 1989, viene fondata la rivista *Raw Vision* (fig.9), tutt'ora divulgatrice di quest'arte outsider, con lo scopo di portare il fenomeno al vasto pubblico.



Figura 9  
Raw Vision (1989-90), Outsider art, n.2

In Italia questo fenomeno resta poco esplorato se non in qualche raro caso<sup>158</sup>, mentre nel resto d'Europa diventa il metodo narrativo e attrattivo principale nell'acquisizione di conoscenza della storia manicomiale, spesso accompagnato in maniera contraddittoria dall'esposizione di fotografie e reperti che raccontano il carattere repressivo dell'istituzione.

Come avviene per esempio in Belgio, nell'imponente complesso edilizio *Guislain Hospice* di Gand, il primo manicomio belga sorto nel 1857 e che attualmente ospita il Museo Guislain<sup>159</sup>, il Centro psichiatrico e un Centro di formazione (fig.10).



Figura 10  
Museum Dr. Guislain. Foto © Karin Borghouts

Il museo dispone di due collezioni principali. In una viene documentata buona parte della storia psichiatrica attraverso una raccolta fotografica risalente al 1860 e al 1887, dove venivano ritratti i degenti per poterne studiare l'aspetto patologico. Nel 1930 si aggiungono una serie di scatti che immortalano le attività e il lavoro svolto nell'istituto psichiatrico in quel periodo. Il museo di oggi, aperto nel 1986, nasce dalla raccolta di quest'insieme fotografico e si propone di portare avanti la documentazione immortalando la vita nell'istituto odierno. Oltre alla collezione storica quindi vanta anche lavori di fotografi contemporanei che riflettono sulla malattia e sulla salute mentale (fig.11). Nella seconda collezione viene invece racchiuso il lavoro svolto dagli artisti definiti *outsider*, iniziata con una piccola collezione di arte visiva creata dai pazienti psichiatrici, fino ad espandersi nel 2002 a livello internazionale. Ad oggi, oltre all'arte outsider, il Museo del Dr. Guislain accoglie anche l'arte contemporanea legata al campo della cura della salute mentale.



Figura 11  
Museum Dr. Guislain. Foto © Dienst Toerisme

La stessa modalità narrativa la ritroviamo nel museo psichiatrico di Bern, dove le opere d'arte dei "malati di mente" collezionate dallo psichiatra Walter Morgenthaler vengono esposte nel

155In seguito ad una visita effettuata nei manicomi e nelle carceri svizzere nel 1945.

156Dubuffet J., (1971), *Prospectus et tous écrits suivants*, Parigi, Gallimard, p. 201.

157Cardinal R., (1972), *Outsider Art*.

158 A Palermo per esempio viene fondato l'Osservatorio Outsider Art nel 2008, centro di studi e rivista dedicata alla promozione di mostre e iniziative culturali, che mantiene un occhio di riguardo verso gli "outsider" siciliani.

159 In nome del Dottor Joseph Guislain che ha introdotto la psichiatria moderna in Belgio, noto per i metodi di non contenzione basati sul trattamento morale.

museo collateralmente a mostre temporanee, insieme al racconto della trasformazione dalla “casa dei matti” del 1749 alla successiva fondazione della “casa di cura” fino all’odierna clinica universitaria.

Così come nel Museo di Dolhuys che colleziona un repertorio storico delle pratiche di assistenza alle persone con disabilità cognitive, fornendo un quadro degli sviluppi in campo sanitario e scientifico della cura della salute mentale nei paesi bassi attraverso oggetti, immagini, letteratura e documentazione, oltre alla collezione d’arte degli outsider. Lo slancio innovativo che propone è probabilmente la possibilità di poter visitare la mostra in modalità a “basso stimolo”, grazie alla collaborazione a Unlimited Enjoyment Foundation<sup>160</sup>, con una riduzione dell’illuminazione, un ingresso limitato e più intimo, spegnimento di musiche e suoni frastornanti e la predisposizione di uno spazio tranquillo con a disposizione un manuale visivo e una mappa della struttura.

Persino nel noto Bethlem Royal Hospital, dove i primi ad essere esposti erano gli internati stessi come narrato precedentemente, troviamo un museo inizialmente allestito con pochi oggetti della collezione d’arte dell’ospedale in un piccolo spazio al suo interno, poi spostato in un edificio a sé stante, l’ex palazzo dell’amministrazione, e inaugurato come *Bethlem Museum of the Mind* nel 2015 (fig.12). Attualmente ospita le opere di artisti “Outsider” che sono, o sono stati, pazienti dell’ospedale psichiatrico, e varie mostre temporanee. All’interno della mostra permanente viene invece documentata attraverso la presenza di display interattivi la storia dell’istituto. La disposizione simmetrica dell’edificio esistente, ristrutturato per l’allestimento del museo, è stata mantenuta nel percorso espositivo, che comincia dall’atrio, dove sono state posizionate due statue (fig.13) a grandezza naturale poste in origine alle porte del manicomio. Il percorso prosegue al piano superiore dove si trovano le due sale concepite come spazi diametralmente opposti, uno più scuro con luci soffuse della mostra permanente, l’altro più chiaro e con vetrate che affacciano sui giardini delle mostre temporanee. Al pian terreno invece vengono mantenuti gli spazi amministrativi e di lavoro utilizzati dai pazienti da un lato, e la raccolta degli archivi storici dall’altro (fig.14).

A completamento dell’edificio museale si è scelto di monitorare costantemente gli spazi come requisito per garantire la salvaguardia delle opere oltre che come metodo di “osservazione” dei requisiti di comfort interno per il personale e per i visitatori. A posteriori è stata richiesta un’opinione in merito all’esperienza museale ad alcuni dei visitatori, che hanno ammesso che la decisione di visitare il Museum of Mind è stata innescata in qualche modo dal mito di “Bedlam” e dalla curiosità di visitare degli spazi manicomiali, o perché attratti dall’opportunità di vedere fotografie che suscitino un certo effetto emotivo. Mentre altri hanno espresso timore o ansie personali legate alla salute mentale e al concetto di manicomio, in parte smorzato dall’effetto delle esposizioni interattive, che invitano il visitatore a partecipare ad alcuni processi decisionali tra psichiatra e paziente, smobilitando alcuni preconetti e invitando ad una relazione più empatica<sup>161</sup>.



Figura 12

Foto del padiglione che ospita il Museo della Mente di Bethlem.

[<https://www.fbmarcitects.com/project/the-museum-of-the-mind/>]



Figura 13

Statua “Delirio” e “Malinconia folia”.

[<https://www.fbmarcitects.com/project/the-museum-of-the-mind/>]



Figura 14

Render del primo piano. Studio FBMArchitects

[<https://www.fbmarcitects.com/project/the-museum-of-the-mind/>]

160 Si occupa di disporre degli strumenti per realizzare delle visite a basso stimolo in luoghi culturali quali musei e teatri [<https://www.onbeperkt-genieten.nl/>].

161 Lotzof K., *Spectacles of Madness: Representing Mental Health from ‘Bedlam’ to Bethlem Museum of the Mind*. Museum Studies.

## Conclusioni: un Museo-Monumento a cielo aperto

Per certi versi l'esposizione di materiali legati alla storia manicomiale potrebbe invitare a forme inappropriate di sguardo<sup>162</sup>, specialmente se inserite in luoghi di reclusione e privazione di diritti. I Museum of Mind potrebbero essere quindi classificati come siti che attirino un movimento di *dark tourism*<sup>163</sup> invece di sensibilizzare e mitigare il divario con la società. Cosa mostrare dunque oltre gli spazi del manicomio, e come?

Seppure nel corso del tempo le rappresentazioni e i metodi di comprensione della follia hanno subito cambiamenti radicali, invitando a quel processo empatico anche grazie l'istituzione di musei narrativi sempre più vicini al tema della salute mentale, diventa impossibile immaginare una completa rottura dall'ingombrante eredità dell'istituzione manicomiale. Solo in alcuni casi oggi assistiamo ad un efficace tentativo di convivenza tra le architetture un tempo manicomiali e le terapie per la salute mentale, ma sembrerebbe aumentata in molte realtà la consapevolezza dell'importanza di trovare un contatto con il territorio non limitando l'accesso di queste strutture solo per scopi terapeutici, ma includendo in esse spazi di studio, attività di incontro e socializzazione. La musealizzazione di alcune di queste aree sta contribuendo a preservare l'eredità di un patrimonio importante, oltre a rendere questi luoghi accessibili affinché la società possa conoscerli in maniera diversa. Una strategia può essere quindi agire distinguendo di questi luoghi ciò che occorre preservare integralmente da ciò che va trasformato, o da ciò che va lasciato andare<sup>164</sup>, operando contestualmente in ogni territorio.

Il caso dell'edificio Saint Jozef del Centro Psichiatrico Caritas di Melle in Belgio (fig.15), per esempio, riceve una seconda vita inaspettata come spazio monumentale all'aperto. L'edificio di pregio storico, eretto nel 1908 per il trattamento delle donne con problemi mentali, subisce un processo di demolizione nel 2014, per dare spazio ad una nuova unità di accoglienza psichiatrica infantile. A causa del rilevamento e rimozione di amianto vengono interrotti i lavori in favore di alcune proposte progettuali che diano un senso al vuoto creato dalla demolizione già in parte avviata. Tre proposte diverse ma ugualmente ambiziose nella definizione di un nuovo scopo funzionale, nascono dall'organizzazione di sopralluoghi e di gruppi di lavoro tra personale medico, pazienti e architetti. La collaborazione porta a conservare l'edificio nel suo nuovo stato, rendendolo "spazio monumentale a cielo aperto" che funzioni da luogo d'incontro senza uno specifico uso terapeutico, ma che eserciti ugualmente un effetto terapeutico sul benessere del paziente, e altrettanto sul lavoro del personale e sul desiderio di familiari e amici di visitare i pazienti. Vengono mantenuti i segni della demolizione e inserita una scatola di vetro all'interno, in cui si sviluppano e si articolano su tre livelli gli spazi di socializzazione. L'edificio diventa quindi uno spazio intermedio che risponde in parte alla richiesta di connettere la vita nel centro psichiatrico con il mondo esterno, adattandosi e mutando in base alle

162Sandell R., (2007), *Museum, prejudice and reframing of difference*, Routledge, London, p. 61.

163"Turismo oscuro", un fenomeno associato ad un visitatore attratto da luoghi "siti associati alla morte, alla sofferenza o a ciò che è apparentemente macabro" [Stone P., (2006), *A Dark Tourism Spectrum*, p. 146]

164Lenza C., (luglio-settembre 2017), *I manicomi tra memoria e futuro: alcuni esempi europei*, FAMagazine.

esigenze di chi ne fa uso.

In conclusione, gli interventi descritti, seppur di natura differente, hanno permesso di riattivare in modo significativo questi luoghi dimenticati per molto tempo. Nel nostro Paese ci si è interrogati a lungo dopo la legge 180 (e tutt'ora ci si interroga) sul senso e significato che potessero assumere queste architetture e sulle problematiche concernenti la loro conservazione - anche date dal rapporto dicotomico tra conservare e distruggere, tra memoria e oblio - a livello internazionale si assiste a scenari di riattivazione talvolta drastici o comunque meno conservativi. Tuttavia, se condotti con giusti criteri e con il coinvolgimento di più saperi e discipline, questi interventi possono costituire una chiave per l'apertura verso la comunità.



Figura 15

Riqualifica del Padiglione Sint-Jozef del Centro Psichiatrico Caritas, a Melle, in Belgio.

Progetto realizzato nel 2016 e ideato da Architecten de Vyl-der Vinck Taillieu

[<https://jotaillieu.com/projecten/pc-caritas/>]

## 4. I limiti e il paradosso del Progetto Inclusivo

Come abbiamo avuto modo di vedere nei paragrafi precedenti, il processo di ricerca identitaria dei “non-luoghi”<sup>165</sup> ha portato in alcuni casi a valutare la possibilità di riadattare l’istituzione manicomiale di un tempo a luogo per le cure della salute mentale nel contemporaneo, ma senza tralasciare la memoria storica, valorizzata e divulgata come patrimonio e bene comune attraverso l’istituzione museale. La natura complessa di questi istituti ha fatto sì che diventassero luoghi di relazione e coesistenza tra le scienze psichiatriche e la memoria collettiva di questi “migranti invisibili”<sup>166</sup> ingiustamente vittime della società. In alcuni casi, ha dato vita a sedi di progetti artistici dedicati alla sensibilizzazione sul tema della salute mentale e alla creatività dei pazienti, istituzionalizzando un’arte che è stata vista a lungo come un’espressione creativa del folle. L’ideazione di un progetto museale unito al mondo psichiatrico espone la realtà marginale del manicomio alla comunità, ponendolo al centro di riflessioni critiche sul passato ed il futuro di questi luoghi per la cura.

Sono luoghi in cui la cura e la memoria hanno trovato un modo di convivere attraverso diversi metodi narrativi (condivisibili o meno), e dove il museo, nelle sue molteplici forme, può diventare uno spazio di relazione ed inclusione, contribuendo attivamente al dibattito sulla memoria dell’istituzione psichiatrica e sul processo terapeutico. In questi spazi la comunità entra in relazione con il concetto di *alterità*, facendo esperienza del luogo e al medesimo tempo imparando a conoscere questioni sull’emarginazione ed esclusione, assumendo potenzialmente un ruolo attivo nella sfida alla discriminazione sociale e stigmatizzazione delle persone con disabilità cognitive.

L’obiettivo di queste forme di narrazione è quello di “contribuire a una società basata sul riconoscimento di pari valori morali di individui diversi e in cui vi è rispetto reciproco tra gruppi”<sup>167</sup>. Importante è quindi insistere su quanto sia necessario divulgare una certa idea di alterità e potenzialità del “diverso” per migliorare la qualità di vita delle persone, poiché la sola cura o terapia non è sufficiente se poi c’è una comunità che resta indifferente o semplicemente non informata.

---

165 Augé M., (a cura di) Rolland D., (2018), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, ed. It. Milano C., Elèuthera.

166 Guglielmi M., (2019), *Visitare La Follia. L’ospedale Psichiatrico Come Meta Turistica*, in *Scritture Migranti*, n. 13 (gennaio), Bologna, pp.177-204.

167 Sandell, 2007, p. 39

Un *museo della mente*, quindi, per definirsi tale, dovrebbe diventare uno spazio in cui la somiglianza e differenza, il passato e il presente, la continuità e il cambiamento possono essere contemplati assieme, uno spazio in cui le narrazioni della salute mentale trovano il loro posto accanto a tutte le altre storie da raccontare<sup>168</sup>.

È sempre più diffuso il sostegno per il racconto di storie inclusive che riflettono su alcune forme di diversità comunitaria e sociale, e a questo scopo il museo ha abbracciato diverse forme, riconcettualizzando il suo ruolo nel presente. Uno spazio libero e accessibile a chiunque, che incoraggia il visitatore con diverse abilità a fruire autonomamente delle esposizioni, e oggi si diffonde al pubblico anche attraverso il mondo on-line e virtuale, con piattaforme multimediali, discussioni interattive e social media.

Il Progetto di ricerca dedicato al *Rethinking the Museum as a System for Identity Formation and Representation* ha pubblicato al termine della ricerca dodici proposte per i musei del XXI secolo, dove afferma nel primo principio che:

“I musei dovrebbero riconoscere il loro potenziale per costruire valori sociali e prendere una posizione chiara su aspetti politici, sociali e culturali. Nell’epoca attuale di mobilità fisica, economica, sociale e comunicativa, una maggiore consapevolezza di un’identità europea inclusiva è essenziale per rafforzare la coesione sociale e la reciproca comprensione. I musei possono svolgere un ruolo strategico nella costruzione di questa identità, espandendo la loro funzione tradizionale come depositari del patrimonio culturale e delle storie passate, e valorizzando il loro ruolo di agenti del cambiamento sociale, impegnati in modo proattivo nelle questioni cruciali per lo sviluppo e la sostenibilità dei sistemi socioculturali attuali e futuri.”<sup>169</sup>

Nel futuro quindi il museo potrebbe assumere un ruolo centrale in un processo inclusivo, assumendo varie forme e prospettive in cui è necessario ricordare che quando si parla di disabilità non ci si riferisce solamente a qualcosa di visibile.

A tal proposito entra in gioco una riflessione sul concetto di inclusività applicato al progetto, che seppur supportato da numerose normative e linee guida<sup>170</sup>, non sempre tende a considerare la nozione di accessibilità ampliata alle disabilità cognitive, oltre che fisiche. Se l’idea di un design inclusivo prescrive la progettazione di ambienti per le esigenze di un’utenza il più ampia possibile, implica automaticamente una questione paradossale di cosa sia giusto o sbagliato fare per includere, senza esclusioni: se da un lato è corretto rivolgersi ad un pubblico più vasto possibile considerando le differenze umane, dall’altro prendere troppo sul serio queste differenze può implicare una limitazione. Il paradosso sta proprio nel chiedersi fino a che punto le teorie di giustizia possano essere applicate nel mondo progettuale<sup>171</sup>.

---

168 Colin G., (2014), *A Museum of the Mind*, in *Museum Worlds: Advances in Research 2*, Berghahn Books.

169 Trad. dell’autrice Di Prisco M.

Progetto Europeo MeLa - *European Museum in an age of migrations (2011-2015)*. Settore di Progetto: *Rethinking the Museum as a System for Identity Formation and Representation*. [www.mela-project.eu]

170 Inclusive Design, Design for All, Universal Design.

171 Heylighen A., Bianchin M., *Building Justice: How to Overcome the Inclusive Design Paradox?*, Built Environment, Vol 44, n.1.

Per esempio vi sono alcune disabilità legate a problematiche della vista che richiedono l'utilizzo negli spazi interni di luci intense e di colori forti, che entrino in contrasto con l'ambiente costruito, mentre altre hanno bisogno di luci meno stimolanti perché si presentano delle difficoltà nel focalizzare anche modesti livelli di luce e colore<sup>172</sup>. Così una barriera fisica, come può essere un gradino, è significativa per orientarsi nello spazio per chi è non vedente, ma un ostacolo per chi utilizza una carrozzina. Dare una priorità ad alcune esigenze rispetto ad altre non è corretto, e allo stesso tempo dare una formula equa e che rispetti le necessità delle persone nella loro omogeneità è molto difficile se non impossibile<sup>173</sup>, di conseguenza i progettisti necessitano di un'assistenza che li aiuti a stabilire delle priorità, in base al contesto.

Un esempio di progettazione inclusiva applicata alla realizzazione di un museo, dove i progettisti hanno preso in considerazione diversi aspetti delle disabilità fisiche e mentali, è stato esposto al Van Abbemuseum olandese (Eindhoven) a seguito dello svolgimento di una serie Workshop partecipativi<sup>174</sup> tra architetti e persone con disabilità. Una sorta di galleria multi-sensoriale dal carattere sperimentale, con superfici curve con colori tenui che guidano il visitatore lungo il percorso, con nicchie come posti a sedere posizionate per mettere in comunicazione le persone, prendendo in considerazione ogni aspetto dell'interazione sensoriale con l'ambiente. Il risultato di un concetto spaziale che esprime delle possibili forme e dimensioni di un museo che mira all'inclusività e al dialogo, che porti ad una migliore comprensione reciproca ed empatica (fig1-2).



Figura 1-2  
Multi-sensory Museum Design Approach in Architecture, foto e modello  
[Foto © Niek Tijssen, <https://rxd.architectuur.kuleuven.be/projects/a-multi-sensory-design-approach-in-architecture/>]

Allo stesso modo altre esperienze museali hanno mirato al racconto dei vari aspetti della malattia mentale prevedendo la collaborazione con persone che hanno ricevuto delle cure presso gli ospedali psichiatrici, per far sì che il visitatore entri in empatia con le loro storie e situazioni. Ne è un esempio la mostra *Social Stigma for Crazyness: Encounter* allestita a Taiwan del 2013 dove è stato richiesto a dei volontari del centro di pensare alle proprie esperienze e alle tematiche che desiderano condividere con il pubblico, con il risultato di diverse installazioni interattive tra cui una a forma di cactus, che rappresenta la sensazione di un membro di sentirsi delle spine su tutto il corpo, causando distanza e difficoltà nel comunicare con la società. Un altro esempio è il Museo di Brisbane, in Australia, inserito nel più antico Ospedale Psichiatrico locale,

<sup>172</sup>Per le persone iposensibili o ipersensibili nello spettro autistico per esempio. [Bogdashina, 2003]

<sup>173</sup>Simeon Keates, 2015

<sup>174</sup>Vermeersch P.W., Schijlen J., Heylighen A., (2018), *Designing from disability experience: Space for multi-sensoriality*, in PDC '18, August 20-24, 2019, Hasselt and Genk, Belgium.

che ha organizzato una mostra (*Remembering Goodna* nel 2007) basata sulla condivisione e il dialogo tra i visitatori con alcuni degli ex pazienti ricoverati nel centro e le loro famiglie e amici, il personale dell'ospedale, per sensibilizzare il pubblico sulla repressione e la discriminazione che subiscono nella società<sup>175</sup>. Un membro del team curatoriale dell'esposizione riporta come un momento chiave sia stato quando un sostenitore della salute mentale ha affermato che “non sia possibile lavorare rispettosamente con persone con problemi di salute mentale a meno che “non abbiate accettato la nostra rottura”. [...] Nel corso del tempo, tuttavia, è diventato molto sensato. Immaginarsi rotto (o potenzialmente rotto) o intero (o potenzialmente intero) come ogni altro essere umano è fondamentale a stabilire relazioni di compassione [...]”<sup>176</sup> dove il termine “compassione” viene inteso secondo le teorie della filosofa Martha Nussbaum, come un’emozione sociale di base, dove “La compassione, nella tradizione filosofica, è un ponte centrale tra l’individuo e la comunità; e fornisce un ponte essenziale verso la giustizia”.<sup>177</sup>

---

175 Pasley P., (2009), *Peeling Back History: the remembering Goodna exhibition*.

176 Besley J., (2014), *Compassionate Museums?*, in *Museum Worlds: Advances in Research 2*, Berghahn Books.

177 Nussbaum, M., (1996), *Compassion: The Basic Social Emotion*, in *Social Philosophy and Policy* 13 (1). Pp 27–58.

## Il Museo-Laboratorio della Mente di Santa Maria della Pietà di Roma Caso studio

**I**l Museo-Laboratorio della Mente dell'ex Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma rappresenta un importante riferimento per la dissertazione, simboleggiando l'efficace equilibrio tra la narrazione della memoria storica e le pratiche terapeutiche odierne nell'ambito della salute mentale. Creato nel 2008 per l'accordo tra la ASL di Roma e il team di progettazione Studio Azzurro, il Museo ha introdotto un salto innovativo nell'ambiente sanitario. Il Parco del Santa Maria della Pietà è attualmente oggetto di un piano di riqualifica che prevede il miglioramento delle aree verdi e la ristrutturazione di buona parte degli edifici in uso, incluso il padiglione che ospiterà il nuovo Museo-Laboratorio della Mente in cui verrà inserita una mostra interattiva più all'avanguardia di quella attuale.

Viene di seguito descritta e riportata testimonianza fotografica della visita al museo effettuata dall'autrice Di Prisco M., in cui è avvenuto l'incontro con il Dottor Pompeo Martelli - Psicologo del Dipartimento di Salute Mentale e ora direttore del Museo-Laboratorio della Mente - per apprendere al meglio gli approcci narrativi utilizzati. Precede una complessa ricostruzione storiografica che racconta l'evoluzione dell'area, dalla fondazione del manicomio fino all'attuale centro sanitario con il suo Museo, a dimostrazione di come il Parco sia un luogo frequentato dalla comunità, oltre le cure mediche.

Nelle giornate di sopralluogo è stato possibile inoltre confrontarsi con la storica d'arte che gestisce l'archivio della Biblioteca Cencelli, con medici e operatori sanitari dei centri di neuropsichiatria infantile, per l'autismo e per la salute mentale, e con i Dottori che si occupano di disabilità cognitive infantili e del passaggio al centro per adulti, dove all'interno avviene la collaborazione di numerose cooperative per le attività del centro diurno.

Il coinvolgimento dei cittadini all'interno del Parco è molto presente e attivo, anche se nella quotidianità, date le vaste dimensioni territoriali in cui è inserito, resta una realtà di quartiere. È evidente come attraverso il museo e le attività svolte all'interno del Parco non vi sia l'intento di mostrare un lato "perturbante" della salute mentale, ma di rendere coscienti i cittadini di una realtà che talvolta intimorisce: la paura del diverso.

### **Il manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma: la storia e le trasformazioni**

#### Prima fase 1907-1926

Il 15 agosto del 1904 a Roma viene bandito un concorso per la costruzione del nuovo manicomio Provinciale di Santa Maria della Pietà (fig.1). Il bando prevedeva l'edificazione di un complesso istituzionale in grado di ospitare oltre mille degenti, nell'area al di fuori dalla porta

di San Giovanni<sup>178</sup>, che sostituisse il manicomio esistente ben inserito nel tessuto urbano<sup>179</sup>, e per questo ritenuto inadeguato ai nuovi approcci curativi per le malattie mentali. Il progetto non viene realizzato a causa della morfologia inadatta del terreno, ma nel 1906 il Consiglio Provinciale delibera la costruzione del nuovo ospedale in un'area rurale distante circa 7 km da quello che allora era il centro cittadino, a Sant'Onofrio in campagna, sul Monte Mario. Le ragioni che hanno portato alla nuova istituzione sono state dettate dall'impossibilità di ampliare il vecchio manicomio, in favore dell'ampia disponibilità di terreno<sup>180</sup> della zona di Sant'Onofrio, che vantava inoltre della vicinanza con la ferrovia Roma-Viterbo, offrendo così la possibilità di ricevere più pazienti dal nord del Lazio. Inoltre, rispondeva in questo modo alla necessità di allontanare il più possibile l'istituzione *reclusiva* della follia dal resto della popolazione<sup>181</sup>.

Il progetto<sup>182</sup> (fig.2), vinto dagli Ingegneri Edgardo Negri e Silvio Chiera, prevede 37 padiglioni (oltre ai 23 edifici dell'annessa azienda agricola distribuiti su 93 ettari di terreno) disposti secondo un impianto planimetrico che segue il naturale andamento del terreno e si articola su tre percorsi circolari: il primo comprende l'ingresso principale in cui affacciano gli edifici della direzione e i padiglioni dell'osservazione; il secondo, più grande ed interno, si sviluppa intorno ai servizi generali (le cucine, l'officina, la lavanderia e il guardaroba); il terzo collega tutti i padiglioni di degenza attraverso dei percorsi secondari.



**Figura 1**  
Foto panoramica manicomio Santa Maria della Pietà di Roma  
[Portale: Gli spazi della follia].

**Figura 2**  
Veduta aerea dell'area ospitante l'ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà, sita in località Sant'Onofrio, nei pressi del Monte Mario a Roma. [Edgardo Negri e Silvio Chiera, *Il Manicomio Provinciale di Roma. Ricordo della posa della prima pietra*, Roma, 1909.]



178 Salera P., (1994), Il complesso architettonico di S. Maria della Pietà dal 1548 al 1914, in Fedeli Bernardini F., Iaria A., Bonfigli A. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma*, cit., vol. 2, pp. 207-220.

179 Il primo Istituto, con sede in Piazza Colonna (1548-1728) nasce come confraternita in aiuto a *poveri, pellegrini e vagabondi* e viene trasformato nel 1572 in "Ospedale di Santa Maria della Pietà dei poveri pazzereelli". La sede successiva (1725-1924) sorge in via della Lungara, sul Gianicolo, in una struttura che presenta una lunga facciata recintata al pian terreno, ritenuta inadatta rispetto alle richieste delle nuove pratiche sanitarie, che esigevano complessi assistenziali a *padiglione isolato*, distanti dal centro urbano (Pallotta, Tagliacozzi, 1998).

180 Che favoriva, oltre la possibilità di espandere il complesso ospedaliero, le attività di produzione agricola per il fabbisogno interno

181 Al contrario del carcere (altro luogo di segregazione) che viene invece mantenuto in via della Lungara, all'interno nella città per ragioni di sicurezza e sorveglianza.

182 Finalisti del terzo concorso bandito nel 1907, inaugurato nel 1914.

La circolarità dei percorsi<sup>183</sup> (fig.3) non esclude la rigida simmetria che si ripercuote in maniera ancor più incisiva sulle architetture dei padiglioni. L'asse centrale, sulla quale vengono posizionati i servizi comuni, separa la zona maschile da quella femminile, mentre nella zona periferica si trovano dei piccoli ospedali per i contagiosi. Gli ingressi principali sono tre, due laterali divisi per sesso e uno centrale di fronte alla direzione. I padiglioni, in stile rinascimentale<sup>184</sup>, vengono divisi per patologia e mantengono una distanza di 50 m tra loro e si sviluppano su due livelli: al pian terreno i locali di soggiorno e al piano superiore i dormitori e le celle di isolamento. Ogni padiglione risulta autosufficiente e in alcuni vengono apportate delle modifiche in base alla patologia e le cure ritenute necessarie<sup>185</sup>: nella sezione *tranquilli* sono stati previsti dei padiglioni pediatrici dove negli spazi comuni vengono collocate delle aule scolastiche; i padiglioni degli "invidanti tendenti al suicidio" sono pensati di un unico livello e con cortili recintati da un alto muro, sorvegliati costantemente dall'infermiere; i padiglioni con i "delinquenti" uomini dispongono di camere collocate al primo piano e di finestre erano apribili solo dall'esterno.<sup>186</sup>



Figura 3  
Planimetria generale Santa Maria della Pietà  
[Portale: Gli spazi della follia].

## Seconda fase 1927-1999

Il complesso arriverà a contenere fino a 3500 pazienti, per cui sarà necessaria la realizzazione delle succursali di Ceccano e di Rieti, che diventeranno Manicomi Provinciali dopo il 1927, con la creazione delle province di Frosinone e Rieti (fig.4-5).



Figura 4  
Trasformazioni manicomio due fasi: 1907-1926; 1926-1999.

Nel territorio nascono inoltre una serie di istituti e cliniche private di neuropsichiatria, che accolgono i pazienti sfollati dai manicomi; vengono così stipulate maggiori convenzioni tra la Provincia di Roma e diversi istituti di ricovero. Le carte dell'archivio<sup>187</sup> dimostrano come l'incremento della popolazione a Roma abbia reso il manicomio un crocevia importante per

[Portale: Spazi della follia]

183L'elemento ordinatore del complesso è proprio il percorso anulare, di 1060 metri lineari di lunghezza, nel quale si può individuare un grande piazzale di 240 m di diametro che rappresenta il cuore dell'intero impianto. I percorsi secondari che collegano ai padiglioni, si diramano con andamento irregolare, perimetrando gli spazi verdi che circondano gli edifici.

184Ogni edificio presenta sobrie linee architettoniche con impianto simmetrico, spesse fasce marcapiano, finestre modanate e a edicola ai piani nobili. Particolare cura nei dettagli viene posta per gli edifici lungo l'asse principale, con ingresso aggettante o rientrante rispetto alle porzioni laterali, sormontato da un timpano triangolare o curvilineo.

185Erano inoltre previste numerose mansioni di diversa qualità, dai reparti di degenza al laboratorio anatomo-patologico, al reparto di chirurgia, alla scuola per allievi infermieri, magazzini, fagotteria, cucina, lavanderia, panificio, calzoleria, tipografia.

186 Donghi D., (a cura di), (1927), voce "Manicomi", in *Manuale dell'architetto*, volume II, sezione III, (sez. II del capitolo XV - Stabilimenti sanitari), Torino, Unione Tipografica.

187 Il primo lavoro di riordino e inventariazione dell'archivio storico del Santa Maria della Pietà avviene nel 1988-1990 dall'archivista dell'archivio di Stato di Roma, Anna Lia Bonella. Questo riordino è stato il progetto pilota di quello che nel 1999 è diventato il progetto "Carte da Legare" varato dall'Ufficio centrale beni archivistici per il censimento, il riordino e la valorizzazione degli archivi degli ex ospedali psichiatrici.

l'assistenza nel territorio. Nonostante il sovraffollamento, vengono istituiti nel S.M.P. altri due reparti: l'Istituto psico-pedagogico Sante De Sanctis (nel padiglione XC e inaugurato nel 1933)<sup>188</sup> per il ricovero di minori di 14 anni "recuperabili" che chiude nel 1975 in favore del ricovero dei bambini degenti presso strutture ritenute più adeguate; e l'Istituto Regina Elena per la cura dell'encefalite (eretto a Monteverde nel 1937 e inserito a Sant'Onofrio nel 1946), in cui veniva affidata alle amministrazioni provinciali l'assistenza e la cura del parkinsonismo encefalitico, ma anch'esso chiuso negli anni '70. Nasce inoltre un nuovo centro d'igiene mentale (CIM) nel 1952, gestito dallo stesso Direttore del manicomio e dai dipendenti, dall'esigenza evidente di smaltire l'istituto manicomiale con le prime intenzioni (sorte negli anni '60-'70) di decentrare le strutture assistenziali. È evidente come che il manicomio di Roma nel periodo tra 1913-1955 abbia rivestito un ruolo di assoluto rilievo per l'Amministrazione provinciale rappresentando (con le direzioni di Augusto Giannelli e Francesco Bonfiglio) uno tra gli ospedali psichiatrici più prestigiosi del Paese.



**Figura 5**  
Immagine della copertina del primo numero della rivista "Il lavoro neuropsichiatrico" fondata da Cerletti U. e Bonfiglio. F., 1965. Direzione Redazione e Amministrazione Ospedale Psichiatrico Provinciale S. M. della Pietà - Roma, VOL. XXXVI ANNO XIX FASC. III.

La Seconda guerra mondiale porterà con sé la rottura dei rapporti e scambi, anche di tipo scientifico, con il resto della comunità nazionale ed europea.

Per contribuire a risollevare la vitalità scientifica, nel 1945 viene fondata la rivista "Il lavoro neuropsichiatrico" redatta dai medici dell'Istituzione (fig.5).

Compaiono in alcuni numeri della rivista degli aspetti interessanti emergenti dagli studi sulla somministrazione al paziente di LSD (pratica diffusa intorno al 1940 in diverse cliniche psichiatriche europee); i medici si soffermano sulle modificazioni indotte sia sulla *coscienza del corpo* che della *personalità*, sostenendo che l'esperienza della modificazione della personalità si manifestava con una straordinaria proprietà di linguaggio, insolita nei loro pazienti. Come se si acquisisse improvvisamente una dote innata del poter dar voce alle proprie emozioni e pensieri:

"[...] Nei soggetti sottoposti alla LSD, l'A. nota il fatto che i pazienti impiegano un linguaggio insolito per essi, soprattutto per quel che riguarda la descrizione della esperienza interiore. Dopo una analisi della casistica, l'A. attribuisce la modalità dell'espressione linguistica alle modificazioni che la «model psychosis» da LSD induce nella coscienza del corpo ed in quella della personalità, ed inoltre ad un particolare atteggiamento riflessivo dell'Io, per cui ne risulta un linguaggio che può definirsi «introspettivo», che ha per oggetto soprattutto la forma oltre che i contenuti dell'esperienza interiore."<sup>189</sup>

Tuttavia a Roma come altrove, la ricerca psichiatrica verrà portata avanti nelle cliniche Universitarie con gli studi dei casi ritenuti più "interessanti"<sup>190</sup>, affidando al manicomio la sola funzione di reclusione ed isolamento.

Sul finire degli anni Sessanta, fino al 1978, i forti cambiamenti sociali del Paese si riflettono

<sup>188</sup>Originariamente intitolato ai "Principi di Piemonte".

<sup>189</sup> "Il lavoro neuropsichiatrico. Esperienza interiore e linguaggio nella «model psychosis», in Priori, (1957), Volume xxi, Fascicolo 1. Si tratta di una rivista fondata da U. Cerletti e F. Bonfiglio, diretta da U. De Giacomo in unione con f. Bonfiglio, U. Cerletti, M. Gozzano. Direzione, redazione e amministrazione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di S. Maria della Pietà di Roma.

<sup>190</sup>Colucci M., Di vittorio P., (2001), *Franco Basaglia*, Milano, Mondadori.

sulla psichiatria e sull'istituzione manicomiale. Una serie di dibattiti emergenti da tutti i settori professionali interessati, che ritroviamo negli archivi, testimoniano che viene rivolta molta attenzione all'*inadeguatezza* e all'*inutilità* delle grandi strutture manicomiali nell'affrontare le necessità proprie dell'assistenza psichiatrica<sup>191</sup>.

Dopo il marzo del 1968, viene istituita la "Commissione per lo studio della ristrutturazione totale del sistema dell'assistenza psichiatrica alla luce dei moderni orientamenti scientifici e terapeutici e dei criteri fissati dalla legge stralcio per l'assistenza psichiatrica" conclusa nel 1969 con il suggerimento di decentrare i servizi sanitari. Viene proposta la progettazione di strutture consone per coloro che, anziani o definiti cronici, non vengono considerati con possibilità di recupero; si insinua l'ipotesi di trasferire alcuni dei reparti psichiatrici negli ospedali generali. L'Amministrazione Provinciale, negli stessi anni, propone un bando per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico su via Prenestina allo scopo di sfollare il S. Maria della Pietà, ma non verrà realizzato per favorire la creazione di strutture più piccole ed agevoli.

È di rilievo in questa fase di riforma, la legge 18 marzo 1968-n. 431, che obbliga gli istituti a strutturarsi in "divisioni" e non superare le 625 degenze giornaliere, rimarcando l'inadeguatezza delle grandi strutture manicomiali, prevedendone l'applicazione entro cinque anni dalla sua entrata in vigore<sup>192</sup>.

L'istituto Santa Maria della Pietà viene diviso in due ospedali psichiatrici (Ospedale I e Ospedale II), mantenendo inizialmente alcuni servizi in comune (quali l'archivio generale, biblioteca, laboratori di analisi, portineria) ma sotto la supervisione di due direttori<sup>193</sup> e due responsabili amministrativi distinti. Dopo il 1976 anche i servizi comuni vengono ripartiti e ridisegnati, e viene istituito un unico ufficio amministrativo, escluso dalle mansioni sanitarie.

Nel '75 viene chiuso il padiglione più grande (XXII) e nasce, per iniziativa di un gruppo di infermieri, il padiglione XXV, in cui viene reso abitabile il vecchio reparto di isolamento anche con l'impegno dei pazienti, cercando di applicare le lezioni basagliane note e apprese nell'ospedale di Gorizia.

La democratizzazione della vita interna dell'ospedale romano è un fattore caratterizzante: tutti i settori professionali si aggregano e discutono per trovare soluzioni; anche per i degenti si apre un nuovo periodo, dato da una maggiore libertà di movimento tra l'interno e l'esterno dell'ospedale, e dalla partecipazione ad assemblee di reparto e alla programmazione di attività<sup>194</sup> che permettono un'espressione che fino ad allora gli era stata negata.

Con l'approvazione della Legge 180/78 l'ex manicomio andrà incontro ad un passaggio delle competenze dalla Provincia al Comune di Roma, diventando dal 1979, non più ente provinciale ma parte dell'Unità Sanitaria Locale (USL).

In quell'anno erano presenti ancora 1076 ricoverati e circa 60 "ospiti"; l'ultimo degente verrà dimesso nel 1999, con la chiusura definitiva. Nel frattempo gli edifici vengono svuotati per

---

191 *L'ospedale s. Maria della pietà di Roma*. L'archivio storico sec. XVI-XX. Inventario di A. Bonella, N. Pastina, R. Sibbio., p.106.

192 Ibidem.

193 Antonino Iaria per l'Ospedale I, Ferdinando Pariente per il II.

194 Socioterapia, ludoterapia, musicoterapia, corsi didattici, soggiorni estivi, ecc.

poter trasformarsi in un centro di raccolta di memoria e testimonianza dell'istituzione manicomiale.

### Terza fase 2000 ad Oggi

La Soprintendenza archivistica per il Lazio avvia un primo intervento di ordinamento delle carte dell'antico ospedale psichiatrico romano nel 1988-90, a cura di Anna Lia Bonella. Due anni dopo viene pubblicato l'inventario della documentazione dalla metà del XVI secolo agli inizi del XX, sollevando problematiche sulla salvaguardia e valorizzazione della documentazione sanitaria attraverso interventi che tutelino la conservazione e favoriscano la ricerca e la lettura dei documenti. Nel 2000 il Ministero dei Beni Culturali approva il progetto nazionale "Carte da legare" per il recupero e la valorizzazione degli archivi degli ex Ospedali Psichiatrici Italiani. L'anno successivo viene svolta una ri-catalogazione della documentazione del Santa Maria della Pietà, curata dalla società dei servizi archivistici "Memoria"<sup>195</sup>, che si aggiunge materiale precedentemente raccolto da Anna Lia Bonella. L'intera documentazione è tutt'ora conservata e visitabile nell' nell'archivio storico della Biblioteca Scientifica Alberto Cencelli<sup>196</sup>, nell'edificio 26 dell'ex complesso manicomiale.

Riportando le parole dell'allora Direttore generale ASL Roma E, il Dottor Franco Condò:

"Iniziative queste, finalizzate, mediante un viaggio a ritroso nel tempo e nello spazio dei manicomi, a riflettere sulle progettualità possibili, per comprendere come la soggettività del malato di mente pur nella segregazione istituzionale resista ad ogni tentativo di costringerla al silenzio e riesca ad esprimersi in una molteplicità di forme, e con i suoi messaggi costituisca per noi l'unica autentica fonte di conoscenza del mondo della sofferenza psicopatologica. La presente pubblicazione unicamente ad altre iniziative, vuole essere di ausilio alla comprensione e al recupero di un'alterità per secoli elusa ma non per questo così remota."

Nel 2000, grazie ai fondi destinati al Giubileo, si interviene sul restauro di cinque padiglioni<sup>197</sup> destinati ad attività culturali. Il 6 aprile dello stesso anno, nel programma di riuso e valorizzazione, viene sottoscritto un primo protocollo d'intesa tra la Regione Lazio, la Provincia, il Comune e l'Università degli Studi La Sapienza di Roma, confermato nel 2007, che assegna 18 padiglioni all'Azienda Sanitaria Locale, 8 all'Università, 4 alla Casa dello studente e 1 ad attività sociali e culturali. Nel 2010 però l'Università rinuncia all'acquisizione dei padiglioni destinati al campus universitario. Oggi la maggior parte dei padiglioni ospitano servizi della ASL Roma 1<sup>198</sup> e di altre strutture aziendali. Vengono erogati servizi e prestazioni ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali, concentrati sulle cure dall'età infantile (con il centro per i

---

195 Con il coordinamento della Soprintendenza archivistica per il Lazio.

196 Nata nel XVIII secolo da fondi privati appartenenti a medici che avevano "esercitato l'arte nell'ospedale dei pazzereelli". La biblioteca viene riorganizzata e ampliata dal Direttore Giovanni Gualandi e arricchita da una donazione di Papa Pio IX, poi intitolata nel 1914 al presidente della Deputazione provinciale di Roma Alberto Cencelli.

197 I padiglioni V, IX, XI, XIII e XV.

198 Distretto Sanitario 14, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Roma.

disturbi dell'età evolutiva) all'anziano, prestando una grande attenzione al tema della disabilità e del garantire una buona qualità della vita. Il Parco è un patrimonio importante dal punto di vista botanico e naturalistico, con giardini, alberature, siepi ornamentali e prati, e richiede una manutenzione tecnica adeguata alla sua valorizzazione.

Dopo la definitiva chiusura dell'istituto psichiatrico del S. Maria della Pietà l'Azienda Sanitaria ha sentito inoltre la necessità di valorizzare la memoria storica con iniziative di carattere scientifico e culturale, con la costituzione del Centro Studi e Ricerche e con la realizzazione di un importante museo narrativo, il Museo-Laboratorio della Mente.

Si aggiungono all'esposizione del Museo delle installazioni, che l'autrice ha avuto l'opportunità di osservare, quali "Portatori di Storie", realizzata da Studio Azzurro e collocata nella Biblioteca Cencelli, dove vengono raccontate le storie di persone coinvolte nell'esperienza della malattia mentale; e "Ricordare il futuro"<sup>199</sup>, un'installazione innovativa collocata all'interno dell'archivio, dove l'ologramma di archivista accompagna il visitatore nella ricostruzione storica del luogo.

## **Il Museo-Laboratorio della Mente: la visita e l'incontro**

Inserito al piano terra del padiglione 6 il Museo è unico nel suo genere<sup>200</sup>: inizia il suo percorso narrativo nel 2000, con un'installazione inedita progettata da Studio Azzurro, dove viene raccontata, attraverso sistemi tecnologici interattivi, un viaggio nella percezione sensoriale che coinvolge il visitatore per le suggestioni che trasmette, ma rappresenta allo stesso tempo un luogo di memoria, di testimonianze e di narrazione. Permette di immergere il visitatore nell'esperienza di operatori, pazienti e familiari nella malattia mentale e nelle diverse modalità di intervento e di approccio alla tematica della cura. L'obiettivo è di far emergere il ruolo attivo e centrale del cittadino, dando voce alle pratiche odierne della salute mentale, al fine di rendere *visibile l'invisibile*; con l'intento di offrire una collezione di beni materiali ma anche di assumere una funzione di «attivatore di processi educativi»<sup>201</sup> del cittadino, dove affiora il concetto che non siamo solo corpi ma corpi narrativi, dotati di una storia importante, dove non esistono differenze tra "storie abili e storie disabili".

Durante il percorso di ricerca l'autrice Di Prisco M., ha avuto modo di recarsi in visita al Museo ed incontrare il Dottor Pompeo Martelli, Psicologo del Dipartimento di Salute Mentale e ora direttore del Museo-Laboratorio della Mente. Un incontro significativo poiché ha permesso di approfondire ed osservare le trasformazioni architettoniche e sociali avvenute nel complesso ospedaliero a partire dalla riforma basagliana, fino alla nascita dell'idea di creare un museo narrativo, in grado di avvicinare e sensibilizzare i cittadini al tema della salute mentale e all'importante storia del territorio in cui vivono.

---

199 Un'installazione prodotta da Blue Cinema Tv grazie all'avviso pubblico regionale "L'Impresa fa Cultura", co-finanziato dall'Unione Europea.

200 Sullo stesso modello è in progetto il Museum of Mind a Sydney, che sorge Callan Park Hospital for the Insane (Rozelle).

201 Armiato, Martelli, 2019, 9.



**Figura 6-7-8**

Ingresso, sala d'attesa e stanza per le terapie del Centro di Neuropsichiatria infantile Santa Maria della Pietà di Roma.

[Foto dell'autrice Di Prisco M.]

Nelle giornate di sopralluogo è stato possibile inoltre confrontarsi con la storica d'arte Gianna Capannolo che gestisce la Biblioteca Cencelli; con la Dott.ssa Annamaria Angelilli del centro di neuropsichiatria infantile ed alcuni operatori dei vari centri per l'autismo e per la salute mentale (psicologi, fisioterapisti, educatori, personale amministrativo, operatori del museo); con il Dottor Spinotoli che, assieme alla Dott.ssa Angelilli, si occupa delle disabilità cognitive infantili e del passaggio al centro per adulti, dove collaborano all'interno diverse cooperative per le attività del centro diurno.

A causa della situazione pandemica e per questioni di privacy non è stato possibile accedere o documentare fotograficamente gli spazi interni del DSM, a differenza del reparto di Neuropsichiatria Infantile di cui sono riportate alcune fotografie (fig.6-7-8). Il centro di Neuropsichiatria Infantile necessita di spazi curati e adattati in cui poter svolgere colloqui con i genitori, palestre e luoghi terapeutici, mentre il Centro di Salute Mentale sembra disporre di spazi più curati. All'esterno del CSM c'è un'ampia possibilità di aggregazione, vengono svolti corsi organizzati e le persone sembrano dichiararsi soddisfatte degli spazi a disposizione; all'interno del centro ci sono alcune camere di degenza di tipo temporaneo usufruibili in caso di necessità, dei saloni e una cucina comune. È interessante notare la costruzione di un piccolo gabbio in legno (con due sedute e un tavolo) in prossimità dell'ingresso del CSM, sorto durante il periodo pandemico per garantire gli incontri tra familiari, medici e pazienti, nel rispetto della privacy. All'interno del Parco e nel Museo, vengono svolte molte attività, sia diurne che serali, cinematografiche, sportive e teatrali. Tali iniziative hanno l'obiettivo di rendere la cittadella accessibile a tutti, in qualsiasi momento della giornata e per tutte le età.

È in corso una rigenerazione del Parco portata avanti da un team di architetti di Genova<sup>202</sup> che prevede la riqualificazione di alcune aree verdi, la ristrutturazione di buona parte degli edifici in uso e l'apertura, nel 2023, del Nuovo Museo-Laboratorio della Mente, che occuperà l'interno di un intero padiglione per ospitare una mostra interattiva più all'avanguardia di quella attuale.

## **Il percorso narrativo del Museo-Laboratorio della Mente**

Il museo è uno dei simboli del progetto di riqualificazione del Parco Santa Maria della Pietà, portato avanti dalla collaborazione tra la ASL di Roma 1 e la Regione Lazio. L'idea di includerlo all'interno del Dipartimento di Salute Mentale non è stata una decisione di sola organizzazione architettonica, ma il risultato di un lungo processo storico e scientifico unito ad un ideale di integrazione.

Dopo la chiusura definitiva dell'ospedale psichiatrico S.M.P. si è perseguito con un programma di tutela e valorizzazione del patrimonio storico e documentale del manicomio, ponendo così le basi di quello che sarebbe diventato materiale fondamentale per la costruzione del Museo.

<sup>202</sup> L'Architetto Giorgia Zunino di Genova collabora per la riqualificazione del Parco e di alcuni padiglioni, insieme ad un team di architetti, ingegneri e geometri. È prevista inoltre la predisposizione di alcuni edifici ad ospitare un ostello, quindi comparirà una parte alberghiera di circa 120 posti letto, e un'area centrale di ristorazione.

## Il primo percorso espositivo del 2000

Nel 2000, poco dopo che gli ultimi pazienti psichiatrici furono dimessi, gli stessi operatori che erano stati fino a quel momento coinvolti nel processo di superamento dell'istituzione manicomiale, decisero di impegnarsi nella creazione di un percorso espositivo - un'enorme sfida da affrontare viste le dolorose connessioni con il passato. Prevale il desiderio di trasformare un luogo di segregazione in uno più attento all'accessibilità da parte della collettività, lottando contro questa ideologia di chiusura e coinvolgendo attivamente la popolazione.

## Studio Azzurro: l'intervento del 2008

Grazie ai cambiamenti socio-culturali nel 2008 il Museo, che aveva precedentemente la forma di una collezione, ha subito una trasformazione diventando, con l'aiuto di Studio Azzurro, un vero e proprio *spazio narrativo*, un luogo in cui arte, tecnologia e territorio si fondono in un'esperienza emotivamente coinvolgente. Accogliendo sempre più conoscenza, ma anche nuove forme di socializzazione, nel 2010 il Museo ha ottenuto un altissimo riconoscimento: il premio ICOM Italia come museo dell'anno per innovazioni ed esperienze introdotte con il pubblico. Tale successo ha permesso l'inserimento del Museo nell'organizzazione museale della regione Lazio, aprendo quindi importanti opportunità estere per progetti e scambi europei.

Grazie al Network "Mente in Rete"<sup>203</sup> il Museo acquisisce maggiore visibilità, sia a livello nazionale che internazionale, diventando un riferimento nella narrazione della memoria delle istituzioni manicomiali.

Il percorso espositivo (fig.9) viene illustrato nelle pagine successive attraverso le fotografie dell'autrice Di Prisco M. che riportano le tematiche affrontate e le modalità narrative adottate.

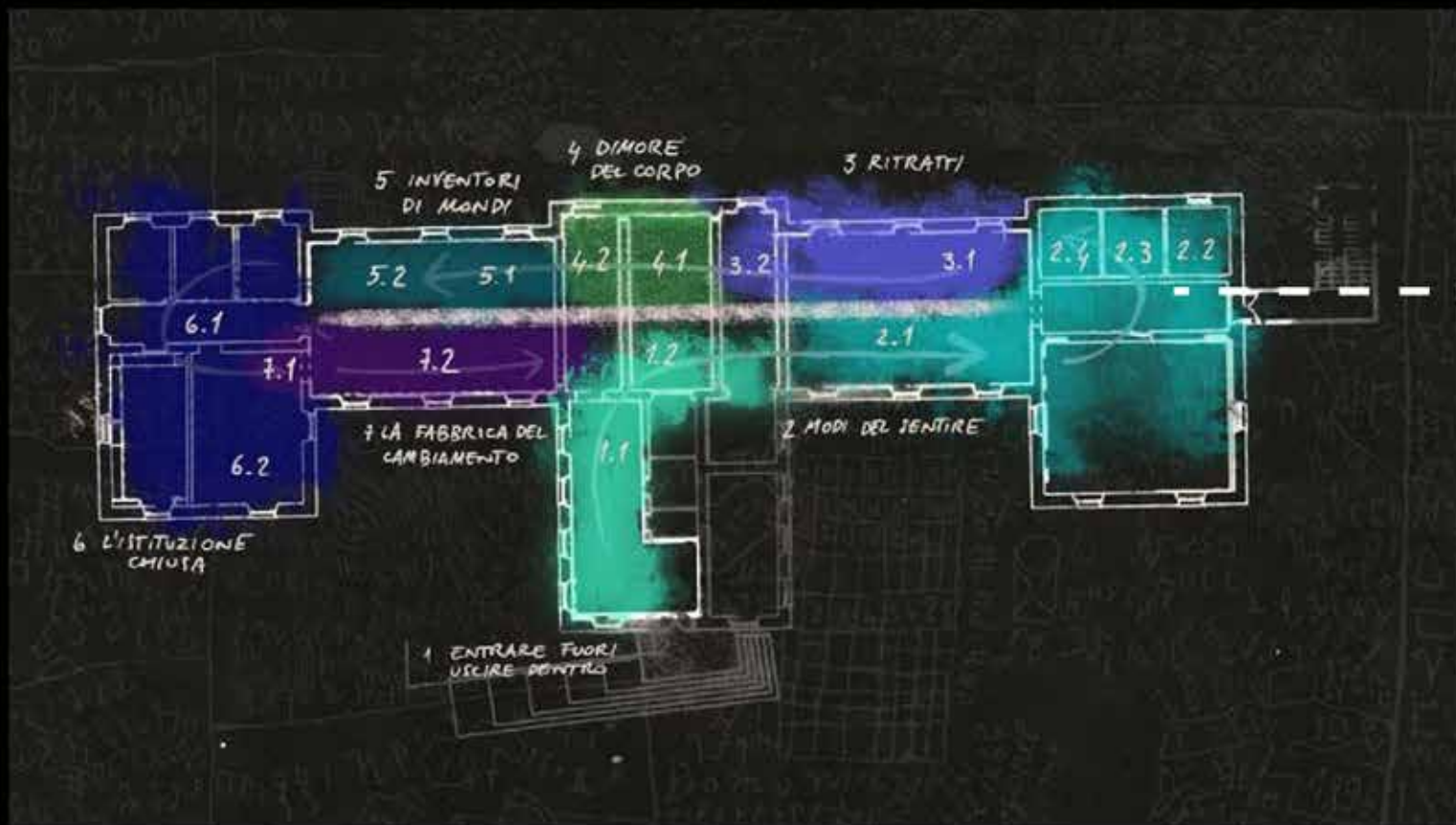
La mostra si compone di 7 temi che si susseguono accompagnando il visitatore in un'esperienza che comincia con un muro che separa e attraversa l'intero percorso, simbolo della divisione tra l'interiorità dei manicomi come luogo di esclusione sociale e l'esterno come spazio di inclusione. Il percorso di visita prosegue con una serie di installazioni interattive, che portano a una comprensione dei vari modi del sentire, e del percepire il proprio corpo, che fanno emergere il confronto tra il normale e il diverso. Nell'attraversare queste sale il visitatore viene avvolto dallo sguardo di 24 ritratti realizzati dallo psichiatra Romolo Righetti nel 1930 durante il suo lavoro nell'ospedale S.M.P., che richiamano alle analisi fisognomiche effettuate sui pazienti. Vengono poi raccontate attraverso dei filmati, che riportano le loro opere d'arte, le storie dell'internamento dei due pazienti Gianfranco Baieri e Oreste Fernando Nannetti. Il passaggio successivo raccoglie il materiale storico e restituisce oggetti e testimonianze delle memorie manicomiali, dalla riproduzione delle camere di contenzione, alla sala delle visite mediche, all'esposizione delle cartelle cliniche di alcuni pazienti. Per poi concludere con dei video-reportage delle fasi che hanno testimoniato la chiusura del manicomio.

Figura 9

Schema riportato da Studio Azzurro per illustrare i temi affrontanti nell'ordine espositivo all'interno del Museo Lab. Della Mente  
[<https://www.studioazzurro.com/opere/museo-laboratorio-della-mente/>]



203 [<https://menteinrete.it/>]



Inventori di Mondi

L'Istituzione Chiusa



Modi del sentire



Dimore del corpo

Ritratti



La fabbrica del  
cambiamento



# PARTE I

## Memoria e Narrazione della Cura

### Capitolo 2. Architecture as Therapy? Nello spazio della Salute Mentale

#### 1. Dal manicomio alla salute mentale<sup>1</sup>.

##### Dai musei della follia alla salute mentale nei musei

Il ruolo sociale dei musei e delle istituzioni culturali è quindi determinante, in quanto queste rappresentano degli agenti del cambiamento attraverso le azioni e le pratiche inclusive che mettono in atto. L'Arte e le istituzioni museali sono dunque chiamati a promuovere l'inclusione, a superare gli stereotipi e a contrastare l'emarginazione. L'obiettivo è quello di creare narrazioni condivise e rappresentative per diffondere consapevolezza e sensibilità, offrendo uno spazio aperto al confronto anche su temi controversi, scomodi o negati.

Tra i più recenti strumenti di sensibilizzazione alla salute mentale nell'ambito museale troviamo un progetto avviato dal Cultural Welfare Center (CCW)<sup>2</sup> che consisteva in un ciclo di seminari intitolato "Musei e salute"<sup>3</sup>. I seminari, inizialmente focalizzati su attività nelle regioni del Piemonte e della Valle d'Aosta, espandono poi l'interesse verso altre città italiane approdando a Roma, nell'esperienza del Museo Laboratorio della Mente del Direttore Pompeo Martelli, e a Milano con il progetto del MAPP. Tali progetti, come abbiamo approfondito nel capitolo precedente, risultano esemplari per quanto riguarda il coinvolgimento degli artisti come strumento terapeutico e di narrazione del luogo. Altre regioni come Lombardia, Veneto e Toscana vengono coinvolte in quanto promotori di percorsi diversificati per sensibilizzare la comunità alle malattie mentali e degenerative, come l'Alzheimer e il Parkinson, all'interno dei luoghi di cultura.<sup>4</sup>

La ricerca medica ha inoltre dimostrato che l'impegno culturale può essere uno strumento per

---

1 Cavallari G., Migani C., (a cura di) Nosé G., (2008), *Follia gentile. Dal manicomio alla salute mentale*, Negretto Editori.

2 Fondato nell'estate del 2020 da Caterina Seia e Alessandra Rossi Ghiglione.

3 I seminari si svolgono nel 2022 a cura di Marcella Pralormo, membro del coordinamento di ICOM Piemonte.

4 Fresco Parkinson Institute [<https://www.frescoparkinsoninstitute.com/contatti/> e

MTA musei toscani per l'Alzheimer [<https://immaginar.io/musei-toscani-per-lalzheimer/>].

l'auto esplorazione e per migliorare la salute mentale, prima ancora di ricorrere ai trattamenti medici, come sostiene il programma nazionale inglese "Arts on Prescription"<sup>5</sup>. In occasione dell'evento "Museums, Health and Wellbeing"<sup>6</sup> del 2021, sono state aperte riflessioni su due importanti temi, quali la cura della salute mentale e la cura e prevenzione delle malattie degenerative, come Alzheimer e demenza. Per affrontare queste patologie, sono stati avviati molti progetti museali che puntano a stimolare la memoria delle persone attraverso l'esposizione di oggetti e attività sensoriali, tattili, olfattive e sociali. I musei dell'Università di Oxford, il Peabody Essex Museum del Massachusetts, il Louvre Abu Dhabi e il Met di New York stanno inoltre conducendo ricerche e sviluppando iniziative volte a migliorare la salute mentale a partire dai giovani. Tra queste, il progetto digitale "Ways of Being"<sup>7</sup> di Oxford, che combina arte e tecnologia per aiutare ragazzi dai 16 ai 24 anni a ridurre lo stato d'ansia o depressione; le sessioni di yoga, sound-bathing, arte terapia e attività all'aperto organizzate dal programma "BeingWell" del Museo Peabody Essex; e l'iniziativa "Mindful Museum"<sup>8</sup> del Louvre Abu Dhabi finalizzata alla comprensione delle emozioni attraverso eventi nella cornice dell'architettura contemporanea del museo. Il Met di New York invece porta avanti il simposio "Healing Arts"<sup>9</sup> dal novembre 2021, incentrato sull'importanza dei musei per la salute mentale, ed ha inoltre ideato un sistema per portare l'arte nelle case di persone anziane o con disabilità, attraverso attività che incoraggiano i destinatari a esplorare e discutere sull'arte<sup>10</sup> (ad esempio, inviando loro una scatola con materiali per la stimolazione sensoriale).

### L'evoluzione del concetto di "salute mentale" e il destino delle sue architetture

Sono molte le iniziative contemporanee che ruotano attorno al concetto di salute mentale, ma questo tema non è sempre stato percepito in modo così urgente e centrale. Il concetto di salute mentale ha subito nel corso della storia un'evoluzione non solo linguistica, ma soprattutto sociale e culturale.

Dopo il secondo conflitto mondiale si assiste infatti a un periodo di grande crisi per gli ospedali psichiatrici, dovuto alla pressione dell'opinione pubblica e alle riforme introdotte in paesi come l'Inghilterra, la Francia e gli Stati Uniti, al fine di contrastare le pratiche di contenzione dei pazienti. Anche il cinema e la letteratura contribuiscono alla sensibilizzazione, attraverso

<sup>5</sup>In UK il tema del benessere collegato ai luoghi della cultura è presente da vent'anni nelle politiche sociali con «Arts on Prescription», il programma nazionale attraverso il quale il medico di base può prescrivere al paziente attività culturali e artistiche. [<https://www.artsonprescription.org/>].

<sup>6</sup> Organizzato da Museum Next, dal 31 gennaio al 2 febbraio 2021. I relatori hanno illustrato pratiche e progetti nati per rendere i musei luoghi di benessere psicologico durante la pandemia e in futuro. Museum Next è un team di una società inglese di coordinatori di eventi e promozione della comunità per i lavoratori dei musei di tutto il mondo. Fondata nel 2009 da Jim Richardson, organizza seminari e convegni internazionali per professionisti museali.

[<https://www.museumnext.com/events/museums-health-wellbeing-summit/>]

<sup>7</sup>[<https://www.ox.ac.uk/students/welfare/mentalhealthandwellbeing>]

<sup>8</sup>[<https://www.louvreabudhabi.ac/en/about-us/a-mindful-museum>]

<sup>9</sup>[<https://www.culturrunners.com/healing-arts-new-york>]

<sup>10</sup>Compreso nel progetto «Your Met Art Box» che, avendo avuto molto successo, è stato utilizzato in altri musei americani, come lo Smithsonian.

opere in grado di far immedesimare lo spettatore con personaggi che appaiono distanti e pericolosi<sup>11</sup>. Vengono coinvolti psichiatri e psicologi in questa narrazione, per facilitarne la comprensione ed avvicinare il pubblico ai misteri della mente umana, producendo un sentimento di empatia verso una sofferenza spesso inespressa. Per primo, il film statunitense “La fossa dei serpenti”<sup>12</sup> del 1948, ha diffuso, anche in Europa, l’immagine delle drammatiche condizioni vissute all’interno dell’Istituzione. Così come l’edizione della rivista francese *Esprit*<sup>13</sup> del 1952, che creò lo scandalo dei manicomi con dichiarazioni e testimonianze di medici e pazienti. Nel 1948, l’Inghilterra ha istituito il National Health Service (NHS)<sup>14</sup> e ha cambiato il nome dell’*asylum* in ospedale psichiatrico, con pari valore di un ospedale generale<sup>15</sup>. Al tempo stesso, è stata fondata l’Organizzazione Mondiale Sanitaria (OMS) con l’obiettivo di promuovere il benessere fisico, mentale e sociale della popolazione in tutto il mondo<sup>16</sup>.

Il termine Salute Mentale viene introdotto nella definizione di salute, intesa come uno stato di benessere psico-fisico generale:

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità. (...) La salute mentale è più dell’assenza di disturbi mentali. Esiste su un continuum complesso, che viene vissuto in modo diverso da una persona all’altra, con vari gradi di difficoltà e angoscia e risultati sociali e clinici potenzialmente molto diversi. (...)”<sup>17</sup>

Sul finire degli anni Sessanta però il carattere coercitivo delle strutture psichiatriche fatica a modificarsi, né diminuisce il numero dei ricoverati, estendendo il dibattito a tutti i paesi occidentali e del Sud America. Nel 1964 è Franco Basaglia ad esporre, al I convegno Internazionale di Psichiatria Sociale tenuto a Londra, l’obiettivo di distruggere l’Ospedale Psichiatrico «come fatto necessario se non semplicemente ovvio»<sup>18</sup>, dando vita a quel processo comunemente noto come de-istituzionalizzazione: un sistema guidato dai principi *basagliani* che sostengono che nessuna forma di istituzionalizzazione possa aiutare il malato di mente a ritrovare sé stesso, invitando la psichiatria a distruggere il suo caposaldo, il manicomio.<sup>19</sup>

11 Riferimento all’intervista “Cinema e psichiatria: rappresentare la sofferenza. Avvicinarsi a storie che altrimenti sembrerebbero lontane da noi o pericolose”, rilasciata dallo Psichiatra Federico Russo per la rivista *Il Punto*, in *Confronti su Medicina e Sanità*, 13 febbraio 2023.

[<https://ilpunto.it/cinema-e-psichiatria-rappresentare-la-sofferenza/>]

12 *The Snake Pit*, diretto da Anatole Litvak e l’omonimo romanzo di Mary Jane Ward, 1948.

13 Numero monografico 197 della rivista “*Esprit*” del 1952, diretta dal filosofo Emanuel Mounier, dedicata alla *Misère de la psychiatrie*, comprendendo contributi di filosofi, scrittori, psichiatri ed internati. [*Esprit*, (1952), *Misère de la psychiatrie: la vie asilaire, attitudes de la société, textes de malades, de médecins, d’un infirmier*, Paris].

14 Il nuovo sistema Nazionale pubblico, istituito nel 1948 e tutt’ora attivo come servizio sanitario territoriale. [<https://www.nhs.uk/mental-health/>]

15 Il *Mental Health Act* del 1959 modificherà il regime dei ricoveri in un sistema di psichiatria territoriale.

16 In inglese World Health Organization (WHO), fu istituita con il trattato adottato a New York nel 1946, entrato in vigore il 7 aprile del 1948. Attualmente l’Organizzazione ha sede a Ginevra.

17 Definizione di “Salute mentale” fornita nella Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riportata nel preambolo della costituzione dell’Organizzazione, firmata nel 1946.

18 Basaglia, F., (1964), 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, (trad. Ita) in «*Annali di Neurologia e Psichiatria*», LIX, f. 1, 1965.

19 Maria Grazia Giannichedda in Ongaro Basaglia Franca (A cura di), Basaglia Franco, *L’utopia della realtà*, Ei-

Sia in Francia che in Gran Bretagna le riforme di quegli anni si concentrano su un'ottica di ridimensionamento degli spazi manicomiali e di riduzione delle spese sanitarie. Lo stesso accade negli Stati Uniti, dove il presidente Kennedy nel 1963 annuncia la messa a disposizione di fondi per la costruzione dei *Comprehensive Community Mental Health Centers*<sup>20</sup>; gli stessi centri sanitari che Basaglia visiterà nel 1969 per comprendere meglio come una nuova istituzione possa inserirsi in un contesto considerato superato<sup>21</sup>. Comincia quindi un'importante fase di sperimentazione anche nel campo architettonico, che vede coinvolti medici e architetti nella ricerca di forme e geometrie che meglio possano rispondere ai nuovi parametri terapeutici.

Gli studi sul modello americano, preso come riferimento per i sistemi tecnologici all'avanguardia, permettono di ipotizzare possibili scenari futuri nel nostro Paese, dimostrando quanto in realtà sia complesso e contraddittorio il processo di trasformazione del manicomio in una nuova istituzione psichiatrica.

Basaglia immagina una psichiatria comunitaria molto più ricca di risorse rispetto a quella di altri Paesi, ma è consapevole delle complessità e delle insidie a cui è esposto il tentativo di cambiamento, seppur ritenuto indispensabile.

### **Del prendersi cura**

Sin dal principio dell'esperienza goriziana, Basaglia ha ritenuto la distruzione dell'Ospedale Psichiatrico una priorità politica e terapeutica. In questo contesto di cambiamento che coinvolge leggi e pratiche per la salute mentale, si inserisce la riforma italiana del 1978 che riconosce i diritti civili dell'individuo - sia sano che malato - senza fare riferimento alla pericolosità sociale. Tuttavia nelle riforme psichiatriche degli altri paesi occidentali, dove rimane il concetto di pericolosità, gli interventi si limitano ad introdurre alcuni elementi correttivi nel sistema di internamento, non riuscendo così a disinnescare il "fascino discreto del manicomio"<sup>22</sup>, che si ripropone sotto altre forme, in strutture socialmente e legalmente accettate. Si delineano le circostanze in cui sono previsti ricoveri involontari, trattamenti farmacologici coatti, revisioni periodiche dei ricoveri di lungo periodo. Inoltre, protocolli specifici regolano l'utilizzo di tecniche invasive come la contenzione fisica, le camere di isolamento, l'elettroshock e la psicoturgia<sup>23</sup>.

---

naudi, Torino, 2005. Introduzione, p. 7].

20La storia legislativa del Community Mental Health Centers Act risale al lavoro della Joint Commission for Mental Illness and Health, istituita nel 1956, di cui il rapporto finale (Action for Mental Health) ha ispirato il nuovo trattamento del 1963. Se inizialmente i programmi di salute mentale utilizzavano parte dei fondi per la costruzione di strutture per la salute mentale, con la legge del 1963 si pone maggiore attenzione allo sviluppo delle strutture comunitarie con assistenza continuativa.

[<https://www.planning.org/pas/reports/report223/>].

21 Franco Basaglia si reca a New York per un periodo di sei mesi, in qualità di *Visiting Professor* al Maimonides Hospital di Brooklyn, nei mesi successivi alle sue dimissioni dal centro psichiatrico di Gorizia, dovute all'episodio dell'omicidio compiuto da un paziente in libera uscita. A seguito dell'esperienza scriverà "Lettera da New York. Il malato artificiale" (1969) e "La maggioranza deviante" (1971).

22Si fa riferimento al titolo di un articolo scritto da Franco Basaglia "Il fascino discreto del manicomio" pubblicato su *La Repubblica* nel settembre 1979, in risposta ad un attacco sull'efficacia della riforma.

23Misure riportate nel manuale della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su salute mentale, diritti umani e legislazione che stabiliscono i criteri per il ricovero involontario in una struttura psichiatrica. Il ricovero è giustifi-

Permangono le situazioni detentive nei regimi asiliari del Giappone e le condizioni di internamento e di emarginazione sociale a cui sono sottoposti i malati di mente nei paesi più poveri. Le problematiche relative ai diritti e alle libertà delle persone con disturbi mentali assumono così un'evidenza a livello globale. La OMS e il Consiglio d'Europa cominciano ad occuparsi di campagne come "Stop Exclusion. Dare to Care"<sup>24</sup> - dove il termine "care"<sup>25</sup> intesa come cura, nella sua essenza rileva la necessità di *prendersi cura* - e della Dichiarazione sulla salute mentale di Helsinki del 2005, in cui si assumono la responsabilità di "sostenere i diritti umani delle persone malate di mente e porre fine a trattamenti inumani e degradanti"<sup>26</sup>. La Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, riunita il 30 maggio 2020, ha individuato come priorità l'intervento "per superare logiche e prassi delle strutture residenziali chiuse, per persone con problemi di salute mentale, per anziani e per persone con disabilità, per sostituire i luoghi dell'esclusione con i luoghi della vita"<sup>27</sup>.

Il tema della salute mentale torna dunque al centro di dibattiti, mostre, manifestazioni e iniziative volte a sensibilizzare l'opinione pubblica, ma questa volta con la preoccupazione del rischio di una medicalizzazione, o addirittura psichiatrizzazione della vita quotidiana<sup>28</sup>.

### Demedicalizzare l'architettura<sup>29</sup>

Gli ambienti museali precedentemente descritti offrono dunque uno strumento di dialogo attraverso cui la comunità esplora le sue diversità e impara a conoscere la salute mentale. Altri contesti museali<sup>30</sup>, di cui segue una breve descrizione dei contenuti ritenuti più significativi, esaminano invece l'esperienza storica della salute mentale, analizzando i processi che hanno condotto all'attuale definizione come "stato di benessere generale". Emergono dalle indagini

---

cato quando c'è una "seria e imminente probabilità che il malato di mente causi danno a sé stesso o agli altri" e deve essere disposto in "in una struttura psichiatrica che rappresenti l'alternativa di minor restrizione" [WHO resource book on mental health, human rights and legislation, WHO, Geneva 2005]

[Giannichedda M. G., (2007), *Ospedale psichiatrico*, in Flores D'Arcais M. (a cura di), Enciclopedia dei diritti umani, UTET].

24 Campagna lanciata nel 2001 dalla OMS all'insegna dello slogan *Stop Exclusion. Dare to Care* ("Fermare l'esclusione. Osare prendersi cura") che lega la fine dell'esclusione del malato di mente alla "sfida della presa in carico" della sua sofferenza.

[<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348009>]

25 La lingua inglese distingue il significato dei verbi "to cure" e "to care", dove nella traduzione italiana "to cure" significa curare, mentre "to care" prendersi cura, preoccuparsi per.

26 WHO, (2005), *Facing the Challenges, Building Solutions*.

27 Come specificato al punto 2 del programma delle priorità.

[<http://www.conferenzasalutementale.it/2020/05/28/ricominciamo-salute-mentale-e-servizi-di-comunita-problemi-pratiche-proposte-video-assemblea-sabato-30-maggio/>].

28 Esposito A., (2019), *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Ad Est dell'Equatore editore.

29 Da *Demedicalization*: il processo mediante il quale un comportamento o una condizione, una volta etichettati come "malati", vengono definiti come naturali o normali.

[<https://sociologydictionary.org/demedicalization/>].

30 Nello specifico si fa riferimento alle mostre *Soutenir. Ville, Architecture et Soins*, Pavillon de l'Arsenal de Paris, e *Sick Architecture*, CIVA museum, Bruxelles, che l'autrice Di Prisco M. ha avuto modo di visitare durante il percorso di ricerca. [

le contraddizioni di una società contemporanea, che sembra affascinata, se non addirittura ossessionata, dalla nozione di salute e di cura. Una fascinazione che influenza il discorso politico e sociale, ma che ha sempre più impatto sull'architettura e sull'urbanistica delle nostre città, nella ricerca esasperata di concepire i progetti come soluzioni terapeutiche e rimedi assoluti<sup>31</sup>. All'interno dell'architettura questa medicalizzazione fa sì che gli spazi stessi vengano descritti come “malati” o “sani”, incorporando sempre più delle soluzioni nel campo medico per affrontare problemi di salute<sup>32</sup>.



Figura 1  
Richard Neutra, (1953), *Survival Through Design*, Università di Oxford, New York.

Nonostante l'architettura sia storicamente legata alla salute, come insegnava già Vitruvio nel I sec. a.C, ha contribuito essa stessa a causare malattie: ciò che veniva considerato sano diventa una minaccia per la salute, ed ogni epoca ha le sue affezioni distintive. L'architettura moderna è stata influenzata da malattie batteriche, mentre gli anni del dopoguerra si concentrarono su problemi psichiatrici; nel XXI secolo, i disturbi neurologici sono sempre più diffusi e l'architetto deve essere in grado di fornire conforto e prevenzione. Le condizioni cliniche dell'architettura contemporanea sono definite da diverse patologie, tra le quali depressione, ADHD, disturbi borderline di personalità, sindrome da burnout, allergie e “ipersensibilità ambientali”. Le nostre case, negli anni '50, si sono trasformate in un dispositivo medico per prevenire le malattie e al contempo in un luogo di comfort psicologico, secondo Richard Neutra<sup>33</sup> (fig.1). Sui manuali di progettazione come il Neufert sono apparse per la prima volta persone rappresentate come donne, bambini e su sedia a rotelle (fig.2).



Figura 2  
Schede estratte da Henry Dreyfuss Associates, Diffrient N., Tilley A. R., Bardaghy J.C., *Humanscale 1/2/3. A Portfolio of Information*, Cambridge, The MIT Press, 1974. [Foto dell'installazione dell'autrice Di Prisco M.]

Architetti come Aino e Alvar Aalto hanno rappresentato un riposizionamento radicale riguardo le patologie e l'architettura sanitaria, rendendosi conto che l'architettura non è sempre progettata per le persone costrette in posizioni che non siano verticali. Emerge così come la progettazione pensata per la persona in posizione più debole, automaticamente prenda in considerazione anche tutte le altre.

Tali riflessioni sono fortemente ri-emerse a seguito dell'epidemia da covid-19, che ha stravolto la quotidianità delle persone in tutto il mondo, portando nuovamente a galla il fragile legame

31 Colomina B., (2019), *X-Ray Architecture*, Lars Müller.

32 Riferimento alla mostra “Imperfect Health. The Medicalization of Architecture” allestita in Canada nel 2011, che esplora la complessità e il cambiamento del legame tra l'architettura e la salute umana, sostenendo che il progetto architettonico, in parte ritenuto responsabile dei problemi della salute, potrebbe essere concepito come un valore aggiunto rispetto ad una soluzione tecnica o medica.

33 Si fa riferimento al testo di Richard Neutra, (1953), *Survival Through Design*, Università di Oxford, New York.

tra l'architettura e la prevenzione, tra la città e la salute. Si sollevano questioni sul grado di ospitalità delle nostre città, a seguito dell'esodo urbano a cui si assiste nel 2020, mettendo in discussione la storia dell'architettura per la cura e della sua capacità di "sostenerci", piuttosto del solo contenerci.

Appaiono immagini dell'inaugurazione del primo Hôtel-Dieu di Parigi, che al tempo rappresentava la materializzazione delle massime ambizioni umanistiche e sanitarie della comunità, trasformatosi in luogo di reclusione e sofferenza. Altre fotografie invece testimoniano la demolizione dei loro primi ospedali nonostante il pregio architettonico per rimuovere il ricordo doloroso, come avviene ad Orléans, creando un'apertura che si ritiene attuabile solo con la perdita dello spazio originario in funzione di una nuova progettazione. Compaiono illustrazioni e disegni di strutture sanitarie nate dalla sperimentazione medico-architettonica influenzata dalle esperienze americane, come l'Ospedale "verticale" di Beaujon<sup>34</sup> (fig.3-4)- che rimanda chiaramente all'attuale Weill Cornell Medical Centre di New York del 1932 - la cui la riconversione è attualmente in discussione. Oppure i progetti dell'architetto Paul Nelson<sup>35</sup> per Arles e Saint-Lô che portano in Europa la verticalità dei sistemi ospedalieri americani riprendendo lo schema del noto Prentice Women's Hospital di Chicago, del 1975 (fig.5).

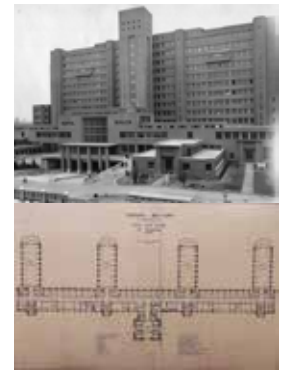
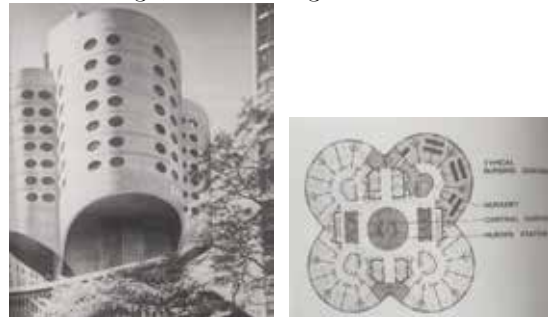


Figura 3-4

Prospetto e Pianta del 5 piano dell'Ospedale "verticale" di Beaujon a Clichy, 1935, Walter J., Plousey L., Cassan U. [immagine d'archivio AP-HP 9FI/147. Foto dell'autrice Di Prisco M. dell'immagine esposta nella mostra Soutenir]

Figura 5

Prospetto e pianta del primo piano del Prentice Women's Hospital di Chicago, 1975, Beltrand Goldberg Architect

In relazione alla sperimentazione sulla forma, vengono menzionate figure esponenti della Psicoterapia istituzionale francese, un movimento che mira ad "un'umanizzazione" e trasformazione degli Ospedali Psichiatrici<sup>36</sup>; ricordiamo tra questi François Tosquelles e Lucien Bonnafé, che lavorano insieme per la clinica Saint-Alban (fig.6) che risale al 1950, considerata la più innovativa dell'epoca nel territorio francese. L'organizzazione della struttura ospedaliera era infatti incentrata sulla volontà di eliminare le barriere, permettendo ai pazienti di muoversi liberamente oltre le mura dell'Istituzione e di ricevere visite. Lucien Bonnafé, il quale afferma che "il grado di civiltà di una società si giudica dal modo in cui tratta i suoi pazzi"<sup>37</sup>, è il primo ad introdurre il concetto di "atmosfera" riferendosi all'influenza dell'ambiente sui soggetti, sia in termini positivi che negativi, dove attraverso elementi come la disposizione degli spazi, la possibilità di movimento e di relazione, si può determinare la qualità terapeutica di un luogo. Alle loro ideologie faranno riferimento architetti come Nicole Sonolet, che dal 1958,



Figura 6

Ospedale Psichiatrico Saint-Alban-sur-Limagnole, Cartolina postale, 1950. [foto: François Teste - Radio France]

<sup>34</sup>Progettato nel 1935 a Clichy dagli architetti Jean Walter, Louis Plousey e Urbain Cassan.

<sup>35</sup>Severo D., (2015), *Paul Nelson et l'Hôpital de Saint-Lô*, Paris, Picard.

<sup>36</sup>Esponenti della "Psichiatria alternativa" che in Francia (e in Germania con A. Finzen) si propone come obiettivo riformista, nella trasformazione lenta e graduale degli Ospedali Psichiatrici ove la disumanità e la degradazione sono giunti al massimo livello.

<sup>37</sup>Bonnafé L., (1992), *Désaliéner? Folie(s) et sociétés (s)*, PU du Mirail.



**Figura 7**  
Foto attuale del Pavillon Pussin de Soisy dell'Hopital l'Eau Vive, ristrutturato nel 2021 dagli Architetti Toli+Gilliland. [https://tolilagilliland.com/Hopital-l-Eau-Vive-Soisy-sur-Seine]

**Figura 8**  
Foto della sala dei pazienti dell'Hopital l'Eau Vive Soisy sur la Seine di N. Sonolet del 1960. [Archivi di Nicole Sonolet, collezione di Christine de Bremond d'Ars]

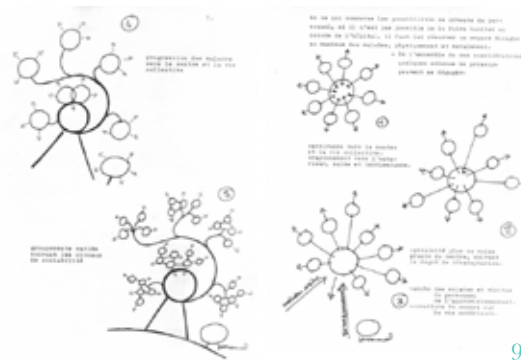
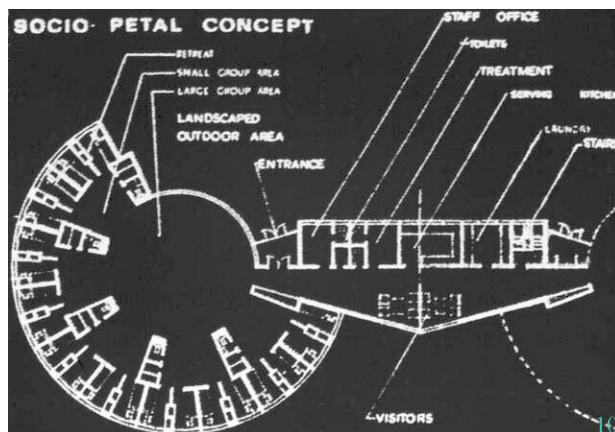


**Figura 9**  
Diagrammi dell'architetto Nicole Sonolet sul concetto riabilitativo all'interno della società del paziente ricoverato in cliniche psichiatriche, 1960.

**Figura 10**  
Bozza del disegno socio-petalo di Osmond. [Pubblicato in Fannie Kahan, Brains and Bricks: The History of the Yorkton Psychiatric Center (Regina, SK: White Cross Publications, Division of the Canadian Mental Health Association, 1965). Copyright di Barbara Kahan]



38Dal 1951 al 1961 un certo numero di ricercatori si sono uniti per capire la relazione tra la schizofrenia e la nuova serie di droghe - definite "psichedeliche" nel 1957 dallo stesso Osmond. L'Ospedale canadese diventa in quel periodo il sito che accoglie più esperimenti con l'LSD al mondo. Le sensazioni descritte ad accompagnare l'esperienza con l'LSD includevano allucinazioni visive, distorsione del tempo e dello spazio e aumenti generali dei livelli di ansia. Gli esperimenti chimici in quegli anni erano visti come un ponte di connessione tra il medico e il paziente, permettendo un cambio di prospettiva e percezione. Si osava l'esplorazione del cervello e della psiche attraverso altre dimensioni sensoriali.

Le mostre, di cui sono state appena menzionate alcune opere, riportano anche l'esperienza basagliana, fornendo una ricca documentazione di fotografie, video e articoli di riviste<sup>39</sup> che raccontano la storia del movimento per la de-istituzionalizzazione della psichiatria italiana. È significativo l'affiancamento di una foto che testimonia la sfilata di Marco Cavallo a Trieste, del 1973 - come simbolo della liberazione del malato dall'istituzione e la proclamazione del suo ingresso nella società - ad un articolo di una rivista francese del 1993 (*Le fous s'arrêtent encore aux portes de Paris*) che dichiara le difficoltà ancora visibili della città di Parigi ad aprire le porte dei centri psichiatrici ai cittadini (fig.11).

Il titolo dell'installazione, "Le distanze normative", pone l'accento sulla presa di posizione avvenuta in Italia negli anni '70 rispetto alla "psichiatria di settore" adoperata in Francia nei medesimi anni, che mirava ad avvicinare i servizi di cura alla popolazione. Un accostamento interessante considerato che il primo incontro tra i due paesi, avvenuto nel 1967 sulla rivista *Recherches* riguardo al destino delle architetture manicomiali e alla questione della salute mentale, aveva già mostrato come le due parti non si muovessero in direzioni convergenti. Si fa riferimento all'articolo scritto da Franco e Franca Basaglia e lo psicologo Minguzzi dove emerge il loro essere contrariati alla costruzione di nuove strutture istituzionali, ritenute una replica dello schema precedente nella relazione tra società e paziente. L'articolo, intitolato "Exclusion, programmation et intégration", suscita nella redazione<sup>40</sup> un dibattito molto acceso e delle reazioni contrastanti, venendo considerato eccessivamente provocatorio, confinando l'articolo, inizialmente destinato ad un'edizione speciale ("Programmation, Architecture et Psychiatrie", *Recherches*, n.6) all'inserimento in un'edizione marginale, *En marge du numéro spécial* «Architecture, Programmation, Psychiatrie» n.5 (fig.12).



Figura 11  
*Le fous s'arrêtent encore aux portes de Paris*, *Libération*, settembre 1993. [fotografia dell'autrice Di Prisco M.]



Figura 12  
Immagine della copertina del n.5 della rivista *Recherches*, *En marge du numéro spécial* «Architecture, Programmation, Psychiatrie».

39Per la mostra *Sick Architecture* compaiono inoltre la copertina della rivista *Hinterland* del 1978 che esplora le architetture e luoghi di contenzione ed esclusione, quali il manicomio, il carcere e le case di riposo; un testo datato 1976 di Casabella che mette in luce la riconversione dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste e fa emergere una crisi nel rapporto tra architetti e istituzione; alcune fotografie della sfilata di Marco Cavallo nell'OP di Trieste e il video-documentario "La Favola del serpente" del 1968 ambientato nell'Ospedale Psichiatrico goriziano. L'esposizione del materiale è a cura dalla Prof.ssa G. Scavuzzo del Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università degli Studi di Trieste.

40Composta dal gruppo di collaboratori associati CERFI (*Centre d'études, de recherches et de formation institutionnelles*, diretto da Félix Guattari e da Anne Querrien). Inizialmente nominato FGERI (*Fédération des Groupes d'Études et de Recherches Institutionnelles*) nato come organo di divulgazione della rivista *Recherches*, fondata nel 1965. Il gruppo si concentra sull'analisi trasversale e transdisciplinare di temi diversi, ma dopo la seconda guerra mondiale amplia l'interesse verso la sfida lanciata alla psicoterapia istituzionale, istituendo nel 1967 il gruppo CEFRI. Quest'ultimo si pone come focus principale il fornire alle istituzioni, come quelle psichiatriche, educative, giudiziarie e sanitarie, suggerimenti per rinnovare i loro progetti e azioni.

## Conclusione

Ripercorrendo l'evoluzione del concetto di salute mentale, l'architettura psichiatrica ha sperimentato una trasformazione significativa, passando da una visione della malattia mentale come mistero insondabile a una visione di cura che privilegia l'espressione e la dignità. La visione dell'architettura come forma terapeutica ha spinto medici, psichiatri e architetti a collaborare nella trasformazione degli spazi di cura, aprendo una nuova fase dell'architettura psichiatrica. Tra gli anni Cinquanta ai Settanta, in Europa e in America, si è assistito ad una serie di pratiche sperimentali sostenute dallo spirito riformista del periodo, alcune delle quali hanno rappresentato un punto di riferimento per progetti futuri, sia in termini positivi che negativi. I principi fondamentali di alcune di queste esperienze sono basati sulla ricerca di un equilibrio tra forma e funzione, adattandosi alle esigenze e al benessere del paziente, immergendosi nel suo mondo esperienziale.

Viene riconosciuto che l'ambiente svolge un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato emotivo e fisico dell'individuo, e di conseguenza assume importanza anche l'aspetto sociale, dove il sentirsi parte di una comunità gioca un ruolo fondamentale nell'aspetto curativo. Certi architetti mostrano come le interazioni sociali nell'ambito delle cure sanitarie possano influenzare la conformazione dello spazio; e mirano dunque al promuovere una maggiore flessibilità nell'organizzazione gerarchica della cura, offrendo ai pazienti la possibilità di scegliere tra spazi privati o comuni, supportati da servizi assistenziali e da una rete sociale.

Questa fase sperimentale, seppur talvolta criticabile per le metodologie utilizzate, pone l'architettura al centro del dibattito, nella ricerca di una forma non standardizzata e flessibile in grado di rispondere e adattarsi ai continui mutamenti scientifici, sociali e politici. Bisogna però tenere a mente che se le pratiche assistenziali possono modificarsi e adattarsi all'esigenza, l'architettura mantiene dei limiti nella sua flessibilità nel tempo. Infatti, l'architettura può essere utilizzata come oggetto terapeutico, poiché i pazienti interagiscono con essa durante il processo di guarigione, contribuendo così alle pratiche sanitarie; al contempo, l'architetto deve però adattarsi alle tecniche della psicoterapia istituzionale ed applicarle nella ricerca progettuale, con il rischio di perpetuare nella forma istituzionale del manicomio se per primo non è il rapporto fra medico e malato a mutare.

Come emerge anche dai brevi cenni alla storia della rivista francese "Recherches", per quanto riguarda il tema della salute mentale, l'interesse è di natura diversa rispetto a quello di Basaglia. Gli psichiatri italiani ritengono infatti che la ristrutturazione e l'umanizzazione delle istituzioni psichiatriche non siano possibili in un contesto pieno di contraddizioni sociali che continua ad escludere il malato dalla società dei sani. Per risolvere la questione occorre che la psichiatria sociale e l'architettura collaborino per abbattere gli ostacoli al superamento clinico e ideologico dell'esclusione. Una sfida ardua che porta con sé incertezze e nuove questioni che mettono ancora una volta in discussione l'architettura nella sua capacità di *mutare e autodistruggersi* prima di agire sul malato, in modo da diventare lo spazio in cui la persona trovi il proprio significato

## 2. Le architetture per la cura.

Alla luce di queste riflessioni, diventa inevitabile chiedersi se l'architettura può effettivamente contribuire, oltre che al dibattito, alla guarigione vera e propria. Può il design dell'edificio apportare un reale miglioramento allo stato psico-fisico delle persone che ne fanno esperienza?

**“Buildings Can Drive You Crazy, But Can They Restore Your Mental Health?”<sup>41</sup>**  
(Fig.1-2)

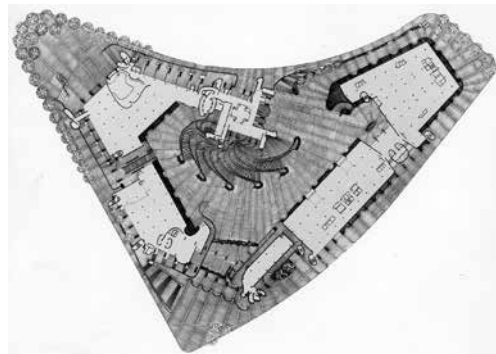


Figura 1-2

Lindemann Mental Health Center, architetto Paul Rudolph, 1971, Boston. [Boston Government Service Center © The Estate of Paul Rudolph]

Ad oggi possiamo considerare ancora attuale la questione, sorta intorno al 1960-70, da architetti, psichiatri e filosofi, che riflettono sull'impatto dell'architettura nella cura per le malattie, anche mentali. Come può quindi un'architettura prendersi cura delle persone?

Una questione probabilmente ancora aperta poiché le risposte non esauriscono il suo significato, certo è attestata l'influenza dell'ambiente sul benessere psico-fisico. Intorno agli anni '80 comincia una progettazione di strutture sanitarie che prende sempre più in considerazione il parere dei soggetti coinvolti (User-Centered Design<sup>42</sup>). Diventa essenziale un aspetto dell'ar-

Erich Lindemann, da cui il centro prende il nome, si riferisce al rispettato Psichiatra Lindemann che ha condotto uno studio sugli effetti collaterali negativi del rinnovamento urbano e ha contribuito a un movimento che esplorava l'impatto degli ambienti creati dall'uomo sulla salute mentale. Ironico pensando che l'edificio, ancora oggi, è diventato un esempio della capacità dell'architettura di poter influenzare negativamente la salute mentale. [Noble, P. (1999, October). The Architecture of Madness: Buildings Can Drive You Crazy, But Can They Help Restore Mental Health?, Metropolis, (19), 128-130.]

<sup>41</sup> Si fa riferimento all'articolo Noble P., (1999), *The Architecture of Madness: Buildings Can Drive You Crazy, But Can They Help Restore Mental Health?*, in Metropolis, (19), pp. 128-130.

<sup>42</sup> Progettazione incentrata sull'Utente: un processo di risoluzione di problemi che richiede la comprensione del comportamento degli utenti da parte dei progettisti, che devono prevedere come l'utente userà un prodotto e poi

chitettura proposto in passato dai primi alienisti, ossia l'importanza della dimensione estetica del progetto, in quanto fonte di benessere visivo e sensoriale per i pazienti e i caregiver: una bellezza architettonica ricercata nei suoi effetti calmanti e nella trasmissione di emozioni positive. Un'arte applicata alla psichiatria e oggi ampliata alle varie specialità mediche, attraverso una costante ricerca di ottimizzazione funzionale che risponda a degli standard richiesti, che generalmente considerano aspetti come la sicurezza, adattabilità e flessibilità, connettività.

La struttura diventa un'interazione dinamica tra varie forze contrastanti quali apertura e chiusura, opacità e trasparenza, sicurezza e libertà, spazi pieni e vuoti, spazio e tempo, tra edificio storico e architettura moderna, tra arte e scienza tecnica<sup>43</sup>. Una serie di soglie da inscrivere e alternare nell'architettura della salute mentale e non solo, le quali offrono una serie di scenari in cui trovare conforto, dallo spazio privato e di riposo a quello di relazione, di svago e condivisione, incluso nella città o marginale ad essa.

La ricerca neuro-scientifica sulle esperienze architettoniche diventa quindi un ambito di esplorazione molto sentito sia dai progettisti che dai medici, nel tentativo di suggerire delle forme spaziali adatte a determinate patologie, e in grado di offrire un contributo migliorativo all'aspetto terapeutico del paziente. Soprattutto in relazione ai dati statistici che dimostrano che il 6,4 % degli over 65 va incontro a malattie come l'Alzheimer o disabilità di altro genere (fig.3)<sup>44</sup> comportando, oltre che l'aumento della spesa sociale per la cura e l'assistenza, anche la necessità di assistenza domiciliare o di strutture residenziali sempre più adeguate. Non è un caso che i primi esempi di *neuroarchitettura* - disciplina che si occupa dell'interazione tra neuroscienze e architettura - siano stati applicati nella progettazione di strutture sanitarie. L'architetto Roger Ulrich, professore alla Chalmers University in Svezia, ha dedicato la sua carriera al miglioramento del design interno di strutture sanitarie con la scoperta, nel 1984, che i pazienti che godono di una stanza con finestra e vista su un parco o un ampio paesaggio naturale possono accelerare il processo di guarigione e migliorare lo stato di benessere psico-fisico<sup>45</sup>, dando vita ad un approccio architettonico basato sul *Healing Environment*<sup>46</sup> (fig.3). Negli anni '90 si diffonde in America l'Evidence-Based Design Approach (EBDA)<sup>47</sup>, un metodo di ricerca e progettazione basato appunto su prove di efficacia che indaga come le caratteristiche spaziali, funzionali, relazionali e psico-percettive dell'ambiente sanitario possano contribuire ad accelerare il percorso di cura, a ridurre le cause di complicazioni cliniche e a massimizzare le condizioni di sicurezza. Poco alla volta l'attenzione si amplia dagli spazi terapeutici a quelli residenziali,

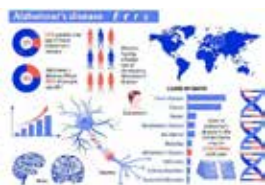


**Figura 3**  
Dati statistici rilevati sulle problematiche legate all'Alzheimer. [Gerontologist, 2018, Vol. 58, No. S1, S114-S128]

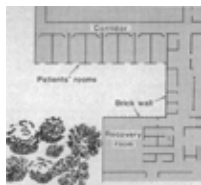


**Figura 4**  
Pianta del secondo piano dell'ospedale preso in analisi per la dimostrazione. [Roger S. Ulrich, Department of Geography, University of Delaware, in Ulrich, R. et al., (1984), *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, Science, 224, 420]

verificare le loro aspettative tramite test di usabilità e accessibilità. Il termine è stato coniato dall'ingegnere irlandese Mike Cooley nella sua pubblicazione "Human-Centred Systems" del 1978.

43Castelbajac T., Quintin J., (2021), *Architecture en psychiatrie et atmosphère soignante*, in L'Évolution Psychiatrique, Volume 86, Issue 3, pp. 617-625.

44Dati rilevati da Gerontologist, 2018, Vol. 58, No. S1, S114-S128

45Ulrich, R. et al., (1984), *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, in Science, 224, 420;

Ulrich, R., Zimring, C., Joseph, A., Quan, X., & Choudhary, R., (2004), *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity.*, in Report to The Center for Health Design.

46Ossia "ambiente di guarigione"; un concetto olistico che mira a evitare di esporre i pazienti a fattori di stress che inibiscano il processo di guarigione, portando ad intervenire con accorgimenti che coinvolgono la struttura.

47L'acronimo deriva da EBM-Evidence Based Medicine, che nell'ambito medico corrisponde a prove di efficacia clinica che sono il risultato di studi capaci di dimostrare, con una certezza scientifica misurabile e condivisibile da altri, che è utile eseguire un determinato esame o assumere una determinata medicina. Questi studi sono eseguiti secondo metodiche ben precise mirate ad escludere possibilità di errore. [https://www.gimbe.org/eb/definizione.html]

lavorativi ed educativi. Nel 2003 viene fondata a San Diego, California, l'Accademia delle Neuroscienze per l'Architettura (ANFA), dove si studiano le reazioni del sistema nervoso rapportato all'ambiente. Nel novembre del 2012, la scuola di Architettura di Frank Lloyd Wright e l'Accademia hanno organizzato a Taliesin West, Arizona, una conferenza che ha riunito architetti e scienziati intitolata "Pensare il design: neuroscienze, l'educazione del design e l'immaginazione"<sup>48</sup>. Oggi esistono due scuole di architettura che includono nei loro programmi lo studio delle neuroscienze: la New School of Architecture+Design (NSAD) di San Diego e la University of Arizona (UofA) a Tucson.

Nel 2013 un'equipe interdisciplinare di ricercatori australiani ha pubblicato su "Health Environments Research & Design Journal"<sup>49</sup> gli esiti di una revisione della letteratura scientifica sull'intersezione tra l'assistenza alla salute mentale e l'architettura. I ricercatori hanno condotto le analisi in maniera sistematica utilizzando parole chiave e banche dati, oltre a tesi accademiche prodotte dal 2000 al 2012.<sup>50</sup> Sono stati estratti e analizzati gli effetti sulla terapia di elementi e spazi ricorrenti quali: sicurezza e privacy, luce, milieu terapeutico, arte, giardini, dettagli di design interno, stanze dei pazienti, postazioni infermieristiche, modello di assistenza, progettazione per l'adolescente, strutture psichiatriche forensi e coinvolgimento degli utenti nel processo di progettazione. I risultati hanno indicato un aumento della prova dei benefici del design terapeutico sul benessere dei pazienti e del personale, suggerendo ulteriori domande e considerazioni sulla progettazione, su aspetti da evitare e sul coinvolgimento dei principali stakeholder nel processo di progettazione.

Le recensioni di Linda Dennard del libro "More Than Bricks and Mortar? Mental Health and the Built Environment"<sup>51</sup> elogiano l'approccio dell'autore che si basa sulla causa-effetto dell'ambiente come fonte di stress, come influenza sulle relazioni sociali e sul processo di pianificazione degli edifici. Il conflitto sta nel trovare un equilibrio tra ciò che è meglio per i pazienti, come la comunità percepisce il design, e le leggi e politiche di salute ed edilizia. Dei ricercatori americani nel 2004<sup>52</sup> hanno esaminato il ruolo dell'ambiente su comportamenti, azioni e interazioni, concentrandosi su risposte fisiologiche e psicologiche. Ipotizzando una gerarchia di effetti degli elementi ambientali che vanno dalla non tossicità, alla sicurezza fisica e psicologica, fino a fornire un contesto positivo e "salutogenico"<sup>53</sup>. L'articolo pubblicato

---

48Trad. dell'autrice Di Prisco M. Titolo originale "Minding Design: Neuroscience, Design Education and the Imagination."

49Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D., Due, C., Reinschmidt, A., & Mustillo L. (2013). *Stressed spaces: Mental health and architecture.*, in Health Environments Research & Design Journal, 6(4), pp. 127-168.

50La ricerca è stata effettuata dal 2010 al 2012 raccogliendo dati materiale scientifico pubblicato dal 2005 al 2012, inizialmente su ospedali generici e geriatrici per poter applicare i risultati nella progettazione di strutture per la salute mentale. Dei 165 articoli, 25 contenevano dati numerici prodotti da studi empirici. Coordinatore scientifico della ricerca è Kathleen Connellan, della "School of Art, Architecture and Design; University of South Australia, Adelaide".

51Dennard, L. (1997). *Review of the book More than bricks and mortar? Mental health and the built environment.*, in Human Relations, 50(4), 451-460.

52Schweitzer, M., Gilpin, L., & Frampton, S., (2004), *Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health.*, in Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10(Suppl 1), S71-S83.

I ricercatori hanno presentato lo studio esistente in termini di parametri fisici, che comprendevano le seguenti preferenze in un contesto sanitario: odori, rumore, temperatura, complessità ambientale, aria fresca e ventilazione, colore, natura, arte/estetica e intrattenimento, e postazioni infermieristiche.

53Dal termine "salutogenesi" che indica la ricerca dei fattori che promuovono la salute (*salutogenesi* deriva dal latino

su *The Journal of Alternative Medicine* supporta l'uso del design per facilitare l'intenzione e la consapevolezza, le relazioni, la promozione della salute e i trattamenti collaborativi.<sup>54</sup> La *teoria salutogenica* sostiene che l'ambiente interno ed esterno deve essere prevedibile, comprensibile e significativo. Elementi come la struttura, i materiali, la dimensione degli spazi e il numero di pazienti devono essere considerati per aiutare nella comprensione spaziale<sup>55</sup>. Vengono preferite le stanze singole per la privacy e per garantire lo spazio personale; l'arredamento, la pulizia, la temperatura e il rumore sono fattori da cui dipendono le soddisfazioni del paziente; è importante l'ambiente sensoriale anche in termini di odori, dove aromi piacevoli possono ridurre la pressione sanguigna, rallentare la respirazione e diminuire il dolore fisico<sup>56</sup>; così come la creazione di spazi ben definiti, visivamente distinti per colori e luci e con punti di riferimento tali da restare impressi nella memoria, per migliorare l'esperienza degli ambienti fornendo autonomia e un maggior senso di orientamento<sup>57</sup>.

Questioni emerse in altri studi<sup>58</sup> hanno dimostrato inoltre l'importanza dell'aspetto transitorio che dovrebbe assumere lo spazio ospedaliero. L'ospedale non dovrebbe essere inteso come luogo di residenza permanente, ma riflettere il passaggio dalla vita ospedaliera alla vita comunitaria. Le strutture sanitarie in supporto alla salute fisica e mentale dovrebbero garantire l'accesso ai servizi della comunità, come i trasporti per i pazienti, le visite di amici e familiari e spazi pubblici che permettano l'interazione<sup>59</sup> a sostegno del fatto che la sola architettura e il design non possano generare risultati positivi se non combinati con ambienti sociali in supporto.<sup>60</sup>

Questo dialogo interdisciplinare apre così un nuovo capitolo nella storia dell'architettura moderna e nelle teorie della composizione architettonica, inserendo una componente scientifica nel dibattito tra forma e funzione degli edifici e dello spazio urbano. L'obiettivo è quello di creare spazi pubblici e privati in grado di garantire un'alta qualità tra i rapporti psichici e fisici, e di incidere positivamente sulla percezione delle informazioni sensibili che ogni individuo attiva quando entra in contatto con l'ambiente che lo circonda, che influisce a sua volta in maniera positiva o negativa sullo stato d'animo della persona<sup>61</sup>.

---

*salus* = salute e dalla parola "genesis" greca che vuol dire origine). Concettualizzato dal sociologo della salute Aaron Antonovsky, l'approccio "salutogenico" parte dal presupposto che tutte le persone siano in parte sane e in parte malate, dunque mira a rendere più sano e meno malato il soggetto intervenendo sullo stato mentale ed emotivo, che possono influenzare la risposta immunitaria.

54Connellan et al., 2013.

55Golembiewski, J., 2017, *Architecture, the urban environment and severe psychosis: Aetiology.*, in *Journal of Urban Design and Mental Health*, 2(1), pp.1-13.

[<https://www.urbandesignmentalhealth.com/journal2-psychosis.html>]

56Mazuch, R., & Stephen, R., (2005), *Creating healing environments: Humanistic architecture and therapeutic design.*, in *Journal of Public Mental Health*, 4(4), pp.48-52.

57McLachlan, F., & Leng, X., (2021), *Colour here, there, and in-between-Placemaking and wayfinding in mental health environments.*, in *Color Research & Application*, 46(1), pp.125-139.

[<https://doi.org/10.1002/col.22570>]

58Si fa riferimento per esempio alla nuova Psychiatric Inpatient Unit, in Inghilterra, che ha coinvolto pazienti e personale nella valutazione degli aspetti positivi e negativi della nuova struttura.

59Curtis, S., Gesler, W., Priebe, S., & Francis, S., (2009), *New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex 'rebirth' of the clinic?*, in *Health & Place*, 15(1), pp.340-348.

[<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.06.007>]

60Connellan et al., 2013.

61Schena, F., (2020), *Neuroarchitettura: quando le neuroscienze incontrano il design, per un mondo a misura d'uomo*, in *Mon-*

Riconoscendo quindi la diversità tra gli individui a parità di strumenti a propria disposizione, ogni individuo è in grado di ottenere un livello di benessere che dipende dalla sua capacità di convertire tali strumenti in benessere<sup>62</sup>.



Heleen Verheyden  
(BAVO), Healing Environ-  
ment, 2018

---

doIn-ternazionale.

[<https://mondointernazionale.com/academy/neuroarchitettura-quando-le-neuroscienze-incontrano-il-design-per-un-mondo-a-misura-duomo>]

62 Sen, A.K., (2000), *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia.*, Milano: Mondadori.

## Caso studio Wooden Forest. Ipse de Bruggen Foundation, Nieuwveen

### ARCH22 - Enabling health, care and wellbeing through design research. 5<sup>th</sup> International Conference Rotterdam-Delft

“Enabling health, care and well-being through design Research” è il titolo della 5<sup>a</sup> conferenza Internazionale nel campo dell’architettura, delle scienze della cura e della salute, organizzata nell’agosto 2022 dal Dipartimento di Architettura e Ambiente Costruito di Delft<sup>63</sup>. Obiettivo del convegno è stato riunire ricercatori e professionisti provenienti da diversi paesi e discipline per presentare i risultati e scambiare conoscenze ed esperienze acquisite sull’integrazione dei bisogni per un design inclusivo, sulla progettazione sanitaria, sul coinvolgimento degli stakeholder e sull’impatto delle tecnologie innovative. Tra i campi di esplorazione è stato rivolto uno sguardo verso prospettive future del processo progettuale, attraverso l’utilizzo di strumenti di supporto come VR e BIM per la realizzazione di infrastrutture economiche e sostenibili. La conferenza ha mirato dunque ad una promozione della salute, della cura e del benessere ottimali, attraverso il confronto di vari ambiti della ricerca architettonica. Al termine dei due giorni di simposio, i partecipanti hanno avuto la possibilità di visitare alcuni dei più innovativi ambienti sanitari e di assistenza dei Paesi Bassi.

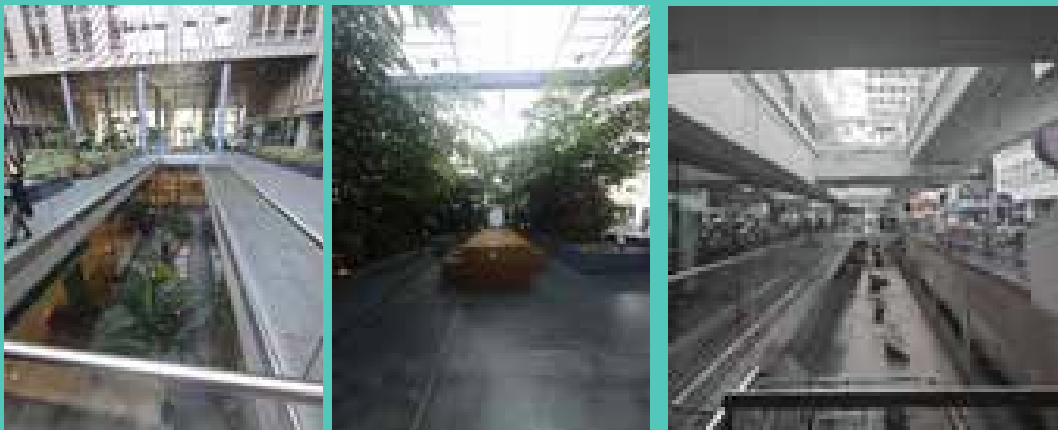
La partecipazione dell’autrice Di Prisco M. al Convegno in quanto relatrice di un contributo<sup>64</sup> ha permesso di approfondire l’esplorazione nel campo del design e della progettazione di architetture sanitarie contemporanee, di osservare i metodi e gli strumenti adoperati in altri paesi europei e di visitare dei centri sanitari guidati dai progettisti stessi.

Tra i tour di rilievo effettuati compaiono l’Erasmus Medical Centre di Rotterdam (EGM Architects), un centro medico universitario completamente ristrutturato nel 2017, e la Nieuwveen Ipse de Bruggen (AM\_A Andrea Möhn Architects) a Nord di Delft, un complesso residenziale e terapeutico per persone con disabilità cognitive. Le due strutture si distinguono notevolmente tra loro, in termini di dimensioni, tipologia architettonica e posizionamento rispetto al centro cittadino. Tuttavia, entrambe presentano soluzioni progettuali efficienti per soddisfare sia le esigenze terapeutiche che quelle della comunità, integrandosi armonicamente con il contesto.

A seguire una breve descrizione dei progetti.

<sup>63</sup>Conferenza tenuta dal 22 al 24 agosto 2022, organizzata da ARCH nella Facoltà di Architettura e Ambiente costruito di Delft University of Technology. [<https://arch21erasmusmc.tudelft.nl/>]

<sup>64</sup>Di Prisco M., 2022, *Waiting areas as places of encounter between therapy and society*, TU Delft. In fase di pubblicazione [aprile 2023].



Gli spazi di relazione e passaggio dell'Ospedale. [Foto dell'autrice Di Prisco M.]

Erasmus Medical Centre è un ospedale situato nel centro di Rotterdam. Composto da una serie di edifici collegati tra loro, ospita 13.500 dipendenti, 4.500 studenti e numerosi pazienti. Il progetto di ristrutturazione è stato progettato secondo un approccio basato sull'evidenza (EBD), con una torre di uffici alta 120 metri che si inserisce nello skyline di Rotterdam. Sono stati creati 6.000 m<sup>2</sup> di giardini pensili e tetti di muschio per migliorare la salute, ridurre l'inquinamento e produrre ossigeno. Le passerelle, gli archi e le scale sono dislocati dietro pareti vetrate per facilitare la navigazione.

La creazione di un ambiente curativo e innovativo è resa possibile dalla combinazione del metodo EBD e Healing Environment. Materiali, forme, colori e texture sono accuratamente selezionati per soddisfare le esigenze di cura, benessere e innovazione. Gli spazi, accessibili ai cittadini, comprendono ampie aree di circolazione, verde, atri e cortili. Il collegamento tra l'ospedale e la comunità è reso possibile con l'aggiunta di negozi, ristoranti e un centro sportivo, sale d'attesa, collegamenti verticali e spazi in cui sostare o lavorare. Una area pubblica in vetro, lunga 300 metri e larga 20, collega gli edifici esistenti con il nuovo Centro, offrendo un accesso diretto ai reparti e un luogo di incontro per pazienti, dipendenti, studenti e visitatori. L'ospedale offre ambienti calmanti con decorazioni che riflettono i colori dei paesaggi Olandesi e ampi lucernari sui soffitti. L'ambulatorio e il pronto soccorso si trovano al piano inferiore mentre le unità di cura sono al piano superiore, con camere da letto singole per garantire privacy ed autonomia. Ogni camera è dotata di luce diretta, tablet per il controllo dell'illuminazione, della schermatura solare e della temperatura, di uno spazio per le terapie e uno per custodire gli effetti personali del paziente. Inoltre, ogni stanza comprende una seduta-letto Rooming-in, appositamente progettato da EGM Interior in co-creazione con il produttore di mobili Ahrend, che offre ai familiari la possibilità di stare con il paziente durante il giorno e trascorrere la notte in modo confortevole, contribuendo positivamente al benessere del paziente.

**Progetto:**  
Erasmus Medical Centre  
**Architetti:**  
EGM Architects  
**Località:**  
Rotterdam, Paesi Bassi  
**Data Completamento:**  
2017 (anno inizio lavori 2009)  
**Superficie Lorda:**  
207000 mq  
**Fotografi:** Rob Van Esch, Ossip Van Duijvenbode  
**Fonti:** <https://www.egm.nl/en/architects/projects/erasmus-mc-hospital/347>



**Progetto:**  
Wooden Forest  
**Architetti:** AM\_A An-  
drea Möhn Architetti  
**Località:** Nieuwveen,  
Eindhoven, Paesi Bassi  
**Data Completamento:**  
2018 (anno inizio lavori  
2015)  
**Superficie Lorda:** 5.220  
mq  
**Fotografia:** © Herman  
Zonderland e AM\_A  
Andrea Mohn Architects  
**Fonti:** <https://www.am-a.eu>

Alcuni spazi interni della  
clinica. [Foto dell'autrice  
Di Prisco M.]

Il complesso ospedaliero semi-residenziale Wooden Forest, di diagnosi e cure per persone con disabilità cognitive, immerso completamente in un parco boschivo a lato della località di Nieuwveen, si sviluppa invece su una serie di strutture diffuse di tipo residenziale, terapeutico e comunitario. L'edificio aperto alla comunità comprende un ristorante, una mensa, aule per convegni e conferenze, e un laboratorio di artigianato gestito dai pazienti. La struttura di costruzione recente e di un solo livello, offre un'attività abilitativa, riabilitativa e lavorativa, oltre a facilitare l'autonomia e la socialità dei pazienti.

Ci soffermiamo ora sulla descrizione delle strutture realizzate dalla collaborazione tra lo studio AM\_A Architetti e la fondazione Ipse de Bruggen, dal 2011 in poi: il centro terapeutico, l'edificio residenziale di nuova costruzione e il progetto di ristrutturazione di alcune abitazioni situate negli edifici preesistenti.

Nello specifico entreremo nella stanza del paziente Dolf dove, secondo la valutazione dei medici, alcuni accorgimenti adottati dagli architetti hanno contribuito a migliorare in modo significativo lo stato psico-fisico del paziente.



Nel 2015 la fondazione Ipse de Bruggen<sup>65</sup> ha incaricato Andrea Möhn Architetti di ristrutturare una struttura esistente per creare il centro Wooden Forest per curare le persone con disabilità intellettive. Il progetto, completato nel 2018, ha previsto un volume vetrato a forma di "L" lungo l'ingresso principale e una l'elevazione di una parte dell'edificio, usata come spazio flessibile per uffici. Il volume rinnovato dà un aspetto moderno all'ingresso dell'edificio ed è stato arricchito da una serie di elementi verticali in legno che creano un collegamento visivo tra l'interno e l'esterno della struttura.

Il Centro Medico offre una gamma di servizi terapeutici e assistenziali, con attività quotidiane che supportano oltre 400 persone. Le pareti delle stanze sono caratterizzate da una serie di decorazioni di animali fantasiosi, per stimolare l'interazione sociale e semplificare l'associazione mentale con la funzione dell'ambiente. Sono rese disponibili ai residenti locali una serie di servizi tra cui le strutture sportive come una piscina riabilitativa.

<sup>65</sup>Ipse de Bruggen Foundation, un'organizzazione che ha più di 100 anni di esperienza nella cura di bambini, giovani e adulti con disabilità intellettive [<https://www.ipsedebruggen.nl/>]

Il Centro residenziale Zig-Zag House per persone con disabilità cognitive prevede invece l'alloggio per 62 persone, che hanno preso parte al processo progettuale, esprimendo la richiesta di un'abitazione che assumesse il meno possibile una forma istituzionale. La struttura, composta da due livelli, si sviluppa intorno agli alberi esistenti e l'accesso avviene attraverso una rampa dal design sinuoso: la passerella esterna in legno di 110 metri, composta da zone di sosta attrezzate, crea un percorso a "zig-zag" che permette una passeggiata panoramica che conduce all'ingresso. Il passaggio dall'esterno all'interno è attenuato da alcune zone di ritiro presenti prima di accedere agli ambienti comuni.

Esternamente la struttura è caratterizzata da un rivestimento in legno scuro, con finestre bianche che contrastano con l'ambiente circostante. Al suo interno ci sono spazi comuni con cucine, salotti e postazioni per il televisore e PC, mentre le camere da letto, singole e con bagno privato, sono personalizzate in base a gusti, esigenze mediche e familiari.

**Progetto:** Zig-Zag  
**Architetti:** Sarah Blee, Mohn+Bouman Andrea Möhn (AM\_A Architetti)  
**Località:** Nieuwveen, Eindhoven, Paesi Bassi  
**Data Completamento:** 2015 (anno inizio lavori 2012)  
**Superficie Lorda:** 4.800 mq  
**Fotografia:** © Mohn + Architetti Bouman  
**Fonti:** <https://www.am-a.eu>

Alcuni spazi interni ed esterni della residenza. [Foto dell'autrice Di Prisco M.]



## La camera di Dolf<sup>66</sup>

Ai vertici dell'organizzazione di cura e supporto Ipse de Bruggen viene realizzato, a causa di alcuni avvenimenti spiacevoli, che l'ambiente costruito di alcune abitazioni non corrisponde alle esigenze dei loro clienti. Nel 2011 decide così di commissionare lo studio Andrea Möhn Architects per esaminare gli spazi costruiti e verificare le esigenze degli utenti con problemi comportamentali gravi.

Entrare nella camera di Dolf è stato come invadere uno spazio molto personale in cui il residente ha costruito una sua identità. Si tratta di un'abitazione compresa nelle strutture meno recenti del centro sanitario, in cui è stato richiesto un intervento agli architetti per un progetto più che di ristrutturazione, di personalizzazione.

Gli architetti, in stretta collaborazione con il team di assistenza e la famiglia, hanno creato una stanza su misura che ha prodotto risultati incoraggianti secondo medici e familiari, come dimostrato dall'effetto positivo sul comportamento dell'utente. Ispirandosi a questa esperienza, l'organizzazione ha avviato nel 2020 il progetto "Physical environment, a fixed value in our care"<sup>67</sup>, che prevede entro quattro anni, la *personalizzazione* di altre dodici stanze del centro,



<sup>66</sup>Completata nel 2013, quindi precedente alla costruzione delle altre strutture.

<sup>67</sup> Möhn A., (2021), *Best practice: a personalized and humanized environment*, in Connected Living: international and



Nella fotografia sopra si illustra la parete con gigantografia del paesaggio e televisore ad incasso, mentre nella foto sottostante la seduta del davanzale sagomata della camera di Dolf.

[Foto dell'autrice Di Prisco M.]

dove gli effetti sugli utenti saranno accuratamente monitorati e analizzati.

Dolf, che al tempo aveva 54 anni, ha vissuto per quasi 25 anni in una stanza spoglia progettata, con dei mobili essenziali costruiti in metallo pesante, con pareti plastificate di colore bianco. All'esterno una recinzione in acciaio alta due metri circondava il piccolo pezzo di giardino. La porta di ingresso era dotata di una tripla serratura, il bagno aveva una toilette in acciaio inossidabile, il letto anch'esso d'acciaio era attaccato al pavimento e il materasso veniva rimosso quotidianamente. Anche il tavolo con una base in acciaio e il ripiano in plastica era fissato al pavimento e alla parete. Gli unici oggetti personali erano una serie di cornici con foto della famiglia.

Una grave disabilità cognitiva lo rendeva incline all'aggressività e per tal motivo venivano prese "precauzioni" somministrando farmaci calmanti e isolandolo nella stanza per tempi variabili. L'organizzazione ha cercato di migliorare la sua condizione clinica per poi intervenire sull'ambiente abitativo.

### Il metodo e il progetto d'interni

Gli architetti si sono basati su un metodo suddiviso in 5 punti: osservazione, scambio, percezione, intuizione e soluzione su misura. Hanno osservato la situazione spaziale e il comportamento di Dolf, hanno scambiato con lui, la sua famiglia e il personale medico delle informazioni sul suo vissuto, sui ricordi dell'infanzia per poi adottare un approccio intuitivo, basato sull'associazione dell'altra persona ad un ambiente di benessere ideale, per poi svilupparne una soluzione su misura che meglio potesse adattarsi alle esigenze di Dolf.

Nel caso di Dolf è stato fondamentale percepire quali fossero i suoi primi ricordi, considerando l'attaccamento al luogo d'infanzia fondamentale nella formazione identitaria. Così è nata la decisione di sviluppare una gigantografia di un paesaggio naturale che ricordasse la tenuta in cui viveva da bambino, e applicarla su un'intera parete della stanza, integrando il televisore e la porta d'ingresso nella parete fotografica. Quest'ultima sostituita e lasciata liberamente aperta. I mobili d'acciaio e i pannelli di plastica sono stati sostituiti da nuovi mobili e rivestimenti in legno di quercia, prefabbricati in cantiere e dotati di ancoraggi e fissaggi nascosti. Osservando Dolf sedersi spesso su un angolo del davanzale della finestra per guardare l'orizzonte, è nata l'idea di progettare un nuovo davanzale in legno che comprendesse una concavità pensata come seduta.

Le pareti restanti sono state dipinte di un rosso caldo, scelto da Dolf. Colore che peraltro non viene utilizzato negli ambienti sanitari poiché si presume possa generare aggressività. Mentre la recinzione del cortile è stata sostituita da una tradizionale con aperture in vetro e un'area completamente aperta, consentendo a Dolf di osservare l'esterno e decidere se interagire con le persone di passaggio.

La reazione di Dolf nel vedere la sua stanza trasformata è stata sorprendente, nonostante si te-

messe una difficoltà iniziale nell'assimilare il cambiamento. Dopo due mesi dalla realizzazione del progetto, Dolf si è dimostrato soddisfatto, accogliendo nella sua stanza piena di fotografie e fumetti, gli architetti mentre riordinava le lenzuola e sistemava il tappeto al bordo del letto con precisione. Medici e familiari hanno constatato nel tempo una diminuzione notevole degli stati aggressivi e di isolamento.

## **Considerazioni: architetture flessibili come spazi di relazione**

Nonostante il centro sanitario per disabilità cognitive Nieuwveen Ipse de Bruggen, sia localizzato in una zona periferica rispetto al centro della città, l'impressione avuta durante la visita non è stata quella di sentirsi isolati o in un contesto poco frequentato. Si tratta di un villaggio in cui i residenti possono andare in bicicletta, godere dei vasti spazi verdi e del paesaggio naturale, svolgere attività ricreative, sportive, socializzare e lavorare; attraversato quotidianamente dalla comunità che usufruisce dei servizi al suo interno. Gli architetti hanno potuto negli anni stabilire un rapporto umano e confidenziale con l'utenza, con familiari, operatori e volontari; garantendo una risposta puntuale e innovativa alle richieste. La personalizzazione degli spazi in un ambiente comunitario appare fondamentale per offrire all'abitante un aspetto meno medicalizzato dello spazio terapeutico, oltre a giovare allo stato emotivo del paziente.

Nel progetto per le camere della residenza della Zig-Zag House, così come nella stanza di Dolf, l'obiettivo è stato quello di migliorare la qualità della vita di un gruppo di persone attraverso il lavoro di un team interdisciplinare, per sviluppare soluzioni su misura, dove l'apertura reciproca tra architetti e terapisti ha consentito un intenso scambio, favorendo l'emergere di soluzioni innovative.

Per quanto riguarda il centro sanitario EMC possiamo sostenere che rappresenti un punto di riferimento importante per la comunità circostante, consentendo una più facile accessibilità ai servizi medici, all'educazione e ad altre necessità. Caratterizzata da strade, piazze, spazi verdi, oltre a essere uno dei più grandi ospedali dei Paesi Bassi, la struttura è anche una delle più sostenibili: la flessibilità del layout interno garantisce la sua efficacia nelle sfide esigenti future, così come gli spazi pubblici esterni e liberamente accessibili assicurano un coinvolgimento del cittadino al di fuori delle necessità mediche. Lo spazio pubblico centrale e baricentrico, con servizi facilmente accessibili, agevola l'interazione tra pazienti, staff e cittadini, connettendo la dimensione pubblica a quella privata. La permeabilità urbana è garantita da un passaggio graduale tra la città e l'ospedale, focalizzato su vari aspetti di attraversamento. L'ospedale affronta la sfida di costruire edifici alti tra le strutture esistenti, che forniscono cure mediche, formazione del personale e ricerca scientifica, oltre a garantire degli spazi di socialità, condivisione o di passaggio per il resto dei cittadini. La mescolanza di funzioni e l'alternanza di spazi aperti e chiusi, pubblici e privati, contribuiscono all'efficienza complessiva della struttura nel soddisfare svariate esigenze e rispondere al meglio alla questione di adattabilità e flessibilità architettonica.

### 3. Le città sensibili.

#### La relazione sociale al centro della costruzione del sé

Ad oggi, il concetto di inclusione supera la visione tradizionale della relazione tra norma, deficit e bisogno<sup>68</sup>, considerando le differenze come un insieme di percorsi, modi e stili che ognuno mette in atto per orientarsi e agire nelle relazioni e nell'apprendimento. L'osservazione inclusiva guarda al problema non come una caratteristica intrinseca della persona, ma nel possibile "disabilitante" ruolo che i contesti e le relazioni sociali possono attivare<sup>69</sup>.

Le riflessioni poste dai sociologi appartenenti alla corrente dell'*interazionismo simbolico*<sup>70</sup> pongono l'esperienza della relazione sociale al centro della costruzione del sé e della mente: la propria identità ed il pensiero emergono nella relazione con gli altri; la comunicazione e il significato della personalità sono inestricabilmente connesse e in interazione reciproca<sup>71</sup>. La Scuola di Sociologia Urbana di Chicago si sofferma sulle teorie dell'interazionismo analizzando la relazione tra gruppi etnici e sociali diversi all'interno delle città, al fine di verificare come essi si influenzino e siano influenzati dal contesto sociale in cui si trovano e quali siano i processi che comportano tali dinamiche.

La città non viene considerata come una costruzione artificiale, ma come parte integrante dei processi vitali della gente che la abita<sup>72</sup>. Pertanto, diventa essenziale osservare la struttura della

---

68 Medeghini R. (2013), *Quale Inclusione? Quali servizi nella prospettiva inclusiva? Una lettura attraverso "Disability Studies Italy"*, in Medeghini R. et al, *Inclusione Sociale e disabilità. Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi*, Trento, Erickson, pp.27-50.

69 Ibidem.

70 Termine coniato da Herbert Blumer. Def. tratta da Treccani: "Corrente del pensiero sociologico, di origine statunitense, che privilegia l'analisi dell'azione sociale come attività capace di mettere in rapporto gli individui fra loro, nel più vasto contesto sociale."

[[https://www.treccani.it/enciclopedia/interazionismo-simbolico\\_%28Enciclopedia-Italiana%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/interazionismo-simbolico_%28Enciclopedia-Italiana%29/) gennaio 2023]

71 Fondatore ed esponente principale George Herbert Mead assieme a Herbert Blumer. Mead introduce come elemento centrale della sua teoria la dimensione simbolica e sociale dell'esperienza. Riconosce la centralità della comunicazione e quindi della dimensione simbolico-sociale non solo per l'azione, ma per la stessa costruzione del Sé e della mente. [Mead G. H., (2015), *Mind, Self, and Society*, The University of Chicago Press; Blumer H., (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, University of Michigan, Prentice Hall]

72 Park, R. E., (1984), *The City: suggestions for the investigation of human behaviour in the urban environment*, in R. E. Park, E. W. Burgess, R. D. McKenzie, (a cura di), *The City*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 1-46. (1984, I ed. 1925).

città e la qualità dello spazio come elementi che influenzano il comportamento umano e che possono contribuire al benessere dei loro abitanti, considerandoli nella loro diversità.<sup>73</sup>

Il saggio “La vita nelle metropoli”<sup>74</sup> di Georg Simmel, che influisce sulle teorie dei sociologi americani, racconta la città del Novecento attraverso i suoi modelli relazionali, esaminando come i singoli individui siano in grado di adattarsi ad una varietà crescente di ruoli e situazioni che possono verificarsi nella vita di una città. Definisce le metropoli come luogo di “sovrastimolazione sensoriale” dove «la vicinanza e la angustia dei corpi rendono più sensibile la distanza psichica»<sup>75</sup>, portando l’individuo ad alienarsi per difendersi dagli «stimoli nervosi e contraddittori» che essa provoca. Di conseguenza l’uomo, per adattarsi all’ambiente, ha sviluppato un organo di difesa definito intelletto, che lo protegge dagli stimoli eccessivi a cui è sottoposto<sup>76</sup>.

Studi recenti invitano a riflettere su come gli ambienti siano in grado di influire sul nostro stato di benessere e di salute mentale, anche in seguito a dimostrazioni che attestano che disturbi dell’umore e dell’ansia sono più comuni tra i residenti delle città, e che l’incidenza di schizofrenia è fortemente aumentata tra coloro che sono nati e cresciuti in un ambiente urbano<sup>77</sup>.

Riconoscendo che alcune strutture architettoniche e urbane potrebbero non essere adeguate ad accogliere tutti i residenti nella loro eterogeneità, come possiamo affrontare la sfida di fornire condizioni di vita più inclusive per chi ha una sensibilità diversa?

## Le città sensibili

Numerosi dibattiti, sulle capacità delle città e dell’architettura di rispondere a specifici requisiti di benessere (fisico e psichico) per il cittadino sono stati sollevati soprattutto a seguito dell’emergenza pandemica, che - ponendo dei limiti nel relazionarsi - ha portato all’elaborazione di nuove forme di prossimità<sup>78</sup> e a concezioni spaziali diverse.

Ragionare su un’ideale di città “sana” non significa sviluppare un modello di città che ha raggiunto un determinato livello di salute dei suoi abitanti; piuttosto, ambire ad una città consapevole dell’importanza della salute pubblica e che adotta strategie per migliorare costantemente le opportunità all’interno di un contesto costruito e sociale<sup>79</sup>.

Considerato che l’interazione tra l’ambiente sociale e l’ambiente costruito influisce sulla percezione di noi stessi come individui, nonché sul nostro grado di interazione con gli altri, occorre “riformulare” gli spazi pubblici (interni ed esterni) in cui in diversi individui si relazionano

73Capuano, A., (2020), *La dimensione terapeutica urbana e le architetture per la cura*, in P. Miano (a cura di), *La città come cura e la cura della città. HealthScape: nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura*, Macerata, Quodlibet, pp. 65-83.

74Simmel G., (1995), *La metropoli e la vita dello spirito*, P. Jedlowski (a cura di), Roma, Armando Editore.

75Ibidem, pp.42-49

76Ibidem.

77Davidson, J., Henderson, V. L., (2016), *The Sensory City: Autism, Design and Care*, in C. Bates, R. Imrie, K. Kullman, Oxford, Wiley Blackwell, (a cura di), *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, pp. 74-94.

78“Parte della semiologia che studia il significato assunto, nel comportamento sociale dell’uomo, dalla distanza che l’individuo frappone tra sé e gli altri e tra sé e gli oggetti e quindi, più in generale, il valore attribuito da gruppi sociali, diversi culturalmente o storicamente, al modo di porsi nello spazio e al modo di organizzarlo.” [Def. Tratta da enciclopedia Treccani, consultazione 03/2023:

<https://www.treccani.it/enciclopedia/prossimita/>

79Holt-Lunstad J., (2020), *Social Isolation and Health*, in Health Affairs Health Policy Brief.

con le loro differenze, mentali, fisiche e percettive. La percezione sensoriale e il movimento del corpo nello spazio comportano inoltre una diversa esperienza di socialità e, poiché diverse sensibilità si traducono in diverse interazioni con l'ambiente<sup>80</sup>, può essere necessario un approccio multidisciplinare che tenga conto delle varie esperienze sensoriali che possono verificarsi all'interno dello stesso ambiente.

La maggior parte delle ricerche e sperimentazioni che hanno svolto indagini sulle relazioni tra le diverse percezioni sensoriali delle persone e l'ambiente costruito, si sono focalizzate sull'aspetto residenziale o educativo<sup>81</sup>, lasciando praticamente inesplorata la dimensione urbana. Il recente aumento dell'interesse verso tematiche quali il ripensare le città in maniera più inclusiva, ha condotto numerosi studiosi all'individuazione di una serie di strumenti identificabili, efficaci e adattabili a diversi contesti urbani.

Ad esempio è stato dimostrato che nella progettazione degli spazi viene trascurato talvolta l'orientamento topografico della città, nonostante questa dimenticanza possa incidere negativamente sull'inclusività e sulla sicurezza<sup>82</sup>: malattie come l'Alzheimer, o altre patologie che conducono ad una riduzione del funzionamento cognitivo, possono limitare la libertà di movimento dell'individuo nello spazio urbano, portando a considerare, oltre ai consueti requisiti di sicurezza fisica e sociale, il rischio potersi smarrire. Le persone che necessitano di elaborare un processo di riconoscimento ambientale devono poter riconoscere dei riferimenti (effimeri e non effimeri<sup>83</sup>) immediatamente leggibili, riconoscibili, familiari e singolari. Risultano determinanti, inoltre, gli elementi che inducono ad una stimolazione sensoriale (visiva, tattile) a cui segue una risposta immediata che non richieda un'interpretazione a livello intellettuale<sup>84</sup>.

Analizzando la questione nello spettro autistico, gli studiosi sostengono che il corpo fisico e quello sociale si relazionino con l'ambiente attraverso una modalità *a-tipica*<sup>85</sup>, che implica una serie di bisogni spaziali che emergono nello svolgimento di azioni quotidiane<sup>86</sup>. Problematiche come la anomala percezione sensoriale, il rischio di sovraccarico percettivo o la necessità di comunicare utilizzando un sistema di immagini, sono riconosciute come ricorrenti "funziona-

---

80Bogdashina O., (2011), *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*, Crema, Uovonero.

81Risale al 1971 uno dei primi progetti, *Playroom for Children*, intenzionato a definire le caratteristiche spaziali di un prototipo di ludoteca per bambini con autismo che potesse ospitare e facilitare percorsi terapeutici. [Richer j., Nicoll S., (1971), *The physical environment of the Mentally and handicapped: a playroom for Autistic children, and its Companion Therapy Project.*, in *British Journal of Mental Subnormality*, 2 (33): 132-143].

82Frau G., *L'orientamento percettivo spontaneo per l'accessibilità urbana di anziani con AD iniziale.*, in *TECHNE* 09, 2015, pp. 106-113.

83Ibidem.

L'autrice si riferisce dunque ad elementi a cui potersi affidare per periodi illimitati o in determinati momenti della giornata e in condizioni specifiche; con *effimeri* intende "lavori di ristrutturazione o costruzione di un edificio o infrastruttura, una mostra d'arte temporanea in una piazza o in una strada, la circolazione di persone nelle stazioni dei mezzi di trasporto pubblico, le strade commerciali, i mercati, ecc." con *non-effimeri* "gli edifici, l'arredo urbano, la vegetazione, le infrastrutture, ecc.".

84Söderström O., (2016), *I don't care about places: the whereabouts of design in mental health care.*, in C. Bates, R. Imrie, K. Kullman, Oxford, Wiley Blackwell, (a cura di), *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, 2016, pp. 56-70.

85Bogdashina, 2011.

86Talv V., Tola G., (2018), *Politiche e progetti integrati per la promozione e progettazione di città autism-friendly*, in Garau P., Sepe M., (a cura di), *Urbanistica informazione, Progetto urbano e spazi pubblici vivibili, salubri, felici.*, 2018 n.5, p.121.

menti urbani atipici”<sup>87</sup> nelle persone autistiche.

L’obiettivo del progettista dovrebbe dunque mirare alla promozione della “capacità urbana”<sup>88</sup> individuale di muoversi autonomamente e in sicurezza per accedere a spazi e servizi della città.

In *Sensing the City: an Autistic Perspective*<sup>89</sup>, un libro autobiografico scritto dall’autrice con autismo Beale-Ellis, è descritta la sua personale esperienza sensoriale nel rapportarsi con ambienti naturali, sottolineando l’importanza terapeutica che gli spazi verdi possono assumere per persone che presentano una diversa percezione ambientale o affette da disturbi mentali; offrendo ad essi la possibilità di ridurre lo stress e riequilibrare da eventuali sovraccarichi sensoriali<sup>90</sup> attraverso una progettazione organizzata e diversificata, riconoscibile dal tipo di pavimentazione e vegetazione<sup>91</sup>.

Altre teorie si focalizzano sulla relazione della persona con il contesto non solo in termini di interazione fisica, ma anche sociale. Nel manuale *At Home with Autism*<sup>92</sup> delle autrici Ahrentzen e Steele, vengono fornite preziose indicazioni progettuali sia per gli spazi all’interno dell’abitazione che per quelli esterni e di quartiere, oltre a delle strategie per un efficace inserimento nella collettività. Le autrici sottolineano l’importanza del legame tra la residenza e il contesto circostante per favorire la creazione di una rete di relazioni personali. Secondo l’architetto Christopher Beaver dello studio GA Architects e autore del testo *Autism-Friendly Environment*, è essenziale che lo spazio esterno di pertinenza della casa sia accessibile in modo autonomo e sicuro, ma allo stesso tempo visibile dai familiari e dai residenti del quartiere<sup>93</sup>, per incentivare un senso di comunità.

Le urbaniste G. Talu e V. Tola<sup>94</sup> individuano invece come fondamentali per promuovere l’autonomia di movimento delle persone con disabilità cognitive la creazione di *spazi quieti* all’interno della città di Sassari, nel quartiere del Sacro Cuore (fig.1). Tali aree possono essere ricavate in piccole zone sottoutilizzate o in porzioni residuali, tenendo conto delle politiche di regolamentazione della mobilità carrabile e delle aree di sosta dei veicoli. In questo modo, si potrebbe garantire la circolazione autonoma a persone con sensibilità differenti oltre a permettere una sosta e creare un luogo d’incontro per il cittadino (si tratta dunque di spazi interpretabili come “spazi-soglia” legati al tempo del rifugiarsi, che meglio verranno descritti nel capitolo successivo).

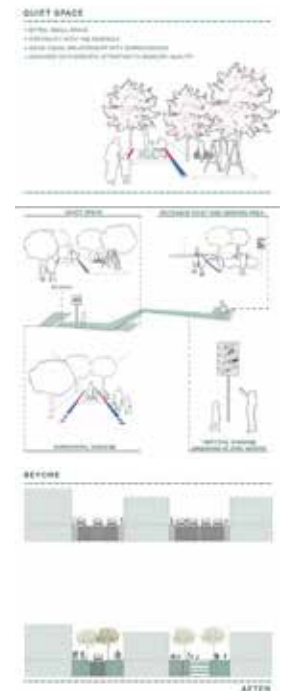


Figura 1  
Individuazione degli spazi calmi lungo la sezione stradale. [La città per immagini. Verso la definizione di un insieme di requisiti spaziali per la progettazione di città autism friendly, V.Talu, G. Tola, 2018]

87Terzi L., (2010), *What metric of justice for disabled people? Capability and disability*, in Brighthouse H. Robeyens I. (a cura di), *Measuring justice. Primary goods and capabilities*, Cambridge University.

88Blecic I., Cecchini A., Talu V., (2018), *Approccio delle capacità e pianificazione urbana. Capacità urbane feconde e qualità della vita urbana degli abitanti più svantaggiati*, in “Archivio Di Studi Urbani E Regionali” 122/2018.

89 Beale-Ellis, (2017), *Sensing the City: an Autistic Perspective*, pp. 112-113.

90 Sachs N., Vincenta T., (2011), *Outdoor Environments for children with autism and special needs.*, In *Implication*, pp. 1-18.

91Gaudion K., McGinley C., (2012), *Green spaces. Outdoor Environment for Adults with Autism.*, The Helen Hamlyn Centre for Design. London: Royal College of Art

92 Ahrentzen, S., Steele, K., (2016), *At Home With Autism: Designing for the Spectrum.*, Bristol: Bristol, University Press.

93 Beaver C., (2010), *Autism-Friendly Environments*, in *The Autism File Global*, n.37, pp. 2-5.

94 Talu V., Tola G., 2018.



**Figura 2**  
Percorso privilegiato attraverso le aree verdi e i vuoti urbani. Elizabeth Florence Decker, 2014, “A City for Marc. An inclusive urban design approach to planning for adults with autism.” [Ridisegni dell’autrice Di Prisco M.]

Nel report *A City for Mark. An inclusive urban design approach to planning for adults with autism* del 2014, l’urbanista Elisabeth F. Decker propone un “kit di strumenti”<sup>95</sup> utile per progettare città più inclusive per le comunità con persone “adulte con autismo e altre disabilità o limitazioni neurologiche”<sup>96</sup> (fig.2). Attraverso una serie di proposte, Decker individua un percorso per la città di Nashville (Tennessee, USA) che consideri determinati bisogni quali la disponibilità di un insieme di servizi rilevanti, la conformazione spaziale e la qualità sensoriale del contesto urbano. L’autrice Decker riconosce l’importanza di trasformare alcuni spazi inutilizzati in aree verdi, sviluppando una rete di *pocket parks*, che possano offrire brevi pause o essere utilizzate come oasi di calma, contribuendo a migliorare l’esperienza sensoriale delle persone con autismo, ma anche a beneficio dell’intera città. Similmente il contributo dell’architetto Joshua Saitelbach, *Therapeutic streetscapes*<sup>97</sup>: *a new Bell Street designed to accommodate those on the autism spectrum* del 2016, si concentra sulla necessità di ripensare gli spazi pubblici nelle strade della città di Belltown, a Seattle (fig.3). Prestando attenzione ai requisiti di sicurezza, accessibilità e qualità sensoriale del pedone, l’architetto propone nel progetto configurazioni spaziali alternative della sezione stradale, in cui lo spazio pedonale è aumentato e suddiviso in aree dedicate alla sosta e al movimento; e introduce, per fornire la necessaria ombreggiatura e contribuire alla riconoscibilità del luogo, diverse piccole aree verdi che, in caso di necessità, possono essere utilizzate come spazi di rifugio.

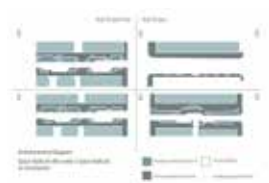


**Figura 3**  
Analisi degli spazi dedicati alla sosta e di quelli per il movimento. Josh Saitelbach, 2016, “Therapeutic Streetscapes: A New Bell Street Designed to Accommodate Those on the Autism Spectrum.” [Ridisegni dell’autrice Di Prisco M.]

95 *Initial Theoretical Urban Systems Toolkit* [Decker E. F., (2014), *A City for Mark. An inclusive urban design approach to planning for adults with autism.*]

96 Decker E. F., 2014.

97 Saitelbach J., (2016), *Therapeutic streetscapes: a new Bell Street designed to accommodate those on the autism spectrum.*

## Conclusioni: addomesticare lo spazio

I pocket parks, così le aree designate per le soste e il movimento progettati dai sopra citati architetti e urbanisti possono essere considerati come spazi di soglia temporali, dove si può trovare riparo o opportunità di socializzazione. Si tratta di *microspazi* pubblici dall'elevata qualità sensoriale, ideali per riposare e trovare conforto. In questi luoghi, una persona con autismo, o difficoltà sensoriali di altra natura, può prendersi una pausa dall'iperstimolazione e dal sovraccarico percettivo, riuscendo a fuggire da una situazione potenzialmente critica e ristabilire così l'equilibrio dei propri sensi.

I vari autori di strumenti e teorie in supporto al miglioramento dell'accessibilità urbana, condividono, dunque, l'idea che le città possano essere trasformate in modo inclusivo considerando comportamenti urbani atipici e guidando processi di innovazione sociale. Ciò, oltre ad offrire l'opportunità di adattamento urbano alle svariate esigenze, permette di relazionarsi con le proprie differenze e di promuovere l'autonomia delle persone nelle diverse sensibilità, portando ad un miglioramento generale della qualità della vita nelle nostre città.

Le ricerche scientifiche nel campo delle scienze cognitive legate all'architettura hanno dimostrato che gli edifici e le nostre città hanno un'influenza sul nostro benessere e che le cellule specializzate nella regione dell'ippocampo del nostro cervello sono in grado di rispondere alla geometria e all'organizzazione degli spazi in cui viviamo<sup>98</sup>. Molti studi sono stati applicati per il design di spazi chiusi, o spazi aperti delimitati, quali le scuole, gli ambienti educativi, i centri di cura, le residenze assistite e i giardini terapeutici, dedicati ad accogliere le persone nelle diverse esperienze sensoriali che vivono dello stesso ambiente. Si tratta dunque strumenti utilizzati in una serie di luoghi pubblici che, seppur attraversati quotidianamente da una varietà di persone che esprimono bisogni differenti, mirano a soddisfare la collettività, considerata nei suoi aspetti eterogenei.

Potremmo definire quest'insieme di pratiche utili a costruire una relazione di identificazione e appartenenza tra l'uomo e l'ambiente, come una sorta di "addomesticazione"<sup>99</sup> dello spazio pubblico basato sulle azioni quotidiane di ciascuno, al fine di dare un nuovo significato allo spazio, trasformandolo in un luogo familiare<sup>100</sup>.

Il senso di identificazione e appartenenza è dunque assunto come il raggiungimento di uno stato che non può basarsi soltanto sulla capacità dei cittadini di interpretare e modificare creativamente lo spazio urbano, ma dipende da come questo spazio viene pensato e progettato per includere ed accoglierne gli abitanti.<sup>101</sup>

La pianificazione urbana comincia, tra gli anni '50 e '60, ad orientarsi verso l'idea di dare forma ad ambienti flessibili in cui il soggetto possa personalizzare lo spazio, sia individualmente

---

98Roddy M. Grieves, Jeffery K.J., (2017), *The representation of space in the brain*, in Behavioural Processes, Volume 135, pp.113-131.

99Mandich G. (a cura di), (2010), *Culture quotidiane. Addomesticare lo spazio e il tempo*, Carocci editore.

100Jackson P., (1988), *Domesticating the Street: The Contested Spaces of the High Street and the Mall*, in Nicholas R. (a cura di), *Images of the Street: Planning, Identity and Control in Public Space*, Routledge, London-New York, pp. 176-191.

101Norberg-Schulz C., (1984), *L'abitare: L'insediamento, lo spazio urbano, la casa*, Milano, Electa.

che in gruppo, spostando l'attenzione sulla reale consistenza pubblica dello "spazio personale"<sup>102</sup>; nel medesimo periodo in cui gli architetti cominciano a coniugare le esigenze sociali e psicologiche delle persone con lo spazio fisico, creando architetture in grado di riflettere i diversi modelli sociali e culturali in atto<sup>103</sup>. Lo *spazio personale* a cui si fa riferimento, è inteso difatti nella definizione che lo psicologo Robert Sommer descrive<sup>104</sup> a seguito delle indagini condotte con lo psichiatra Humphry Osmond e all'architetto Kiyo Izumi su ciò che circonda il corpo umano, e sullo spazio che le persone sono in grado di controllare e di riconoscere come proprio. Indagini il cui esito identifica nel controllo dello spazio personale il prerequisito di base per instaurare dinamiche di gruppo interattive<sup>105</sup>.

Nel 1966, l'antropologo Edward T. Hall teorizza i concetti appena descritti nell'esaminare il significato che assume la distanza tra le persone nei comportamenti sociali nello spazio:

«La si potrebbe pensare come una piccola sfera protettiva o una bolla trasparente che un organismo mantiene fra sé e gli altri. [...] Il senso cinestesico di prossimità deriva in parte dalla presenza della possibilità di entrare in vario rapporto con l'altro mediante le estremità. A questa distanza, si può trattenere o afferrare l'altro. [...] [Essa] si estende da una soglia appena oltre l'intervallo che consente di toccare facilmente l'altro, a un limite in cui due persone possono toccarsi le dita allungando ciascuno il braccio. Questo è il confine del "dominio fisico" inteso nel suo senso più proprio»<sup>106</sup>.

Lo spazio personale è dunque parte intrinseca dello spazio sociale, poiché influenzato sia dallo scambio con gli altri che dalla forma dello spazio stesso. Nonostante ciò, esso acquisisce comunque un proprio significato, trasmettendo la propria identità, la propria percezione di sé e il senso della propria posizione sociale<sup>107</sup>.

Ciò che sembrano evidenziare dunque le varie teorie è che il processo progettuale abbia spostato gradualmente l'interesse dalla struttura dello spazio alla sua funzione, all'utilizzo che se ne può fare e alle molte opportunità di appropriazione personale e "addomesticazione" che la costruzione architettonica offre, sviluppando forme alternative di coinvolgimento e inclusione.

---

102Leveratto J., (2017), *Addomesticare la città. Forme emergenti di inclusività urbana*, in "Forme dell'inclusività, pratiche spazi progettati" ii inclusive interiors 04, a cura di Longo A., Rabbiosi C., Salvadeo P., Santarcangelo, Maggioli Editore, pp.69-84.

103Smithson, A. e P., (1957), *Urban Structuring*, Studio Vista, London.;

Van Eyck A., (1962), *Dutch Forum on Children's Home*, in *Architectural Design*, n. 32, p. 602.

104Sommer R., (1969), *Personal Space: The Behavioral Basis of Design: Behavioural Basis of Design*; Sommer R., (1959), *Studies in Personal Space*, in "Sociometry", n. 22, pp. 247-50.

105Ricordiamo la differenza tra setting fisico-spaziale tra spazio sociofugo - che inibisce l'interazione sociale- e sociopeto - che agevola gli scambi relazioni. [Osmond H., (1957), *Function as the Basis of Psychiatric Ward*, in "Mental Hospitals", n. 8, pp. 23-29.]

106Hall E. T., (1966), *The Hidden Dimension*, Doubleday, New York. Trad. it. *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milano, 1968, pp 150-151.

107Madanipour A., (2003), *Public and Private Spaces of the City*, Routledge, London, pp25-35.

## 4. Questione di empatia.

### Il Sé e l'Altro

Sulla base delle teorie esplicitate possiamo dunque affermare che la percezione sensoriale e spaziale di un individuo non è circoscritta al singolo individuo, ma viene incorporata nelle relazioni sociali<sup>108</sup>, passando da una dimensione soggettiva ad una intersoggettiva.

Il tema dell'*intersoggettività* viene inserito nelle "Teorie della mente" (ToM)<sup>109</sup> dagli psicologi americani Premack e Woodruff<sup>110</sup> dopo l'osservazione della capacità dei primati di comprendere gli stati mentali altrui. Un'abilità evolutasi negli esseri umani in risposta all'ambiente sociale, per la quale ciascun individuo possiede una propria *teoria* più o meno sviluppata in base a determinate risorse e capacità relazionali.

Tuttavia, negli ultimi anni si sta assistendo alla nascita di una lettura *fenomenologica* dell'esperienza intersoggettiva, che considera le ipotesi della Teoria della Mente con una visione troppo limitata della percezione dell'*Altro*. La fenomenologia sostiene che sia proprio attraverso le relazioni con l'altro che si sviluppi una comprensione reciproca e una consapevolezza della propria identità. In tal senso, la reciproca comprensione tra due soggetti è resa possibile da una percezione diretta dell'alterità, basata su un senso di Sé essenzialmente corporeo, definito come "corpo vivo" e inevitabilmente immerso nel mondo<sup>111</sup>. L'esperienza percettiva non è altro che il nostro fare fronte all'ambiente in quanto dotati di un corpo<sup>112</sup>, implicando una molteplicità di fattori sensoriali.

L'attivazione dei circuiti sensori-motori ed emotivi nel rapporto con l'ambiente esterno porta inevitabilmente all'instaurarsi di un processo empatico, dove il termine "empatia"

---

108Schutz A., (1932), *The Phenomenology of the Social World*

[<https://www.stateofmind.it/2017/03/teoria-della-mente-2/>. Consultazione dicembre 2022];

Schütz A., (1945), On Multiple Realities, in "Philosophy and Phenomenological Research", n. 5, pp. 533-576.

109Il termine deriva da Theory of Mind che consiste nella capacità cognitiva di riuscire a rappresentare gli stati mentali propri e altrui. [<https://www.stateofmind.it/2017/03/teoria-della-mente-2/>]

110Discusso per la prima volta nel 1978 dopo uno studio effettuato sui primati. [Premack, D. & G. Woodruff, (1978), *Does the chimpanzee have a theory of mind?* in *Behavioral and Brain Sciences*, 4, p. 515]

111Il Corpo vivo rappresenta il soggetto della psicopatologia fenomenologica.

112Gallagher S., Zahavi D., (2008), *The Phenomenological Mind*, Routledge. Trad. ita. (a cura di) Pedrini P., (2009), *La mente fenomenologica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, p. 154.

(*Einfühlung*)<sup>113</sup> coniato da Robert Vischer<sup>114</sup>, descrive il modo in cui il sistema nervoso si adopera “per sentirsi dentro”, per entrare in contatto con il mondo<sup>115</sup>.

Le teorie sul concetto di empatia riportano dunque al tema dell’architettura poiché quando percepiamo, simuliamo a livello neurologico l’ambiente che ci circonda coinvolgendo il corpo fisico, che risponde alle condizioni spaziali di cui facciamo esperienza<sup>116</sup>.

Il sociologo Damian Milton, nei suoi studi in riferimento allo spettro autistico, muove una critica verso la ToM la quale sostiene che le persone con autismo vivano con una sorta di “cecità mentale” che li separa “dagli altri”, poiché incapaci di intuire le emozioni altrui<sup>117</sup>. Milton ritiene, invece, che la mancanza di comprensione tra persone con sensibilità diverse sia un problema di incomprensione reciproca «Il problema della doppia empatia»<sup>118</sup> che, nonostante l’accezione di reciprocità, consente ad alcuni di ritenersi *normali*, mentre altri vengono categorizzati *a-normali* sulla base di un deficit sociale<sup>119</sup>. Tuttavia, non bisogna dimenticare che la mancanza di empatia e le differenze di percezione possono risultare in una duplice direzione. Talvolta è la persona “neurotipica” a non essere in grado di comprendere a fondo la mente di una persona “atipica”, la quale, grazie all’adattamento imposto dalla cultura “normale”, ha sviluppato una maggiore consapevolezza della società e dei suoi costumi<sup>120</sup>.

La problematica che emerge quando un individuo viene definito come “anormale” è particolarmente accentuata se viene inteso come diverso da sé, e quindi *patologico*, portando spesso a una stigmatizzazione e all’esclusione sociale<sup>121</sup>.

Così come *sano* e *malato*, anche *normale* e *patologico* assumono una nuova connotazione sociale guidata da stereotipi e pregiudizi, che rimangono indiscussi finché non avviene una reale interazione tra il Sé e l’Altro. È proprio attraverso questo atto di superare i confini tra le diversità che si aprono “zone liminali, o spazi di ambiguità e discontinuità”<sup>122</sup> dove è possibile sfidare la paura di ciò che è sconosciuto, permettendo la formazione e trasformazione delle identità.

### Il normale e il patologico

---

113 Dal termine tedesco, significato “Empatia”, descritto nella Teoria estetica elaborata dal filosofo tedesco R. Vischer (1873).

114 Vischer R., Vischer F.Th., (1872), *Simbolo e forma*, Trad. it. (2003), Aragno, Torino, Sul sentimento ottico della forma, pp. 35-106.

115 Argomenti riportati nella pubblicazione dell’autrice Di Prisco M., (2021), *Gli interni soglia come esperienza dell’alterità*, in Leveratto J., Saitto V., Sansoni V., (a cura di), Interni. Nuove geografie della ricerca, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

116 Mallgrave H.F., (2013), *L’empatia degli spazi, Architettura e Neuroscienze*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pp.174-188.

117 Duffy J., Dorner R., (2011), *The Pathos of “Mindblindness” Autism*, Science, and Sadness in “Theory of Mind” Narratives. Journal of Literary & Cultural Disability Studies, p. 202.

118 Milton, D., (2012), *On the ontological status of autism: the “double empathy problem”*, in Disability & Society, vol. 27, n. 6, pp. 884.

119 Belek, B., (2019), *Autism*, in The Cambridge Encyclopedia of Anthropology. [https://www.anthroencyclopedia.com/entry/autism. Consultazione gennaio 2021]

120 Milton, 2012.

121 Tajfel, H. and Turner, J., (1979), *An integrative theory of intergroup conflict*, in D. Langbridge, S. Taylor (a cura di), Critical Readings in Social Psychology, Milton Keynes: Open University, pp. 33-47.

122 Sibley, D., (1995), *Geographies of Exclusion*, Routledge, London.

Secondo l'opera<sup>123</sup> del filosofo Canguilhem, lo stato patologico si manifesta quando un individuo si sente incapace di adattarsi all'ambiente, alle norme culturali e storiche, percependo il proprio stato come una patologia piuttosto che come una possibilità di interagire con la realtà attraverso schemi alternativi<sup>124</sup>. Di conseguenza le condizioni ambientali e di vita possono influenzare ciò che viene considerato normale<sup>125</sup>, dove normale deriva dalla parola latina "norma" e significa squadra e "normalis" significa perpendicolare. Questa origine mostra che "norma" e "normale" indicano il "rettificare, mettere in piedi, raddrizzare", termini applicati ad una vasta gamma di campi<sup>126</sup>.

La psichiatria del XX secolo ha concentrato l'attenzione su come la salute mentale e la normalità siano influenzate dal processo di evoluzione della persona, in particolare sugli eventi psicologici interni e sugli effetti nello sviluppo del bambino sulla personalità adulta. Nel 1943, l'anno in cui veniva pubblicata l'opera di Canguilhem, lo psichiatra Leo Kanner conduce uno studio su 11 bambini presso il Johns Hopkins Hospital, descrivendo un quadro clinico caratterizzato da una mancanza di contatto emotivo con la realtà, l'isolamento, comportamenti atipici, difficoltà nell'utilizzo del linguaggio e nella comunicazione. Tale disturbo psichico, noto attualmente come autismo, era stato introdotto nella letteratura medica nel 1908 dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler come sintomo comportamentale della schizofrenia. Le cause dell'autismo sono state ipotizzate essere di natura familiare, tra cui la carenza affettiva riconducibile ad un "rapporto inadeguato" con la madre, o ambientale, come difficoltà nell'inserirsi in un contesto sociale<sup>127</sup>. Negli anni Ottanta si è assistito ad un cambio di paradigma: siccome la comprensione della schizofrenia come una condizione che interessa l'intero arco della vita di un paziente è ormai ben radicata, vengono sostituiti i vecchi concetti di "psicosi infantile" per descrivere la condizione dell'autismo, confermandone una natura di tipo biologico, che non deriva da fattori psichici. Le politiche di deistituzionalizzazione creano una matrice per la classificazione delle persone con disabilità dello sviluppo, portando alla formazione di uno spettro più ampio di autismo. Nuove categorie, come *bambini atipici*, sono emerse con l'introduzione dei programmi di intervento precoce, del trattamento in comunità e educazione speciale<sup>128</sup>. Uno studio di archivio sulla documentazione clinica dei pazienti dell'ex manicomio di San Servolo di Venezia<sup>129</sup> atto a rilevare i limiti nella diagnosi Istituzionale secondo la nosografia

---

123In riferimento al testo "Il normale e il patologico" di G. Canguilhem, opera pubblicata la prima volta nel 1943 e la seconda, con aggiunte, nel 1966. [Canguilhem G., (1996), *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino].

124 Ibidem

125 Ibidem

126 Ibidem

127Che nel primo caso vede come soggetto le famiglie altolocate, dove presuppone carenze affettive date dal rapporto freddo con la madre, le cosiddette *madri frigorifero*, descritte nel libro "Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self" di Bettelheim del 1967. Nel secondo caso le difficoltà di adattamento ambientale riconducono al caso del "bambino selvaggio" Victor dell'Aveyron, Pietro Barbetta, *Critical Autism Studies*. L'autismo oltre lo sguardo medico, 2020

[<https://www.doppiozero.com/1autismo-oltre-lo-sguardo-medico/>]

128Eyal, G., Hart, B., Oncular, E., Oren, N. e Rossi, N., (2010), *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic*, Cambridge, Polity.

129Si fa riferimento al testo Russo C., Capararo M., Valtellina E. (a cura di), (2013), *A sé e agli altri. Storia della manicomializzazione dell'autismo e delle altre disabilità relazionali nelle cartelle cliniche di S. Servolo*, Mimesis Frontiere della Psiche, Milano, p.138.

psichiatrica della fine dell'Ottocento, ha dimostrato che alcuni pazienti presentavano problemi relazionali che, attualmente, potrebbero essere associati allo spettro autistico.

### L'autismo: da “patologia” a caratteristica della persona

Nel 1979, la psichiatra Lorna Wing<sup>130</sup> guida un gruppo di ricerca che introduce la definizione di “condizione dello spettro autistico” per riferirsi ad una gamma di atipicità cognitive e comportamentali. A partire da questo momento, l'autismo non viene più considerato come una malattia ma come un insieme di condizioni individuali, che porta la comunità delle persone autistiche a introdurre il termine *neurodiversità*<sup>131</sup>, per sottolineare l'importanza dell'accettazione dell'autismo come una caratteristica della persona stessa.

Ciò ha permesso di aumentare l'attenzione sulla qualità di vita di questi soggetti e delle loro famiglie<sup>132</sup>.

Tuttavia, la valutazione dell'efficacia di tali condizioni resta complessa da misurare<sup>133</sup>. Molte delle pubblicazioni sull'autismo si concentrano sulla fornitura di assistenza o sulla riduzione dei presunti deficit delle persone, adottando una logica di programmazione di “riparazione”<sup>134</sup> della persona. In Italia, la maggiore età comporta la perdita di servizi di assistenza e supporto, come se il disturbo cessasse dopo i 18 anni. La maggior parte della ricerca e delle sperimentazioni sull'autismo e la progettazione sono condotte in età infantile, ma è necessario esplorare le soluzioni applicabili anche in età adulta.

La progettazione architettonica per l'autismo inizia spesso focalizzandosi sui deficit, ignorando le questioni etiche e morali inerenti alla comprensione e all'accettazione della disabilità nella società.

Per creare un ambiente inclusivo che tenga conto delle diverse percezioni sensoriali e della vasta gamma di atipicità cognitive, l'architettura deve quindi affrontare una grande sfida. Di conseguenza, diventa imperativo sviluppare metodi di progettazione alternativi che vadano

---

130 Wing, L., Gould, J., (1979), *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities*, in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, n. 9, pp. 11-29.

131 Judy Singer, sociologa con tratti autistici, nel 1998 conia il termine “neurodiversità”, enfatizzando le qualità e le risorse delle persone neurodiverse, viste come variazioni normali della neurologia umana. Il paradigma della neurodiversità considera l'autismo come una diversità che non va curata, ma piuttosto come una specificità, una differenza nei modi di socializzare, comunicare e percepire che non è necessariamente svantaggiosa. [Jaarsma P., Welin S., (2012), *Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the neurodiversity movement*, in *Health Care Analysis*, 2012 Mar; 20(1). Pp.20-30].

132La legge 112/2016, conosciuta come “Disposizioni in materia di **assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare** *Dopo di Noi*”, mira a fornire assistenza a persone con disabilità gravi che non hanno sostegno familiare. Prevede l'autonomia e l'indipendenza delle persone con disabilità, consentendo loro di vivere in contesti simili alla casa familiare o di uscire da istituti di assistenza. [<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Dopo-di-noi/Pagine/default.aspx>]

133Saldaña D., Álvarez R., Lobatón A. S., Lopez M., Miguel Rojano M., (2009), *Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain*, in *Autism*, 13:300-16.

134Frauenberger C., Spiel K., Makhaeva J., (2019), *Thinking Outside the Box. Designing Smart Things with Autistic Children*, in *International Journal of Human-Computer Interaction*, vol. 35, n. 8, pp. 666-678.

al di là dei criteri di inclusione e che possano costituire uno spazio in cui possa avvenire una “doppia empatia” tra neurotipici e neurodiversi. Riconcettualizzare la progettazione in termini sociali, piuttosto che esclusivamente medici, può favorire il cambiamento dall’inclusione alla reciprocità.

### Il progetto di ricerca SENSHOME

Migliorare l’autonomia delle persone adulte con autismo è l’obiettivo che si pone il progetto di ricerca “La casa Sensibile SENSHOME: Sensori per Ambienti Speciali. La casa il più possibile normale e speciale quanto necessario”, finanziato dal programma Europeo Interreg V-A Italia-Austria 2014-2020, condotto dall’Università degli Studi di Trieste<sup>135</sup>, dalla Libera Università di Bolzano e dall’Università di Scienze Applicate della Carinzia e l’azienda Eureka System S.r.l.

Il Progetto è consistito nella sperimentazione e progettazione di architetture di interni, basato su un approccio *Human Centered Design*, che, integrate a sensori acustici, igrometrici e termici, siano in grado di migliorare la sicurezza e l’autonomia, preservando la privacy, nella vita delle persone adulte con autismo.

Si tratta di un partenariato composto da ricercatori provenienti da vari ambiti e discipline che hanno collaborato per lo sviluppo di un progetto d’arredo (realizzato e allestito a Bolzano) frutto di un’indagine meticolosa e anch’essa multidisciplinare nella relazione tra l’architettura e l’autismo.

Durante il percorso di ricerca sono stati inoltre svolti dei Meeting Internazionali<sup>136</sup> che hanno visto coinvolti esperti in ambiti architettonici e ingegneristici su una progettazione “sensibile” alle esigenze riguardanti lo spettro autistico.

Il libro<sup>137</sup> che ha seguito la realizzazione del progetto analizza come si possa passare dai bisogni ai desideri, dando al progetto uno strumento di emancipazione. Si propone una visione diversa, che veda la disabilità come un elemento generativo di creatività e come una soluzione architettonica ai bisogni.

---

135Di cui responsabile scientifico dell’Università di Trieste è la Prof.ssa G. Scavuzzo.

136“International Workshop on Indoor Comfort. Comfort perception of occupants with normal and special needs” [<https://senshome.projects.unibz.it/it/news-ita/>]

137Scavuzzo G., Limoncin P., Dordolin A., Bettarello F., (2023), *SENSHOME. Architettura e sensibilità atipiche / architecture and atypical sensitivities*, Siracusa, LetteraVentidue.

## Caso studio **Workshop di progettazione In my room con il Progetto SensHome, Fondazione ProgettoAutismo FVG, Udine**

**D**urante il percorso di studi l'autrice Di Prisco M. ha avuto l'opportunità di prendere parte al progetto di ricerca SensHome, con il quale ha potuto sperimentare il concetto di *doppia empatia* applicato all'architettura.

Il contributo alla Ricerca<sup>138</sup> - che ricordiamo, si occupa nello specifico della progettazione di ambienti residenziali per adulti nello spettro autistico - è consistito in una prima fase nell'individuazione di alcuni progetti pilota, nella raccolta e comparazione delle linee guida internazionali elaborate per l'architettura *Autism-Friendly* e, successivamente, nella partecipazione allo svolgimento di un Workshop di progettazione in collaborazione con la Fondazione ProgettoAutismo Fvg, tra i partner associati del progetto SensHome.

La collaborazione in alcune delle attività di ricerca nel progetto SensHome ha permesso all'autrice di apportare un contributo fondamentale all'interno del percorso di studi, implementando l'approfondimento sulle teorie e le pratiche applicate all'architettura riguardanti lo spettro autistico. Inoltre, l'osservazione dei metodi di ricerca del Progetto, che coniugano saperi e discipline diverse, ha indirizzato la seguente ricerca in più campi di interesse, inducendo una maggiore consapevolezza riguardo a come l'architettura affronti in maniera etica la questione della salute mentale.

### Fondazione ProgettoAutismo Fvg, Home Special Home

La Fondazione ProgettoAutismo FVG Onlus<sup>139</sup> gestisce un centro che si espande su un terreno di 5.000 mq e dispone di servizi diurni, semiresidenziali e residenziali per giovani ragazzi con autismo. Il centro offre diagnosi, terapia, formazione del personale e supporto ai familiari. Recentemente, sono stati realizzati tre appartamenti, uno dei quali in collaborazione con l'azienda sanitaria locale, dove vengono svolte attività di abilitazione alla vita indipendente. Il progetto previsto a lungo termine è la costruzione di un co-housing per genitori e figli autistici adulti.

ProgettoAutismo attualmente accoglie e permette alle persone con autismo di svolgere attività strutturate (musicali, artistiche e sportive) all'interno del vasto edificio, un ex capannone industriale, ristrutturato ed inaugurato nel 2016. Al primo livello del fabbricato, di 900 mq, gli spazi sono stati adeguati alla realizzazione del centro diurno, che comprende sale polifunzionali,

---

<sup>138</sup>Formalizzato attraverso un contratto di collaborazione a titolo gratuito, dal 11/03/2020 al 10/07/2020 per lo svolgimento di attività di ricerca nell'ambito del progetto SensHome; e dal 30/04/2021 al 29/06/2021 per l'organizzazione, lo svolgimento e l'elaborazione dei materiali finali, del workshop di progettazione *In my room*, che si è tenuto presso la sede della fondazione ProgettoAutismo FVG di Feletto Umberto (Udine), Associated Partner del progetto.

<sup>139</sup>Nata nel 2006, acquista il fabbricato e trasforma il centro in un importante servizio attivo sul territorio per giovani ragazzi con autismo, impiegando risorse private e pubbliche di ambito socio-assistenziale. Il centro si distribuisce su tre livelli e si erge su un lotto di 5.000 mq.

atelier d'arte, una stanza relax, sale d'attesa e di accoglienza, stanze per educatori e volontari. Vi è inoltre una grande palestra divisa in tre zone (bambini, adulti e per famiglie), oltre ad una palestra esterna per attività sportive all'aperto. Al primo piano sono presenti gli uffici e gli ambulatori per i trattamenti terapeutici, la mensa, una biblioteca ed una stanza multisensoriale. Nel 2018 sono stati costruiti, 3 gruppi di appartamenti che offrono 11 camere singole ciascuna con bagno privato, per persone adulte con autismo e 3 camere per gli operatori. Gli appartamenti, del progetto HomeSpecialHome sono realtà autonome, disponendo ciascuno di una cucina, sala da pranzo e salotto, e magazzini, oltre ad una lavanderia-stireria comune. In aggiunta ai tre appartamenti, sono stati realizzati un monolocale per visitatori e tirocinanti, un alloggio per il custode e un alloggio di emergenza (fig.1).



**Figura 1**  
Render di progetto di un prototipo di appartamento realizzato per HomeSpecialHome. [<https://www.progettoautismo.fvg.org/home-special-home/>]

Il Centro, oltre ad essere una delle realtà più sviluppate - se non l'unica - nella regione del Friuli Venezia Giulia, rappresenta a tutti gli effetti un progetto ben riuscito, che ha saputo dare ascolto alle esigenze per migliorare la qualità della vita di numerosissime persone e familiari coinvolti nella sfera dell'autismo. La realizzazione della struttura è stata il frutto di una collaborazione comunitaria intenta a consentire al maggior numero di famiglie e persone con autismo e con specifiche necessità di frequentare l'istituto come occasione di socializzazione, aggregazione, abilitazione, supporto e promozione dell'autonomia.

In uno di questi spazi del piano terra della struttura si è svolto, nel 2021, il laboratorio di progettazione *In my Room*, organizzato dal progetto SensHome.

### Il Workshop In My Room

Il Workshop ha offerto un'esperienza di formazione, tra le tante attività proposte dalla Fondazione, coinvolgendo alcune persone con diagnosi di autismo ad alto funzionamento<sup>140</sup> e con sindrome di Asperger che frequentano abitualmente il centro ProgettoAutismo. L'obiettivo è stato proporre ai partecipanti la progettazione di una casa o una stanza che avrebbero immaginato come luogo ideale in cui trascorrere del tempo in autonomia, conducendoli al contempo ad una riflessione su esigenze e desideri per una vita autonoma. Il Laboratorio, condotto da quattro ricercatrici<sup>141</sup> con l'appoggio di una psicologa, è stato suddiviso in 6 incontri con cadenza settimanale, insieme alla partecipazione di 5 giovani adulti di età compresa tra i 20 e i 25 anni, residenti con la propria famiglia, salvo un partecipante che convive con il fratello.

Il primo incontro è stato dedicato all'aspetto conoscitivo, in cui le ricercatrici hanno introdotto ai partecipanti il significato del fare architettura attraverso laboratori brevi e intensivi, come avviene nei corsi universitari, dove lo studente si rapporta con la realizzazione di elaborati atti a

140Con *High Functioning Autism Spectrum Disorder* (HFASD) si intende una diagnosi di ASD con il livello di gravità più basso, o di tipo 1. [Narzisi A., (2017), *Disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento*, in Quaderni Associazione Culturale Pediatri, 4]

141 Il Laboratorio, svolto all'interno della struttura della Fondazione, è stato condotto da quattro ricercatrici tra cui, oltre alla sottoscritta dottoranda M. Di Prisco, due assegniste di ricerca P. Limoncin e A. Dordolin e la Docente e responsabile scientifica UniTS del progetto SENSHome, G. Scavuzzo. Congiuntamente alla partecipazione di una Psicologa dello staff della Fondazione. Il centro si occupa principalmente di accogliere, con attività formative, persone con disabilità cognitive dall'età infantile a quella adulta, oltre a fornire supporto e informazione alle famiglie.

rendere forma e dimensione di un'idea architettonica che risponda al meglio alla richiesta del "committente". È stato richiesto dalla fondazione di specificare che il workshop non sarebbe stato oggetto di valutazione né avrebbe comportato il passaggio ad una costruzione reale, ma ad una soluzione riprodotta in scala, e che l'intero laboratorio sarebbe stato un'opportunità stimolante per approcciare al tema dell'architettura. La maggior parte dei partecipanti ha manifestato interesse nella collaborazione, affermando di nutrire personalmente una passione verso l'arte e l'Interior design.

Nei successivi incontri ogni ricercatrice ha lavorato individualmente con ciascuno dei partecipanti, ideando un prototipo di casa, o meglio di stanza, basato sul soddisfare le esigenze e sui gusti personali. La decisione di concentrarsi su una stanza più che su una casa di dimensioni minime, è stata indotta anche dal poco tempo a disposizione per la produzione degli elaborati. Sono stati scelti materiali, colori, tessuti, arredi, aperture e finiture per realizzare una tavola materica, una tavola con la pianta del progetto ed infine un modello in scala 1:20. L'incontro conclusivo è consistito nell'esposizione dei lavori finali in cui sono stati invitati a presenziare operatori del centro, genitori e familiari dei partecipanti che, con molta sorpresa, hanno trovato i progetti di un livello più professionale di quanto si aspettassero.

Sin dal principio il team organizzatore ha espresso la volontà di non voler interferire con le decisioni dei partecipanti nella disposizione degli arredi o nella scelta cromatica e materica, ma di limitarsi a suggerire soluzioni o alternative basate sulle richieste dei partecipanti, oltre a fornire un'assistenza tecnica per il compimento delle tavole e modelli in scala e nell'utilizzo di strumenti per il taglio e assemblaggio. L'unico "vincolo" progettuale imposto è stato il dimensionamento della camera che il partecipante ha potuto selezionare su 5 modelli messi a disposizione.

Per facilitare, inoltre, la riuscita degli elaborati nel poco tempo a disposizione sono state fornite delle sagome bidimensionali, riprodotte in scala 1:20, di persone e ingombri utili alla comprensione del rapporto e dimensionamento tra gli spazi. Queste sagome sono state poi utilizzate da alcuni partecipanti come oggetti da disporre nel disegno della pianta di progetto, mentre altri hanno preferito lavorare tracciando le linee con il supporto della matita e la squadra, o in alcuni casi a mano libera.

### **Gli esiti e considerazioni sul Workshop**

Prima di procedere con l'illustrazione degli elaborati finali, è premura dell'autrice Di Prisco M. riportare brevemente delle considerazioni riguardo al laboratorio in relazione al percorso di ricerca. Il risultato finale è stato soddisfacente sotto numerosi aspetti: i partecipanti sono parsi entusiasti nel realizzare con le proprie mani degli elaborati frutto della loro immaginazione e creatività, approcciandosi probabilmente per la prima volta ad un'attività progettuale di questo tipo (sia per la tipologia di richiesta che per il lavoro manuale che ne è conseguito); gli elaborati risultano molto diversi l'uno dall'altro, per dimensione, scelta materica, gamma cromatica e nei dettagli d'arredo. Peraltro possiamo affermare che i risultati si discostino notevolmente dalle indicazioni generali suggerite per un'architettura *Autism-Friendly*, a conferma del fatto che non sia possibile affidarsi a concetti universali;

si ritrova invece una certa corrispondenza con le letture teoriche nell'esigenza di una distribuzione chiara, ordinata e talvolta simmetrica. Dal momento in cui l'autismo corrisponde ad uno

spettro che comprende una vasta gamma di condizioni differenti, risulta quindi centrale l'importanza di considerare l'unicità e l'individualità di ogni singola persona per poter interpretare il progetto. È emerso come i partecipanti abbiano dato ciascuno ascolto (chi con più o meno facilità) ai propri interessi e gusti personali, senza sentirsi vincolati o condizionati dal contesto domestico in cui già vivono.

D'altro canto per noi è stata un'esperienza e un'opportunità fondamentale poter partecipare alle varie fasi di realizzazione del modello "di stanza ideale" e seguire in maniera diretta ciascuno di loro nelle più svariate richieste, offrendo al contempo un'attività artistica e stimolante. Lo stupore da parte di familiari e operatori che ogni giorno coltivano momenti con i giovani partecipanti, è stato una dimostrazione di quanto poco vengano considerati degli aspetti che dovrebbero essere scontati nell'evoluzione all'età adulta di una persona. La collaborazione non è stata solo una forma di progettazione partecipata, ma anche un modo per attribuire alle persone direttamente coinvolte nel progetto il giusto e meritato ruolo nel processo decisionale della realizzazione (anche solo idealmente) di un luogo in cui voler abitare.

Il laboratorio, in questo contesto, assume la valenza di uno spazio di condivisione e di strumento che permette, sulla base delle esperienze spaziali quotidiane, di fornire suggerimenti progettuali e allo stesso tempo l'espressione soggettiva ed individuale di un abitare consono alle esigenze, dove viene valorizzata anche l'importanza dell'esperienza corporea. Si è dimostrato dunque fondamentale l'ascolto e l'immedesimazione, riprendendo il discorso empatico e di reciprocità, verso una progettazione che risponda il più possibile a determinate esigenze in un contesto residenziale. L'*empatia* in questo progetto va oltre l'approccio incentrato sull'utente, poiché è l'utente stesso che diventa attore attivo del processo progettuale: gli utenti sono al centro del processo di creazione e diventano gli esperti delle loro esperienze. Gli architetti, in questo caso le ricercatrici, svolgono un ruolo di accompagnamento, supportando e facilitando la creazione di idee con i partecipanti, invece che progettare per loro. Lo scambio empatico avviene nel momento in cui i partecipanti comunicano i loro desideri e i progettisti si adoperano per permettere loro di realizzarli con gli strumenti adatti.

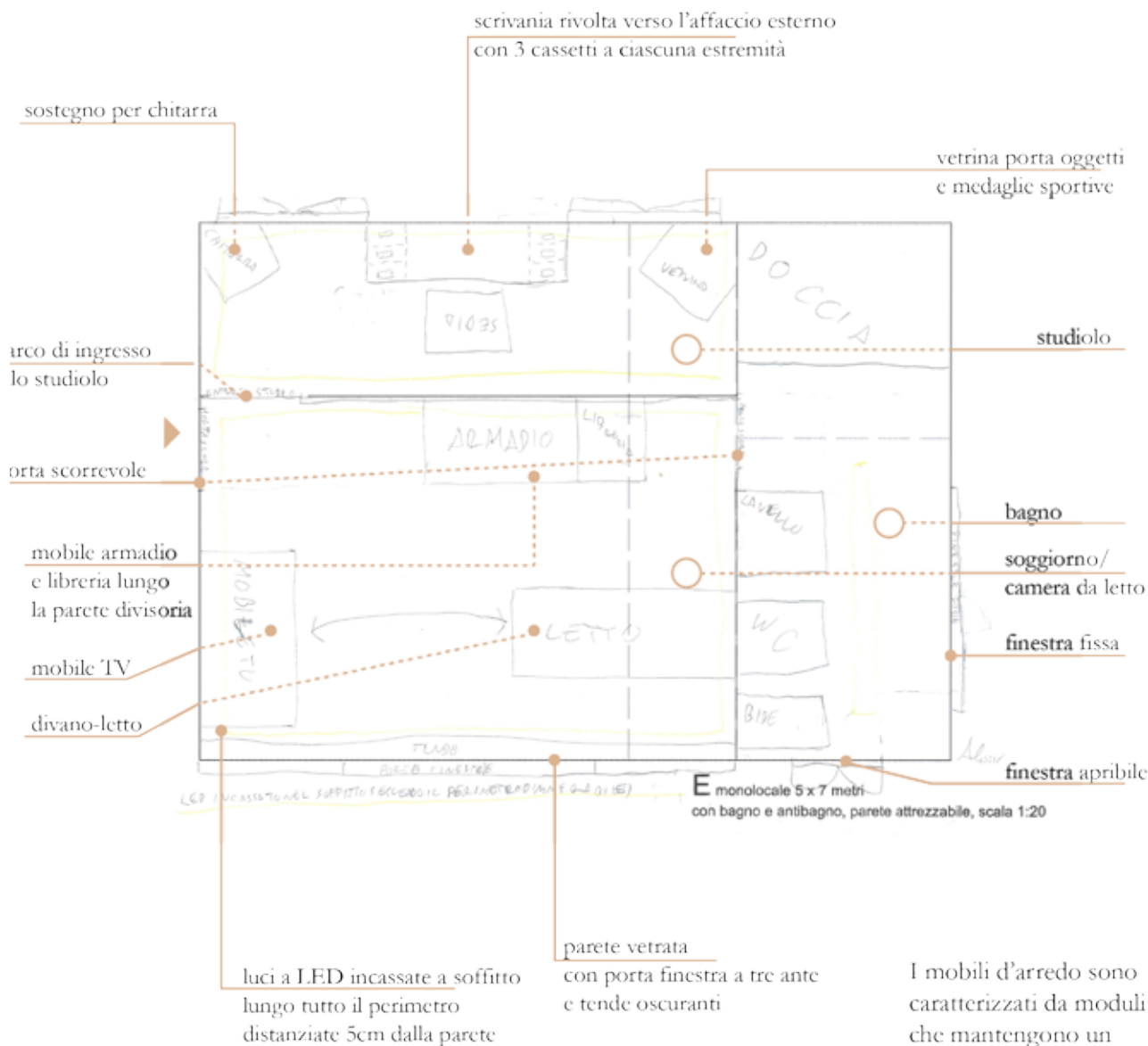
Rispetto al tema di ricerca che offre un'analisi più specifica di luoghi pubblici, l'ambito privato rappresenta un punto di partenza necessario per un architetto nel cogliere dettagli e sfumature in grado di soddisfare le esigenze di un singolo individuo, da poter allargare poi ad una dimensione comunitaria.

Sicuramente, in un luogo pubblico come può esserlo una struttura sanitaria, la difficoltà maggiore consiste nell'accogliere le diverse richieste, che accontentino utenti, operatori e caregiver al contempo. Il ruolo attivo dell'architetto nel seguire l'intero processo dalla progettazione alla realizzazione, alla verifica dell'effettiva funzionalità dei luoghi anche successivamente, può far sì che non vengano trascurati aspetti fondamentali per garantire una *sana* progettazione.

Di seguito vengono riportate alcune tavole e modelli prodotti nel Workshop In My Room (di cui è stata fatta una selezione per mere questioni grafiche) nelle quali compaiono appunti e descrizioni dell'autrice Di Prisco M.

Il disegno della pianta, in scala 1:20, è stato effettuato a mano libera e senza l'ausilio delle squadre e dello

Il modello planimetrico scelto è il più grande messo a disposizione  
5 x 7 metri



La scrivania disegnata in pianta riporta una proiezione dei cassetti per enfatizzare l'importanza del ritmo dei moduli

I mobili d'arredo sono caratterizzati da moduli che mantengono un ritmo preciso di multipli di 3.  
altezza cassetti 30 cm, 3 cassetti per lato della scrivania, 3 ante dell'armadio, moduli da 60 cm di profondità o altezza



luce a LED a soffitto



mobile a parete  
3 ante di cui una  
con vetrina



parete vetrata

colore pareti

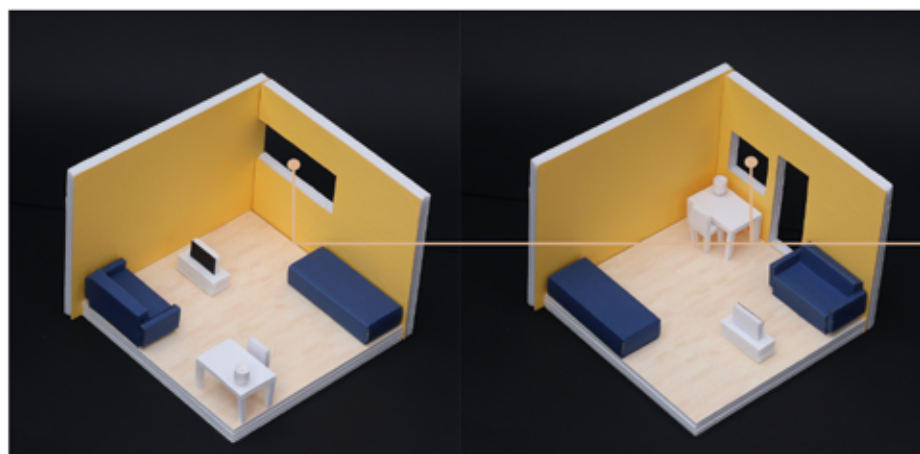
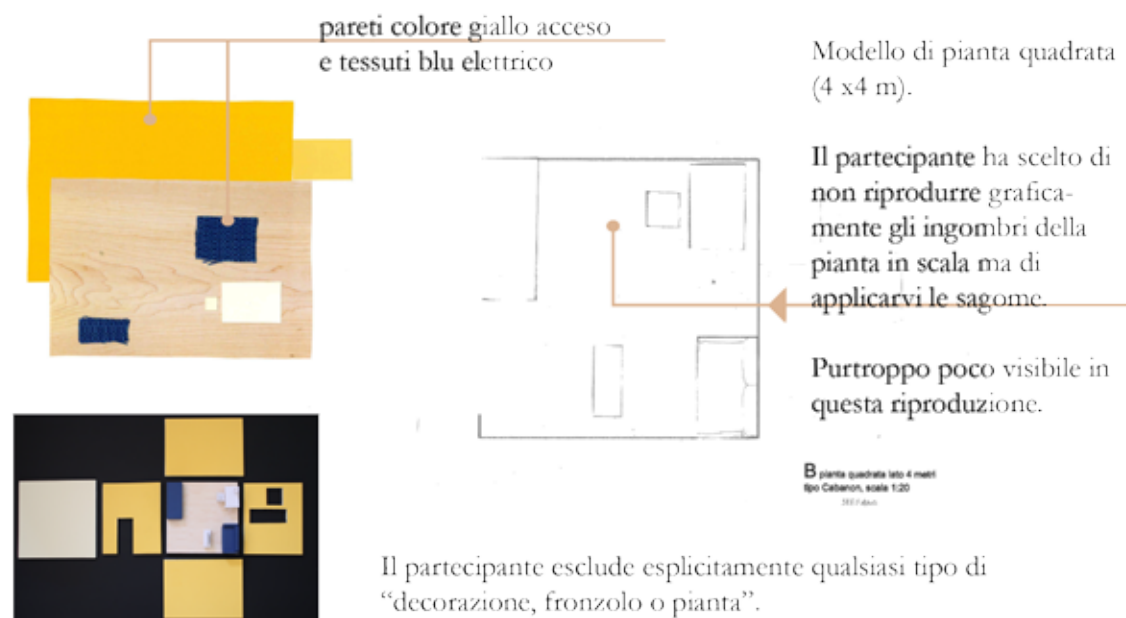
colore soffitti

piastrelle azzurre  
bagno

pavimento in legno di ciliegio

tende oscuranti celesti

Il partecipante ha le idee chiare sui colori e sulle scelte spaziali.  
Riporta qualche indecisione sulle scelte materiche, quali stoffe e tipologia di pavimentazione.  
Richiede espressamente un'illuminazione con luci LED incassate a soffitto a 5 cm di distanza dal perimetro



Sono state riportate due  
fotografie assonometriche  
del modello per illustrare  
la scelta del posizionamen-  
to delle aperture.

Le due finestre  
sono state progettate e  
disposte volutamente in  
corrispondenza della  
visuale offerta dalla  
postazione delle sedute,  
quali il divano e la sedia  
della scrivania, come se  
costituissero una  
cornice sul paesaggio  
esterno.

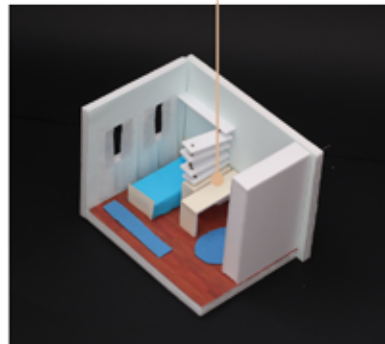
La tavola materica è stata inizialmente impostata su un cartoncino A4 di color azzurro orientato verticalmente, in seguito ampliato in un A3 per riuscire a contenere tutti gli elementi.



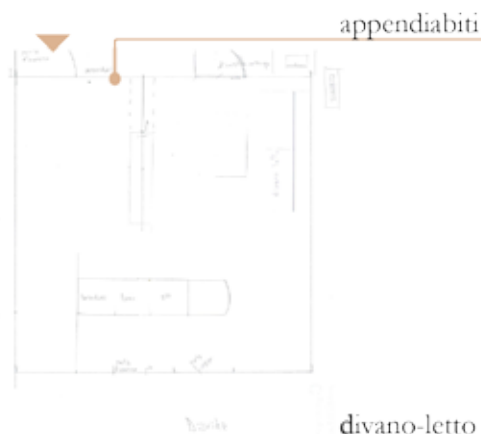
Nonostante il quantità di elementi d'arredo la partecipante ha scelto stanza con le dimensioni più piccole (3 x 4 m). Ciò ha portato a ricercare un'ottimizzazione degli spazi per non escludere alcun elemento.

La partecipante desidera creare una camera confortevole, piena di oggetti legati all'uso quotidiano, o a ricordi personali. Durante il laboratorio afferma di voler riportare la sua personalità in questa stanza, che emerge nella scelta accurata di ogni dettaglio che la compone.

libreria composta da una serie di mensole bianche con sostegni verticali in legno  
Utilizzata come elemento divisorio tra la scrivania e il letto



lampadario  
Per la riproduzione del lampadario in scala sul modello si è cercato un materiale che riproducesse il più fedelmente possibile il modello desiderato



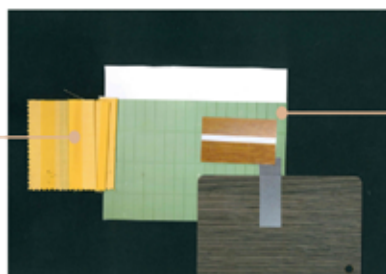
Il partecipante desidera un arredo minimalista che possa inserirsi in una planimetria flessibile e spaziosa, offrendo diverse possibilità di utilizzo e soddisfacendo così sia la zona giorno che la zona notte.



Mobile armadio con televisore ad incasso che funge da parete divisoria tra l'ingresso e la zona giorno. Posizionato su dei binari di scorrimento per permettere di lasciare le pareti libere



tessuti colore giallo  
tonalità accesa



pareti colore verde  
tonalità pastello

parete finestrata



Letto a castello  
elevato su una  
struttura a gradoni  
con armadio.

Televisore  
a forma di consolle  
per video-giochi.  
Oggetto d'arredo  
creato dal partecipante



**Divano in tessuto  
color giallo.**

Il partecipante prevede  
la possibilità di  
spostare il divano  
lungo il muro per poter  
oraticare attività  
ginniche



## PARTE II

### Cura e Narrazione della Salute Mentale

#### Capitolo 3. Dialogo tra architettura, terapia e società

##### 1. Gli spazi soglia come esperienza dell'alterità

Riprendendo i concetti espressi dal filosofo Edmund Husserl<sup>1</sup> sul discorso empatico possiamo dunque affermare che l'empatia è un tratto essenziale dell'esperienza dell'altro, che ci permette di apprezzare la sua presenza attraverso il fenomeno che il filosofo definisce “appresentazione”<sup>2</sup>:

«Guardando una casa dalla strada, percepiamo solo la parte anteriore della casa. Questo lato - lussureggiante o scarsamente arredato - ci permette di avere un'idea degli altri lati non visti della casa. Si formano automaticamente delle aspettative su tutta la casa (che possono essere vere o meno). Così, si verifica l'accoppiamento tra un lato appresentante e uno appresentato.»<sup>3</sup>

La rappresentazione dell'altro come analogo a me, si basa sulla trasformazione di caratteri del mio ego e del mio corpo nell'ego e nel corpo altrui. Di conseguenza, l'esperienza dell'altro non può essere totale, poiché non possiamo accedere alla sua sfera psichica. Tuttavia, possiamo fare un'*appresentazione* dell'altro, cioè una rappresentazione dell'assenza, che rimanda ad altre rappresentazioni, formando così un'unità di esperienza. Ciò che in sostanza Husserl definisce come “vita comunitaria” basata su una connessione sociale, dove ciascuno è influenzato dagli altri in quanto persona e, a sua volta, influenza le altre persone.

Di conseguenza, la relazione tra i soggetti genera un processo di trasformazione reciproca, in cui l'esperienza dell'altro è sempre una trasformazione di sé.<sup>4</sup>

1Edmund Husserl (1859 Prostějov, Cechia -1938 Briskovia, Germania). Filosofo e matematico, fondatore della moderna fenomenologia.

2Dal tedesco *Appräsentation*. [<https://mondodomani.org/dialegesthai/articoli/veniero-venier-02>].

3Husserl E., (2015), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, trad.It. Filippini E., il Saggiatore.

4 “L'altro si manifesta producendo una trasformazione del soggetto, e l'esperienza dell'altro è sempre una trasformazione di sé”. [Costa V., (2010), *Fenomenologia dell'intersoggettività*, Carocci, Roma, p.115]

L'altro, l'*alius*, l'alienato o estraniato. Un'idea di alterità che non può essere ricondotta alla sola nostra percezione o rappresentazione, ma che ci mette di fronte al nostro essere e abitare<sup>5</sup>, e che si manifesta come differenza, diversità, disuguaglianza. Un'alterità che pone costantemente in discussione la propria posizione nella collettività sociale, della propria parziale o completa assimilazione e integrazione, creando costantemente dinamiche di inclusione ed esclusione<sup>6</sup>. Un'alterità che costringe quindi ad ottenere una risposta, una reazione, seppur manifestata con diverse modalità, poiché ci mette di fronte all'idea che nessun soggetto umano possa considerarsi isolato, essendo tutti in relazione gli uni con gli altri.

L'alterità dunque diviene in questi termini la principale caratteristica della soglia, del limite e del confine, poiché ogni divisione implica una duplice visione, un'osservazione della diversità presente in ogni alterità. Tale visione emerge ogni volta in cui un limite o un confine viene tracciato:

«Disegnare un confine diventa allora il modo per ottenere qualcosa dagli altri: uno spazio proprio dove stabilire le proprie regole, un'autonomia visibile anche dall'esterno, il riconoscimento di una diversità. Fin dalla sua prima apparizione, il confine mostra quello che sembra essere il suo carattere fondamentale: segnalare il luogo di una differenza, reale o presunta che sia»<sup>7</sup>



Figura 1

Residenza per anziani De Drie Hoven, Amsterdam (1964-1974) Hermann Hertzberger. L'edificio è realizzato per ospitare persone con disabilità fisiche e psichiche, ed è composto da 55 alloggi per coppie, unità abitative per 190 persone e una casa di cura con 250 posti letto. Gli spazi modulari sono assemblati creando un susseguirsi di soglie. [https://www.ahh.nl/index.php/en/projects2/14-woningbouw/133-de-drie-hoven-elderly-housing-amsterdam]

L'uomo tracciando una linea di separazione tra sé e l'altro al contempo si apre al rapporto con l'altro, e lo accoglie. La soglia<sup>8</sup> diventa così un punto di incontro in cui l'uomo si pone come ponte tra sé e l'altro. Essa delinea qualcosa e definisce un confine, ma al medesimo tempo crea un'unione tra le parti, in quanto pone l'uno di fronte all'altro, consentendo una reciproca interazione. Citando l'architetto Herman Hertzberger la soglia “costituisce la chiave della transizione e della connessione fra aree con differenti vocazioni territoriali e, come luogo in sé, costituisce essenzialmente la condizione spaziale per l'incontro e il dialogo fra aree di ordine diverso”<sup>9</sup>(fig.1). Lo spazio soglia che definiamo quindi non è solo un punto di passaggio tra due spazi, rappresentando una tensione tra il dentro e il fuori, ma assume una spazialità intrinseca, riconducibile al concetto di “soglia come zona” ampiamente trattato dal punto di vista storiografico nel *Passagenwerk*<sup>10</sup> di Walter Benjamin del 1983, e ripreso a posteriori da Georges Teyssot<sup>11</sup> dove il significato della soglia viene esaminato per definire la casa dell'abitante moderno.

Secondo Teyssot, l'abitante moderno non è destinato all'esteriorità, ma a ricercare una casa

5Di Chiro A., (2021), “Un pensiero della soglia”. *Figure dell'alterità in Simmel, Schütz e Waldenfels e politiche dell'ospitalità*, in ARETÉ, Vol. 6.

6De Simone A., (2016), *L'inquieta prossimità. Lo straniero e il migrante secondo Simmel*, in Postfilosofie, n.9.

7Zanini, P., (2002), *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*, Milano, Mondadori, p.5.

8La soglia intesa nella derivazione etimologica del termine indica una linea di demarcazione tra l'interno e l'esterno, che segna il confine tra ciò che è intimo e familiare e ciò che è alieno e sconosciuto.

9Hertzberger H., (1991), *Lessons for students in architecture*, Rotterdam, 010 Publisher, Tr. it. (1996), *Lezioni di architettura*, a cura di M. Furnari, Roma-Bari, Laterza.

10*Passagen-Werk* di Walter Benjamin del 1983, dove vengono descritti dei passage di Parigi quali luoghi di transito della città borghese ottocentesca, veri e propri “intérieurs” che ospitano una variegata collettività. [Benjamin W., (1983), *Das Passagen-Werk*, in Tiedemann R. (a cura di), *Das Passagen-Werk*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt].

11Teyssot G., (2000), *Soglie e pieghe. Sull'intérieur e l'interiorità*, in “Casabella”, n. 681, pp.26-35.

che non è né un interno né un esterno<sup>12</sup>: uno “spazio fra” che è luogo d’incontro e di scambio definito da un limite<sup>13</sup>; uno spazio intermedio dove possono accadere eventi, rappresentazioni o narrazioni, e che hanno il potere di diventare simboli di scambi e incontri<sup>14</sup>, un *in-between*. È lo spazio intermedio che diviene la chiave tra connessione e transizione, tra due qualità spaziali che riconducono, in termini architettonici, ad un concetto di ospitalità.

Lo “spazio interstiziale” è quindi un territorio ibrido, un luogo di incontro e scambio caratterizzato da trasparenza, continuità visiva e assenza di un limite esterno. Definito da Ida Faré come uno “spazio di relazione” che ricongiunge un dentro e un fuori.<sup>15</sup>

Alla luce delle seguenti considerazioni potremmo dunque affermare che *lo spazio soglia* di un progetto architettonico dovrebbe avere un’estensione e appartenere ad entrambi i mondi che divide. Ed è forse dalla contrapposizione di spazio esterno ed interno, pubblico e privato, dagli spazi di soglia e di transizione, che potremmo immaginare una diversa visione dello spazio “in comune” dove poter formulare nuove possibili forme dell’abitare in grado di accogliere le alterità.

## Gli spazi soglia

Diversi autori e designer stanno contribuendo all’esplorazione di come lo spazio possa adattarsi alle sfide che le persone con disabilità cognitive, o varie forme di autismo, sperimentano; sostenendo la necessità di progettare ambienti che possano mitigare gli stimoli sensoriali e ridurre il sovraccarico percepito, legato all’iper o all’iposensibilità. È dimostrato che la percezione sensoriale *atipica* può essere enfatizzata dalla necessità di seguire una routine di azioni predefinite o di comunicare attraverso un sistema di immagini<sup>16</sup>; talvolta, anche attraversare una soglia ed entrare in una posizione imprevedibile può contribuire a generare uno stato di stress e ansia. Motivo per cui, quando si progettano strutture terapeutiche, può essere utile ricreare un ambiente di accoglienza, intimità e comfort per chi ne usufruisce, fornendo al tempo stesso un’opportunità di socializzazione e condivisione. Una transizione graduale può essere inserita tra l’ambiente urbano esterno, tipicamente più aperto e sociale, e l’ambiente interno, che è solitamente più chiuso e medicalizzato.

Per raggiungere questo obiettivo, la transizione tra ambienti con caratteristiche diverse è necessario che avvenga in modo progressivo, graduale e attraverso una serie di spazi composti da elementi visivi in grado di creare un senso di protezione, riparo o rifugio se necessario. Gli spazi dell’attesa, d’ingresso e accoglienza possono fungere da filtro tra l’esterno (la società) e l’interno (la terapia), diventando luoghi in cui persone diverse tra loro si incontrano, si vedono, siedono l’una accanto all’altra, e hanno la possibilità di adattarsi e raccontare la propria

---

12Ibidem, p.34.

13Come indicato da Michel de Certeau in “L’invenzione del quotidiano”. [Trad. It. Baccianini M., (2020), L’invenzione del quotidiano, Edizioni Lavoro].

14 Teyssot G., (2005), *Le cose perturbanti e nomadiche*, in Area, n. 79, pp.12-13.

15 Faré I., Piardi S., (a cura di), (2003), *Nuove specie di spazi.*, Liguori, Napoli, p.15.

16

identità<sup>17</sup>.

L'analisi effettuata dall'autrice Di Prisco M. su diverse architetture terapeutiche per persone con disabilità cognitive nel contemporaneo, ha fornito un'importante interpretazione di quei particolari *spazi-soglia* - tra interno ed esterno, tra casa e città, tra città e luoghi di cura - in grado di assumere funzioni di transizione, filtro, attesa e rifugio. Questi luoghi solitamente caratterizzano un "passaggio" o un limite talvolta; tuttavia, possono anche rivelarsi una soglia permeabile all'alterità. Ad esempio, gli ingressi, le sale d'attesa, gli spazi terapeutici o di incontro con le famiglie, le stanze multisensoriali, possono servire come luoghi in cui trovare privacy e rifugio, ma anche luoghi in cui scegliere di condividere. Pertanto, come ampiamente discusso nel capitolo precedente, tali aree rivestono un ruolo cruciale nella regolazione dell'adattamento fisico e sociale di persone che convivono con diverse esperienze sensoriali; sono ulteriormente considerate allo stesso tempo spazi di narrazione e divulgazione verso l'esterno, ma anche luoghi di mediazione e adattamento consapevole.

Alcuni esempi di progetti di architettura contemporanea che offrono soluzioni specializzate per la salute mentale, ideate e valutate con un approccio consapevole ed empatico, vengono di seguito proposti dall'autrice Di Prisco M. nel suo lavoro dedicato alla valorizzazione degli *spazi-soglia*, al fine di contribuire alla creazione di ambienti terapeutici che promuovano un dialogo fra le alterità.

Si tratta di luoghi d'attesa e di rifugio, protetti e interni alla struttura che permettono di trovare privacy e riservatezza, per stare da soli e riposare o per confrontarsi e interagire con il personale specializzato, o con il parente o amico; ambienti-filtro e di transizione che separano dal contesto urbano o che ammorbidiscono il passaggio tra luoghi di diversa natura, permettendo alla persona di prepararsi ad accedere ad una nuova situazione, osservando ciò che accade al di là della soglia attraverso uno spazio sicuro, protetto, che permetta di instaurare un contatto visivo prima di entrare in contatto fisico con l'altro; un insieme di spazi dotati di caratteristiche ben precise e riconoscibili, che permettono intuitivamente di trovare un conforto che meglio risponda alle esigenze di quel preciso istante; spazi pubblici di relazione in cui la socialità trova la sua massima espressione, ma che, se non pensati con empatia, possono divenire luogo in cui si manifesta l'esclusione per mancanza di attenzione e sensibilità<sup>18</sup>.

---

17 Argomenti trattati dall'autrice Di Prisco M. e pubblicati nel saggio *Tra città e casa: lo spazio-tempo della soglia come esperienza dell'alterità*, con Scavuzzo G. e Dordolin A., (2020), in «Urbanistica Informazioni», n. 289 s.i., pp.55-58, XII Giornata Internazionale di Studio INU, Benessere e/o Salute? 90 anni di studi, politiche e piani.

18 Fornasari F., (2020), *Social Inclusion and Museum. Communities, Places, Narratives*, in "European Journal of Creative Practices in Cities and Landscapes", a.3, n.2, p. 160.

## 2.Learnig From: le architetture per la cura

### Gli spazi-soglia dell'attesa e di rifugio, di transizione e di filtro

#### L'attesa e il rifugio

Rendere tangibile lo scorrere del tempo in attesa di qualcuno o qualcosa significa capire lo stato d'animo e le ragioni che scandiscono l'attesa, e restituire il luogo più adatto ad assecondare o a migliorare le sensazioni di chi attende<sup>19</sup>. La sala d'attesa assume quindi un ruolo significativo nel processo di inclusione, essendo il luogo in cui avviene uno scambio e un confronto diretto sia fisico che visivo tra le persone. Le dimensioni e la forma degli spazi dell'attesa possono inoltre influenzare lo stato d'ansia dei pazienti e dei familiari, comportando alcune scelte progettuali che migliorino la qualità di questi ambienti<sup>20</sup>. Suddividendo queste aree in sezioni più piccole, per esempio, si assicura sia la privacy che l'interazione sociale<sup>21</sup>; organizzando le sedie in gruppi circolari, si incrementa la possibilità di socializzazione; l'esposizione all'esterno rassicura e riduce la sensazione di chiusura ed isolamento<sup>22</sup>, incidendo positivamente sulla percezione del tempo di attesa; la visibilità verso il personale medico e l'accesso alle aree terapeutiche possono essere rassicuranti e aiutare l'orientamento, riducendo al contempo la necessità di chiedere informazioni e di dover comprendere costantemente ciò che sta accadendo intorno, costituendo un riferimento rispetto al passare del tempo, ritmato da gesti e attività. Così come la possibilità di movimento autonomo agevole e in sicurezza, anche in caso di difficoltà fisiche, migliora lo stato psico-emotivo delle persone nello spazio dell'attesa. Diventa fondamentale in questi ambienti il disimpegno mentale attraverso elementi visivi che stimolino e distraggano la persona incidendo positivamente sulla percezione del tempo<sup>23</sup>, così come è importante la stimolazione olfattiva, che trasmette il messaggio al cervello più rapidamente rispetto agli stimoli uditivi e visivi; stimolazioni significative soprattutto per il bambino, che sia

---

19Giardiello P., (2010), *Waiting, spazi per l'attesa*, Clean edizioni, Napoli.

20Del Nord, R., & Peretti, G., (2012), *L'umanizzazione degli spazi di cura. Le linee guida.*, Firenze, TESIS.

21Shepley M. M., Dilani A. (a cura di), (2001), *Research on healthcare for children and their families*. in "Design & Health - The Therapeutic Benefits on Design", Stoccolma, Elanders Svensk Tryck AB.

22Verderber, S., Reuman, D., (1987), *Windows, views, and health status in hospital therapeutic environments.*, in The Journal of Architectural and Planning Research, n. 2, vol. 4, pp. 120-133.

23Thompson, D.A., Yarnold, P.R., Adams, S.L., et al., (1996), *How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?*, in Annals of Emergency Medicine, n.28, pp. 652-656.

paziente o accompagnatore, dando loro la possibilità di associare la struttura terapeutico ad un ambiente di svago e gioco (fig.1).

Figura 1

Royal Alexandra Hospital  
Brighton, Brighton, UK,  
2002-2007. Building Design  
Partnership [foto © Sanna  
Fisher-Payne BDP]



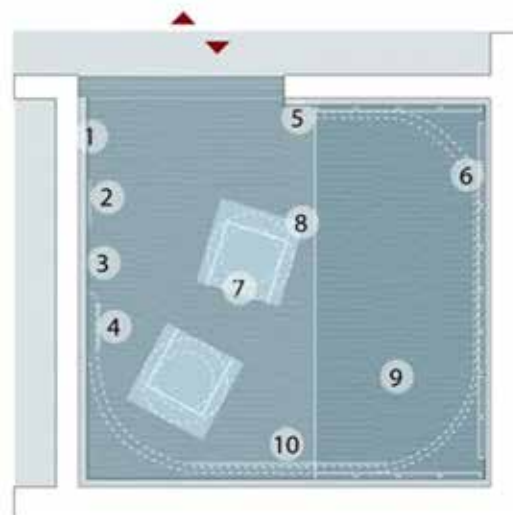
Uno dei progetti realizzati, esemplare nel rispondere ai seguenti requisiti e che per primo ha indirizzato l'attenzione ai ricoveri di emergenza per persone con disabilità cognitive, è la sala d'attesa multisensoriale progettata nel Pronto Soccorso di Careggi, a Firenze, nel 2016 (fig.2). La stanza, di 14 mq, con accesso autonomo adiacente alla grande sala di attesa principale dell'area di emergenza, è rivestita al suo interno da pareti curve con colori tenui e non troppo stimolanti. Dotata di un sistema di regolazione autonoma di luci, suoni e odori, attraverso un dispositivo installato all'ingresso, consente sia ai pazienti che ai caregiver di ridurre il disagio generato dall'attesa e dal ritrovarsi in uno spazio nuovo e imprevedibile. Attraverso l'interazione digitale, il paziente può inoltre avere accesso a sistemi di comunicazione facilitata per semplificare l'interazione tra paziente, familiare o caregiver che lo accompagnano e personale sanitario. È possibile quindi gestire e controllare le caratteristiche fisiche dello spazio e, di conseguenza, gli stimoli sensoriali. Potrebbe essere considerato dunque uno spazio pubblico in grado di mutare e adattarsi alle diverse esigenze personali.

Figura 2

Una sala d'attesa multisensoriale nel Pronto Soccorso di Careggi, Firenze, 2016.  
[Disegno dell'autrice Di Prisco M.].

Il progetto nasce dalla collaborazione tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, il Centro per l'Autismo P.A.M.A.P.I., e la startup DU IT, attraverso un processo di ricerca interdisciplinare incentrato sui legami tra le caratteristiche spaziali e lo stato clinico delle persone con disabilità nello spettro autistico.

1. Isolamento acustico
2. Time Timer
3. Videocamere
4. Interazione I-Pad
5. Aromaterapia
6. Velcro strap
7. Poltrona
8. Coni di luce
9. Piattaforma vibrante
10. Proiezione video



Nell'Edgecliff Medical Center (fig.3), un piccolo asilo nido per bambini con autismo, troviamo invece una modalità differente di rispondere in maniera sensibile alle esigenze terapeutiche. Qui le aree comuni e le sale d'attesa sono state progettate e concepite come il fulcro della struttura, luogo centrale e non separato dallo spazio terapeutico. La terapia e gli incontri, formali e informali, tra genitori, e tra genitori e medici, vengono incoraggiati in questi spazi, facendo sentire il bambino libero di muoversi ed esplorare in un ambiente dall'aspetto non ospedaliero. La struttura (di 150 mq) comprende un luogo per giocare e parlare, organizzato tra reception e sale gioco, caratterizzato da geometrie circolari, arredi morbidi, illuminazione indiretta e colori in grado di creare un'atmosfera calma e rilassante. Modesto nel suo ingombro, gli interni del Centro sono stati progettati con l'ausilio di sistemi digitali, al fine di comporre un prototipo che permetta l'analisi e la verifica del funzionamento e dell'efficacia della struttura sull'aspetto terapeutico.

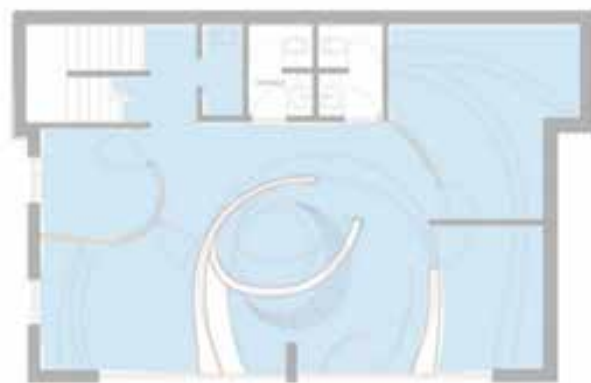


Figura 3

La sala d'attesa dell'Edgecliff Medical Center. Enter Architecture; Foto di ©Brett Boardman. [<http://enterprojects.net/project/edgecliff-medical-centre>]

La sala della reception. Pianta del piano inferiore dell'Edgecliff Medical Center.

[Disegno dell'autrice Di Prisco M.]

Un altro esempio efficace in cui l'attesa ha assunto un ruolo determinante nella progettazione degli spazi comuni è stato realizzato dallo studio d'architettura The Office Project, in collaborazione con l'artista James Leadbitter, per la ristrutturazione degli interni dell'unità Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)<sup>24</sup>, che prevede strutture ambulatoriali per bambini dai 5 agli 8 anni, e un'unità di degenza per ragazzi dai 12 ai 18 anni (fig.4). Attraverso l'approccio *user-centred design* sviluppato in una serie di workshop e interviste con i giovani pazienti, i loro genitori ed il personale medico, è stato possibile per gli architetti comprendere molti dei dettagli sottili che possono contribuire a fare la differenza nel modo di percepire e sentirsi confortati dall'ambiente reso meno istituzionale. In risposta alla domanda *"What does good mental health feel like?"* molti partecipanti al workshop hanno descritto un ambiente naturale, un paesaggio costiero. Da qui è sorta l'idea di progettare gli interni intrecciando il tema del mare, adattato alle varie età e trasformato gradualmente nelle tonalità. Gli spazi comuni sono stati concepiti con un aspetto non clinico, ma mantengono una visibile distinzione da un possibile ambiente domestico, quasi a comporre una sorta di "terzo spazio", così definito dai progettisti, che non sia né casa né ospedale, ma che contenga una sua identità.

<sup>24</sup>Si tratta di un'Unità medica inserita nel nuovo Centro Ospedaliero Royal Hospital for Children and Young People di Edimburgo.

Figura 4

Foto dell'area di attesa del Royal Hospital for Children and Young People, Edimburgo, 2021, The Office Project Architects; Foto di © French + Tye. [https://www.projectsoffice.co/]

Il nuovo Royal Hospital for Children and Young People (RHCYP) riunisce i dipartimenti di tutta Edimburgo in un nuovo edificio appositamente costruito. Questo progetto di ristrutturazione di interni fa parte di un programma di design artistico e terapeutico fornito da Ginkgo Projects per NHS Lothian.



Si tratta di una varietà di strutture sanitarie progettate per rispondere alle esigenze dei diversi gruppi d'età dell'utenza, che prestano una particolare attenzione alla composizione delle aree destinate al tempo dell'attesa. Il focus che accomuna i progetti è stato quello di creare degli ambienti per la salute mentale attraverso un processo di ascolto ed empatia verso i vari modi di interagire con l'ambiente circostante. È risultato dunque necessario rendere questi ambienti più confortevoli e accoglienti, in modo da evitare una eccessiva medicalizzazione, per realizzare luoghi di incontro che superino la mera attenzione rivolta all'aspetto curativo.

Non possiamo trascurare l'importanza della percezione dello spazio per il benessere dell'utente, un concetto ribadito anche dalle numerose linee guida messe a disposizione, ma che spesso viene sottovalutato poiché prevale l'aspetto medico sull'ambiente.

L'edificio dell'Ospedale di Careggi in cui è stata progettata la sala d'attesa multisensoriale, ospita un numero ingente di persone che necessitano delle più svariate cure mediche. La scelta di destinare un'area dell'ingresso all'accoglienza di persone con disturbi cognitivi all'interno di un ospedale pubblico non è scontata e raramente concepita, se non per strutture specificamente dedicate alla salute mentale, dove è fondamentale fornire un ambiente di attesa adeguato, tranquillo ed alternativo rispetto all'area di attesa comune. Uno dei primi ospedali in cui è stata espressa tale sensibilità è nel Nemours Children's Hospital<sup>25</sup> progettato negli Stati Uniti nel 2012. Qui il programma di ricerca REACH<sup>26</sup> si occupa di identificare i bambini con autismo direttamente all'accesso del Pronto Soccorso e occuparsi dei loro specifici bisogni fino alla fine del percorso ospedaliero, anche grazie ad un sistema di installazioni multisensoriali che facilitino il gioco.

Nel caso dell'Ospedale di Careggi, essendo all'interno di un edificio già strutturato, si tratta di un adattamento di uno spazio esistente, facilmente accessibile e raggiungibile grazie ad un percorso segnalato all'ingresso; che utilizza un sistema digitale facilitato per compensare la difficoltà di comprensione e/o riequilibrare lo stato di ansia che può aumentare in questi

<sup>25</sup> Nemours Children's Hospital, EYP Architecture & Engineering, Orlando, USA, 2012.

<sup>26</sup> REACH - Respecting Each Awesome Child Here (2016), progetto in supporto all'accessibilità per l'autismo o altre condizioni comportamentali e dello sviluppo presso il Pronto Soccorso.

contesti. L'area di attesa è chiaramente delineata e separata dall'area medica, rappresentando un luogo di rifugio e comfort, incluso nel complesso ospedaliero ma accessibile solo in caso di necessità, quindi con una certa consapevolezza. Con questo progetto siamo di fronte ad un chiaro tentativo di accettare ed affrontare la diversità.

L'Edgecliff Medical Center, invece, è una struttura costruita ex novo, per la quale nel processo progettuale è stato possibile effettuare molteplici studi che dessero importanza all'ambiente nel percorso terapeutico del bambino. La sala d'attesa qui non è concepita come un ambiente ben definito e localizzato in un punto preciso della struttura, né separato dall'ambiente medico, ma è totalmente integrato nell'aspetto terapeutico. L'intero Centro, piccolo e accogliente, ruota attorno agli spazi comuni, semplificando il processo di interazione non solo tra genitore e medico ma anche tra bambini e genitori. Il bambino non sceglie consapevolmente di recarsi in quel luogo per effettuare delle cure, quindi l'intento funzionale è quello di farlo sentire a suo agio, in un'aria giocosa e domestica, dove il genitore/caregiver può trovare uno spazio di privacy per parlare con il medico ma allo stesso tempo può interagire e confrontarsi con altre persone adulte che vivono realtà simili.

Tuttavia, per questioni economiche o di altro tipo, non è sempre possibile progettare un edificio da zero o adattarlo alle esigenze utilizzando l'alta tecnologia. In questo caso, diventa necessario ideare una strategia diversa che, con la dovuta attenzione ai dettagli, sia in grado di rispondere alle esigenze diversificate. Ciò avviene per l'istituto semi-residenziale del Royal Hospital for Children and Young People, dove attraverso lo studio basato su una progettazione incentrata sull'utente, gli architetti sono stati in grado di soddisfare le esigenze di utenti specifici, famiglie, medici e dipendenti lavorativi; hanno ascoltato e intrapreso con loro un processo di rinnovamento volto al benessere generale, non solo del singolo. La scelta di incorporare la sala d'attesa, definita "terza area", nelle aree comuni è stata concepita per dare un aspetto meno istituzionale, ma allo stesso tempo non troppo domestico, donandole un carattere riconoscibile per distinguere chiaramente le funzioni terapeutiche da quelle della condivisione. Nel RHCY vengono ospitati giovani adulti, pertanto, trattandosi di un'utenza spesso consapevole di dover trascorrere un determinato periodo, risulta fondamentale la possibilità di scelta su dove e come passare il tempo all'interno della struttura. La divisione degli ambienti e la decisione di creare una terza area di socializzazione, distinta dalle funzioni terapeutiche e domestiche, in questo caso, migliora la percezione dello scorrere del tempo per il paziente che sta affrontando un processo terapeutico, e lo incoraggia positivamente nel trattamento. Mentre la scelta dei colori e del design insolito - molto lontani dalle indicazioni spesso riportate nelle linee guida - porta ad una personalizzazione dell'ambiente che può aiutare a sentirsi a proprio agio e facilitare di conseguenza l'interazione.

### La transizione e il filtro

Nei servizi pubblici socio-sanitari e di terapia, lo spazio soglia-filtro dunque coincide spesso con il luogo dell'attesa che assume una temporalità a volte lunga e in cui "sani" e "malati", normotipici e neurodiversi, si trovano a doversi confrontare. La difficoltà nel mediare tra le diverse esigenze della comunità e del singolo si potrebbe quindi in parte risolvere con la presenza di spazi di quiete in cui potersi rifugiare, una stanza sensoriale o una semplice aula, una sua estensione o un'area protetta e silenziosa in cui poter trovare conforto e privacy; un ambiente



Figura 5

Casa Sebastiano, Coredò (TN), I lavori di costruzione sono stati gestiti dall'Ati di imprese, guidata dal Socio Habitech Covi Costruzioni, che include il partner ARCA Fanti Legnami ed il progettista ARCA Giovanni Berti, 2017.

[[https://www.infobuild.it/info\\_dalle\\_aziende/casa-sebastiano/](https://www.infobuild.it/info_dalle_aziende/casa-sebastiano/)].

Un sistema innovativo di proiettori, musica, luci colorate e aromi, creano un sistema multisensoriale immersivo e interattivo, in aggiunta al giardino sensoriale terapeutico con orto e piante aromatiche.

flessibile che può mutare in base alla necessità, con porte o pareti scorrevoli silenziose (fig.5); luoghi pensati per soggiorni e usi temporanei, sia nello spazio che nel tempo, e quindi dedicati a fungere da mediatori nel passaggio tra spazi a volte molto diversi tra loro.

La soglia diventa lo spazio di scambio che permette la transizione tra due ambienti separati, ed è spazialmente essa stessa il luogo in cui prepararsi al cambiamento.

Gli spazi-soglia di transizione e filtro, tra l'interno e l'esterno, così come tra le diverse aree interne ospedaliere, sono delle zone di soglia necessarie nel mediare il dialogo tra ambienti riservati e di privacy e quelli pubblici e sociali, generalmente situati in prossimità degli ingressi (fig.6). In alcune strutture di accoglienza sono stati creati specifici spazi/luoghi di "transizione e filtro" atti di ridurre il sovraccarico sensoriale degli ospiti. Tali aree "di decompressione", talvolta caratterizzate da dispositivi trasparenti o apribili in parte, supportano lo stato emotivo delle persone offrendo loro un'anteprima di ciò che sta accadendo al di là della soglia, affinché possano prepararsi alla situazione che stanno per affrontare (fig.7).

Figura 6

Santa Caterina de Salt Hospital, Girona, Spagna, 2001. Architetti Albert De Pineda e Manuel Brullet [Foto © Lluís Casals]



Figura 7

Mitford Adult autism Impatient Unit, Morpeth. Medical Architecture (MAAP). [Design for Autism, Design mental Conference, 2017]



Mentre altre strutture si basano su un unico elemento dominante di transizione, il corridoio principale che, sin dall'ingresso, segna un percorso lineare che attraversa e collega i dipartimenti interni tra loro (fig.8-9).



8



9

**Figura 8**  
Emma Children's Hospital, DVD Architects, Amsterdam, 2015 [foto © Mike Bink]

**Figura 9**  
Schema planimetrico di The Forbush School for Autism, Cho Benn Holback Associates, Baltimora, 2008 [www.universaldesigncase-studies.org]

Le sale posizionate lungo questa “strada principale” la trasformano in un luogo di interazione sociale informale, un parco giochi per bambini, uno spazio di confronto per i genitori o una zona di incontro per il personale.

Un progetto che ha saputo coniugare entrambe le necessità in maniera alternativa è la New Struan School (fig.10), progettata nel 2005 dall'architetto Aitken Turnbull, ad Alloa in Scozia, dando particolare attenzione a questi spazi di soglia come dispositivi di mediazione sia ambientale che sociale<sup>27</sup>.

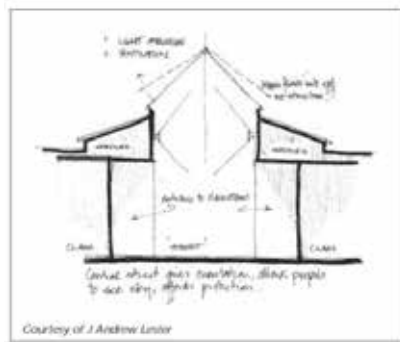


**Figura 10**  
New Struan School, Alloa, 2005, Aitken e Turnbull Architects [https://www.aitken-turnbull.co.uk/project/centre-autism-new-struan/]

**Figura 11**  
New Struan School, Alloa, 2005, Aitken e Turnbull Architects [https://www.aitken-turnbull.co.uk/project/centre-autism-new-struan/]

Questa scuola speciale offre ai bambini e ai ragazzi con disturbi dello spettro autistico servizi di consulenza, un centro di formazione sull'autismo, un centro di diagnosi e ricerca. L'atrio viene concepito come un'ampia strada/piazza ed è il fulcro sociale dell'edificio, oltre ad essere un importante riferimento per favorire l'orientamento. Attraverso quest'area gli studenti hanno accesso a servizi quali le aule, le zone semi-pubbliche, il refettorio e la biblioteca. In corrispondenza all'accesso delle aule sono stati progettati degli spazi-filtro, definiti “baie” dagli architetti, che permettono ai bambini di assimilare gradualmente il cambiamento dell'ambiente, da ampio spazio della socializzazione più ampio, a quello educativo di dimensioni ridotte (fig.11). Le porte di queste baie sono dotate di pannelli di vetro trasparente che danno la possibilità di osservare l'interno della classe e prepararsi ad entrarvi. Le aule, che accolgono un massimo di 6 studenti, sono progettate per supportare un ambiente di apprendimento interattivo, con postazioni singole e zone per lavori di gruppo, oltre a predisporre di una piccola zona calma

27 Scott, I., (2009), *Designing learning spaces for children on the autism spectrum*, in Good Autism Practice (GAP), 10(1), pp.36-51.



**Figura 12**  
Immagine di Sezione North Kildare Educate Together (NKET) Primary School in Cellbridge, GraftonArchitects, Republic of Ireland, 2003. [<https://www.graftonarchitects.ie/North-Kildare-Educate-Together-School>]

con le pareti curve. Dalle classi è possibile accedere direttamente all'esterno, nella zona gioco, dove sono disponibili una serie di sedute appartate, che permettono ai bambini di osservare gli altri giocare da lontano, dando loro il tempo per capire se si sentono pronti affrontare nuove sfide sociali.

Similmente, in Irlanda, è stata progettata una scuola primaria *inclusiva*, composta da 10 aule di cui 2 appositamente dedicate a bambini con autismo (fig.12); sviluppata su un unico livello e con al centro un ampio giardino, la scuola comprende una serie di elementi e passaggi coperti che permettono al bambino di utilizzare percorsi alternativi e più silenziosi, sia per l'accesso che per il movimento all'interno della struttura.

Si tratta dunque di una serie di organizzazioni spaziali che connettono l'ambiente pubblico e il semi-pubblico, fino ad addentrarsi nel privato; sono percorsi che accompagnano le persone, sin dall'accesso alle strutture, in diverse situazioni di condivisione dello spazio, oltre a rappresentare chiari segnali visivi utili all'orientamento.

Sono aspetti fondamentali da considerare, soprattutto in un contesto educativo che di per sé rappresenta un luogo formativo della socialità, e che necessita spazi comuni e di incontro opportunamente progettati in un'ottica inclusiva.

Allo stesso modo gli spazi esterni che circondano le strutture, che siano esse di natura sanitaria o educativa, assumono un importante ruolo nel processo di mediazione e filtro tra l'aspetto educativo-terapeutico e la comunità. In prossimità di centri sanitari questi spazi sono spesso assimilati dai cittadini come spazi di transizione tra la malattia e la salute, ed è per questo motivo che esigono una particolare attenzione nell'essere progettati, o ripensati e valorizzati.

In alcune città si è preferito addirittura costruire nuovi complessi esterni al tessuto urbano piuttosto di intervenire sull'integrazione dell'esistente, dando vita ad una serie di centri specializzati diffusi sul territorio, più o meno in grado di relazionarsi con il resto della società. Talvolta, come abbiamo visto nel caso studio olandese, si vengono a creare delle vere e proprie cittadelle terapeutiche, composte da un insieme di padiglioni di modeste dimensioni, circoscritte in un'area delimitata, comprese di strade, panchine e negozi, e in cui il paziente è libero di muoversi, tramite percorsi messi in sicurezza (fig.13-14). Sono riproduzioni in scala di città, ricche di elementi riconoscibili, particolarmente attente alle diverse sensibilità delle persone nel costruire una serie di scenari simili ad una realtà cittadina. Per quanto la simulazione di un "mondo reale" possa considerarsi una soluzione efficace, per altri versi può risultare limitante, ponendo delle distanze fisiche e sociali con il resto della comunità.

**Figura 13**  
Aree di passaggio, con "piazze" create tra un padiglione e l'altro. Center for Autism and Developing Brain, Da Silva Architects, NY, 2016. Riadattamento palestra a centro diurno ambulatoriale di diagnosi precoce (0-18 mesi). [foto © daSILVA Architects]



## Conclusioni

Gli esempi riportati finora hanno dimostrato l'impossibilità di una risposta univoca nel progettare specifici ambienti terapeutici, ma una grande varietà di metodi e strategie che, abbinati alla tecnologia, al design o a semplici idee di comfort domestico, possono contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone. Quando è al centro della riflessione il benessere di persone con disabilità intellettive, un obiettivo primario di una "sana" progettazione è quello di semplificare la comunicazione e la relazione tra persone con bisogni e percezioni differenti, senza dimenticare di garantire una serie di comfort indispensabili.

Per certi versi può risultare una sfida ardua per chi progetta, ma nel corso di questa dissertazione abbiamo potuto constatare che intervenendo su alcuni dettagli, che mostrano come le varie capacità possano incontrarsi e interagire in armonia, sia possibile creare ambienti che impattino positivamente sulla salute mentale degli individui considerati nelle loro eterogeneità. La valorizzazione degli spazi dell'attesa e di accoglienza, l'integrazione nello spazio di elementi architettonici e dispositivi riconoscibili, sono tutti elementi che concorrono a questo scopo.

È importante quindi individuare la soglia in cui l'esterno e l'interno, la società e la terapia, si co-implicano, mettendo in comune qualcosa<sup>28</sup>, creando un luogo in cui coesistono neurodiversità e neurotipicità, divenendo quello spazio in cui sperimentare l'esperienza collettiva dei limiti labili dell'essere "sani".<sup>29</sup>



Figura 14  
Morris Union Development Learning Center,  
USA Architects, NJ, 2007.  
Centro diurno (3-21 anni).  
[<https://www.usaarchitects.com/>]

28 Kirchmayr R., (2019), *Pensare la soglia. Trentun aforismi per l'architettura*, in Scavuzzo, G., Pratali Maffei, S., Guaragna, G., (a cura di), *Riparare l'umano. Lezioni da un manicomio di frontiera*, Lettera Ventidue, p.138-141.

29 Scavuzzo G, Dordolin A., Di Prisco M., 2020

## I casi studio

Alcune delle architetture analizzate sono state oggetto di una rilettura interpretativa, dove si è evidenziata la percezione degli *spazi-soglie* come significativi nella composizione formale del progetto. Da qui scaturisce una raccolta di casi studio il cui approfondimento ha rilevato diversi approcci adottati per progettare architetture terapeutiche a beneficio della salute mentale, di cui il risultato viene esposto nelle schede riportate nelle pagine seguenti.

In primo luogo è stato effettuato un ridisegno planimetrico utile alla comprensione del progetto, accompagnato da una esaustiva raccolta di una documentazione comparata tra fonti eterogenee, oltre al fondamentale reperimento del materiale fotografico, al fine di poter ricostruire una visione globale delle strategie di intervento adoperate.

L'attento confronto tra testi, pubblicazioni, articoli e interviste rilasciate dagli architetti, unito al processo di rielaborazione di ciascun caso studio, ha influito positivamente sulla percezione delle dimensioni del costruito, in relazione all'ambiente circostante.

A seguito di una prima valutazione, è stato condotto uno studio interpretativo che mira a riconoscere gli spazi-soglia come quelli di transizione, filtro, rifugio e attesa. Attraverso la lettura e il disegno di questi spazi, sono state formulate delle considerazioni rispetto al ruolo assunto dall'architettura nella tutela della salute mentale.

La scelta degli esempi presi in considerazione non è stata effettuata in una logica di individuazione del "progetto vincente", ma è stata il frutto di una consapevolezza maturata durante il percorso di ricerca. Si è compreso che un "buon progetto" per definirsi tale debba predisporre a essere modificato, adattato e adeguato alle diverse necessità, in relazione al contesto sociale e ambientale in cui è inserito; a conferma del fatto che strumenti come le linee guida progettuali rappresentano un valore aggiunto e un elemento semplificatore per la realizzazione di strutture terapeutiche, ma non un dogma assoluto.

Il metodo di analisi del ridisegno ha permesso di ricostruire una visione più ampia e accurata della logica su cui si basa l'organizzazione dell'architettura per la salute mentale nel contemporaneo. È stata evidenziata la sua correlazione con i bisogni individuali e collettivi, nonché la trasparenza nella soddisfazione dei bisogni espressa nella sua forma architettonica. In questa fase, la comparazione tra i progetti è diventata indispensabile per evidenziare forme e volumi in varie scale grafiche, come via per comprendere le strategie utilizzate dagli architetti nel rispondere a determinate esigenze.

L'abaco comparativo che segue offre una panoramica completa dell'analisi dei progetti di architetture terapeutiche per la salute mentale esaminati. Le sintesi riepilogano il diverso approccio progettuale, mentre le immagini di geo localizzazione illustrano l'impatto del progetto nel tessuto urbano circostante.

Sweetwater Spectrum Community.  
Una comunità nel centro urbano.

Bettersweet Farm community.  
Una comunità in periferia.

Casa Verde.  
Casa di Cura per giovani donne. Ibrido vecchio e nuovo.

Centro Psichiatrico di Pamplona.  
Ibrido vecchio e nuovo.

Baum Haus Psychiatric Rehabilitation Centre.  
Centro residenziale per bambini.

Eveil du scarabée.  
Centro semi-residenziale di riabilitazione per adulti.

Trillium Centre.  
Centro ricovero per adolescenti.

Unité de soins Gardarose di Libourne.  
Nuovo edificio tra i padiglioni di un complesso.

Helsingor Psychiatry Hospital.  
Centro semi-residenziale di riabilitazione per adulti.

Lilla Centre.  
Centro per persone con gravi disabilità, sostituzione dei padiglioni esistenti.



## Caso studio

## Tipologia di struttura

## Localizzazione

## Planimetria

**Sweetwater Spectrum Community**  
2009-2013  
Sonoma County, San Francisco (USA)  
11.000 mq  
16 residenti

Comunità residenziale autonoma per adulti con autismo



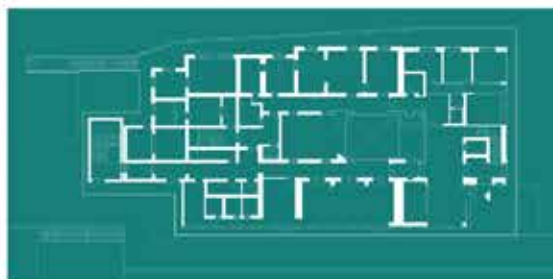
**Bettersweet Farm Community**  
1982  
Archbold-Whitehouse Rd, Whitehouse, OH, (USA)  
300.000 mq  
35 residenti

Comunità agricola residenziale per adulti con autismo



**Casa Verde**  
2016  
San Miniato, Pisa, Italia  
3800 mq  
29 residenti

Residenza sanitaria per ragazze e donne con disabilità neuropsichiche



**San Francisco Javier Center**  
2012 - 2017  
Pamplona, Spagna  
Masterplan  
291.455 mq  
Ampliamento  
9.820 mq

Riquilificazione e ampliamento del Centro Psichiatrico



**Baum Haus Psychiatric Rehabilitation Centre for Children**  
2003 - 2006  
Isola di Hokkaido, Date, Giappone  
2500 mq

Centro Psichiatrico di riabilitazione residenziale per bambini e adolescenti



## Spazi-soglia

Spazi di transizione



Spazi liberi



Spazi di rifugio e di attesa



Sweetwater è un modello di comunità residenziale incentrato sull'interazione tra i cittadini, sulla protezione della sovrastimolazione sensoriale e sull'inclusione nella società. Tuttavia, vi sono limitazioni da considerare come i costi elevati, la disposizione standardizzata e la dimensione del lotto. Un ridimensionamento e un posizionamento più accogliente degli alloggi potrebbero contribuire a migliorare l'inclusione sociale.

Le comunità rurali offrono prevedibilità e protezione ma al tempo stesso tendono a limitare la possibilità di integrazione e relazioni sociali. Il rischio potrebbe essere di ridurre l'esposizione a una realtà diversa e portare ad una sorta di isolamento.

Il Centro ha un forte impatto sul contesto sociale: le attività artistiche vengono viste come terapeutiche per le residenti e come modo di connettersi con la comunità. Il design cromatico facilita la navigazione dell'ospite. Il colore grigio delle camere è simbolo di un clima accogliente, ma alcune soluzioni più flessibili e un maggiore livello di personalizzazione aiuterebbero a migliorare l'aspetto terapeutico.

Nuovi elementi si aggiungono in chiave contemporanea preservando in maniera efficiente la memoria del complesso storico ospedaliero, con la ricostruzione della tipologia architettonica a padiglione a falde e mantenendo la proporzione antica tra le corti. Gli spazi interni sono neutrali e distribuiti tra corridoio e cella. L'estetica è ben curata, ma il complesso sembra non dialogare con la comunità.



Spazi di transizione



Spazi liberi



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



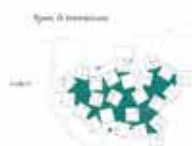
Ristrutturazione 1980



Ristrutturazione 2010



Ristrutturazione progetto 2014



Spazi di transizione



Spazi liberi



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



L'architetto propone una soluzione per fornire ai bambini maggiore libertà e privacy, creando spazi piccoli per la loro intimità ed interazione. Tuttavia, la qualità architettonica della struttura non basta per renderla appropriata alle terapie infantili, poiché localizzata in un sito che isola e distanzia dall'ambiente familiare dal tessuto sociale.

## Caso studio

**Leveil du Scarabee**  
2011-2014  
Champcevrains,  
Francia  
1530 mq  
20 residenti

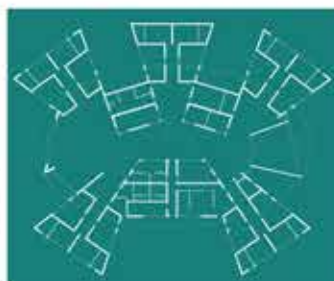
## Tipologia di struttura

Centro semi-residenziale per adulti con autismo

## Localizzazione



## Planimetria



**Trilium Secure Centre**  
2015 - 2020  
Corvallis, OR,  
(USA)  
2085 mq  
16 posti letto

Clinica psichiatrica semi-residenziale per bambini e adolescenti



**Unité des soins intensifs en psychiatrie Garderose**  
Libourne, Francia  
2009-2014  
2460 mq  
25 posti letto

Unità psichiatrica intensiva inserita nello complesso sanitario storico



**Helsingor Psychiatric Hospital**  
2004 - 2006  
Helsingor,  
Danimarca  
5600 mq

Centro psichiatrico semi-residenziale



**Het Gielsbos**  
2009 - 2016  
Lilla, Belgio  
431.732  
16 residenti

Centro di assistenza sanitaria semi-residenziale per gravi disabilità cognitive



## Spazi-soglia

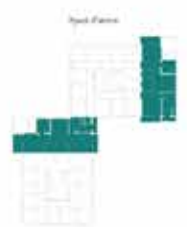
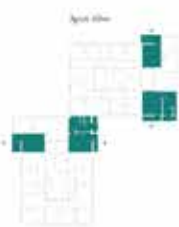
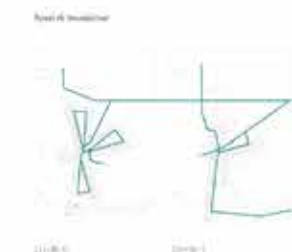
Questo progetto mira a diventare un riferimento nel settore edilizio dell'architettura per l'autismo. Le analisi sulle diverse sensibilità legate allo spettro autistico hanno conseguito soluzioni progettuali adatte, considerando anche gli aspetti economici. L'integrazione degli spazi lavorativi favorisce l'interazione tra gli abitanti, della struttura è differente da una tipica clinica, ma la sua simmetria non consente l'ottimale esposizione solare nelle camere in ugual modo e la sua ubicazione rende complicati gli spostamenti in autonomia.

La separazione dei pazienti in base al diverso grado di disabilità e la separazione del campus dal resto della comunità con recinzioni sostituite da edifici, non agevolano l'interazione sociale. Le dimensioni contenute, i colori e le altezze variabili rendono però flessibilità alla struttura creando movimento e donando un'atmosfera intima.

Il nuovo padiglione dell'unità sanitaria è stato progettato secondo i moderni standard di sicurezza e cura nella psichiatria. Le mura limitano la circolazione ma, al loro interno, i "patii sicuri" permettono al paziente un certo grado di libertà. Un'architettura morbida fa da contraltare alla facciata rigida per tener conto dell'equilibrio tra sicurezza e libertà del paziente, comunque molto limitata. La densificazione edilizia avvenuta attorno al complesso rende l'istituto meno isolato.

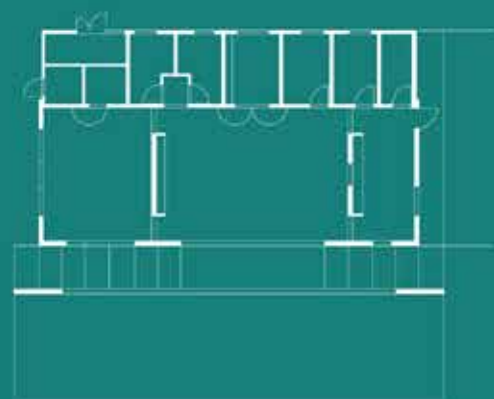
L'edificio combina tecnologie moderne e geometrie funzionali per creare un luogo che coniughi dinamiche contrastanti come privacy e sicurezza. Il paesaggio circostante è stato ricreato per garantire un ambiente terapeutico e la serialità interna non pregiudica la suggestione della struttura, che appare insolita rispetto alle forme canoniche ospedaliere.

Il progetto è volto a ricostruire un'area specifica, rendendola adatta a diventare una piccola comunità. La modulazione della struttura è stata prevista con maggiore funzionalità e chiarezza visiva. Il traguardo di riorganizzazione e ridimensionamento del sito, smantellando l'aspetto istituzionale, è stato gradualmente raggiunto.

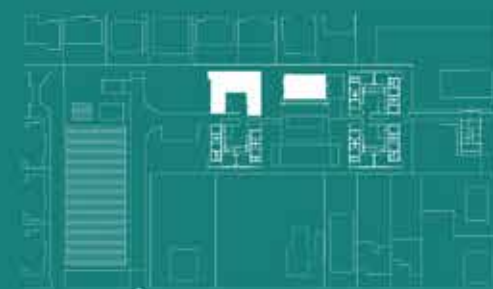




struttura residenziale



struttura comunitaria



# Sweetwater Spectrum Community

## Comunità nel centro urbano

### Progetto

Sweetwater Spectrum  
Community

### Architetto

Leddy Maytum Stacy Architects + ROCHE+ROCHE Landscape Architecture

### Anno

2009-2013

### Localizzazione

Sonoma County, San Francisco (USA)

50 km a nord di San Francisco

### Area di estensione

11.000 mq

16 residenti

### Note e riferimenti

Sweetwater Spectrum Community è una comunità fondata nel 2009 da alcune famiglie, come organizzazione senza scopo di lucro.

Il percorso di ricerca a monte del progetto è stato sviluppato nelle Linee Guida "Advancing Full Spectrum Housing: Designing for Adults with Autism Spectrum Disorders"

I residenti scelgono volontariamente di trasferirsi e gli inquilini con cui dividere l'appartamento. Le famiglie si occupano di gestire le loro cure, sia che si tratti di un supporto 24 ore su 24 o di un aiuto immediato. Ogni inquilino firma un contratto di locazione di 12 mesi e paga l'affitto (\$ 650) e una quota associativa (\$ 2.600) ogni mese. Delle 16 persone in affitto a Sweetwater, 5 hanno accordi di sussidio fino a \$ 2.250 al mese ciascuna.

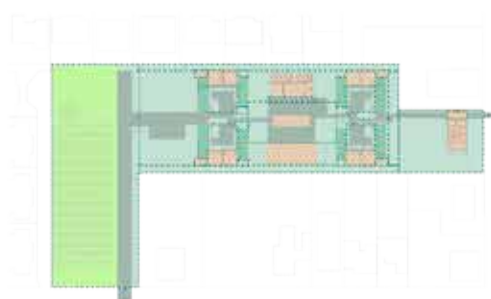
### Breve descrizione del Progetto

La Leadership di Sweetwater Spectrum ha realizzato la struttura come una delle prime realtà autonome di comunità residenziali, progettate con un design specifico Autism Friendly per incentivare l'autonomia delle persone adulte con autismi. Il lotto ben inserito nel tessuto urbano offre l'opportunità di integrazione e di scambio con la comunità esistente.

Il complesso è composto da 4 residenze con 4 camere da letto ciascuna, e con soggiorno, cucina e lavanderia in condivisione, per ospitare un massimo di 16 persone. Un'ulteriore stanza vicino all'ingresso può essere utilizzata dai visitatori o dallo staff medico di supporto. È stato pensato come un modello abitativo flessibile e replicabile, che preveda la possibilità di costruire eventuali 4 unità residenziali aggiuntive nell'area verde circostante. L'intera struttura rispetta un altissimo livello di sostenibilità ed efficienza tecnologica. È immersa nel verde e si articola tra numerosi spazi aperti e cortili di condivisione, attività o di riposo. Vi sono inoltre un frutteto, un orto biologico e una fattoria gestiti dai residenti del centro. Un ulteriore edificio comunitario posto tra le residenze permette di svolgere attività motorie e artistiche terapeutiche.

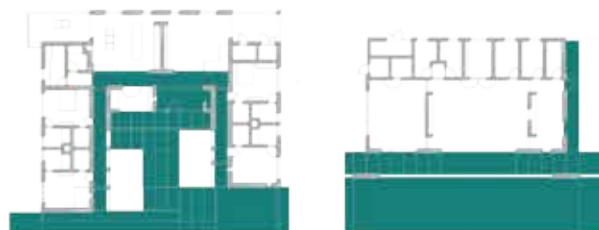
Ben servita dal trasporto pubblico, l'area è raggiungibile a piedi o in bicicletta dal centro della città. Inoltre, le imprese locali e i cittadini di Sonoma partecipano a programmi e attività di volontariato presso la Comunità, così come i residenti di Sweetwater svolgono lavori part-time e attività nella cittadina. La vita dei residenti e la salute delle due comunità si intrecciano e si arricchiscono reciprocamente.





- Spazi residenziali personali
- Spazi comuni
- Comunità di Sweetwater Spectrum
- Comunità esterna
- Area agricola
- Spazi di soglia - filtro
- Spazi di soglia - transizione

Spazi di transizione



Spazi filtro



Livelli di intimità

Spazi di rifugio e di attesa



# Sweetwater Spectrum Community

## Note e riferimenti

S. Ahrentzen, K. Steele, *At Home with Autism: Designing Housing for the Spectrum*, Policy Press

S. Ahrentzen, K. Steele, *Advancing Full Spectrum Housing: Design for Adults with Autism Spectrum Disorders Technical report*, Arizona Board of Regents, Phoenix, US 2009

D. Resnik, et al. *Opening Doors: A discussion of residential options for adults living with autism and related disorders*, Collaborative report by the Urban Land Institute Arizona, Southwest Autism Research & Resource Center and Arizona State University, 2009

D. P. Leestma (Thesis), *Designing for the Spectrum: An Educational Model for the Autistic User*, 2015

J. King, *Welcome Home. A community for adults with autism shows the power of an understated landscape*, in *Landscape Architecture Magazine*, vol. 10 Land Matters, February 2016, pp. 68-80

E. Bellini, *Ambienti sensoriali "terapeutici" che rendano Abili. Un progetto integrato di vita per persone con Disturbi dello Spettro Autistico*, Firenze University Press 2020

<http://www.archdaily.com/446972/sweetwater-spectrum-community-lms-architects>

<http://www.aiatopen.org/node/369>

<http://www.lmsarch.com/projects/sweetwater-spectrum-community?f1=all>

<https://www.rocheandrosche.com/projects/sweetwater-spectrum/>

## Gli spazi di soglia

La relazione con l'esterno avviene sia da un punto di vista fisico che sociale e prende forma in spazi codificati: tra la strada e la residenza, tra lo spazio condiviso e lo spazio personale, tra l'esterno e l'interno, sulla soglia. Gli spazi soglia in questo caso sono pensati nella relazione tra volumi e paesaggio: una serie di elementi architettonici (coperture e pensiline in legno, diverse pavimentazioni, cornici delle finestre e porte ben riconoscibili, sedute di vario genere,...) scandiscono il ritmo e accompagnano dalla scala individuale a quella della comunità, con la possibilità di rifugiarsi in angoli appartati e di visualizzare in anteprima uno spazio prima di accedere a quello successivo. Il passaggio dallo spazio di condivisione a quello intimo ed individuale è mediato gradualmente da questi dispositivi che accompagnano l'attraversamento in un continuum non traumatico.

La soglia qui non è, dunque, un varco che viene attraversato ma un insieme di aree che si dilatano e restringono rallentando il percorso e segnalando il passaggio con fluidità.

## Considerazioni

Le comunità residenziali come Sweetwater nascono dal desiderio di massimizzare il coinvolgimento della comunità e guidare le persone che frequentano il centro e i familiari in un processo di autonomia e responsabilizzazione. Si inseriscono in un contesto residenziale per facilitare lo scambio e l'interazione tra i cittadini e l'inserimento nella società. Rappresentano un modello abitativo consapevole, progettato nel dettaglio e che rispetta le linee guida considerate efficaci per il contenimento della sovrastimolazione sensoriale. La continuità dei percorsi e la riconoscibilità degli ambienti unito alla varietà di servizi disponibili al suo interno, rendono il centro come una sorta di micro cittadella inserita nella città, realizzata in un'area ben delimitata, dove gli accessi sono controllati e i bordi del lotto definiti chiaramente.

Ma, nonostante idealmente rappresenti una comunità intenzionale con un massimo livello di integrazione nella società, rimane un modello difficilmente replicabile per quanto dispendioso e non accessibile a chiunque lo desideri. E che, nonostante la localizzazione strategica, può rischiare l'isolamento rispetto al tessuto circostante. Il design meticoloso e la disposizione residenziale forse potrebbero risultare troppo rigidi e standardizzati, o addirittura di dimensioni troppo vaste per il numero di abitanti. Un ridimensionamento dell'area, una disposizione meno impersonale delle abitazioni e un costo più accessibile, uniti all'aspetto sostenibile e la possibilità di autogestione, all'integrazione nel tessuto urbano e alla cura dei dettagli architettonici del centro, potrebbero essere dei giusti requisiti nel processo di inclusione.



# Bettersweet Farm Community

## Comunità Agricola in zona periferica

### Progetto

Bettersweet Farm  
Community

### Anno

1982?

### Localizzazione

Archbold-Whitehouse Rd,  
Whitehouse, OH, Stati Uni-  
ti

### Area di estensione

300.000 mq  
dodici moduli abitativi per  
20 residenti adulti + 15 età  
dello sviluppo  
+ edifici amministrativi, i  
locali di servizio alla vita  
rurale e alle altre attività te-  
rapeutiche.

### Note e riferimenti

Il primo esempio di farm  
community in Italia nasce  
nel 2002 sulle rovine di  
un'azienda agricola dismes-  
sa, in Valle Staffora, a 3 km  
dal centro abitato di Ponte  
Nizza, nel cuore dell'Oltre-  
pò Pavese. La Cascina Ros-  
sago è composta da tre case,  
disposte attorno ad uno  
spazio centrale, che ospi-  
tano ciascuna otto persone  
adulte con autismo e con  
gravi problemi di comuni-  
cazione e disturbi di com-  
portamento.

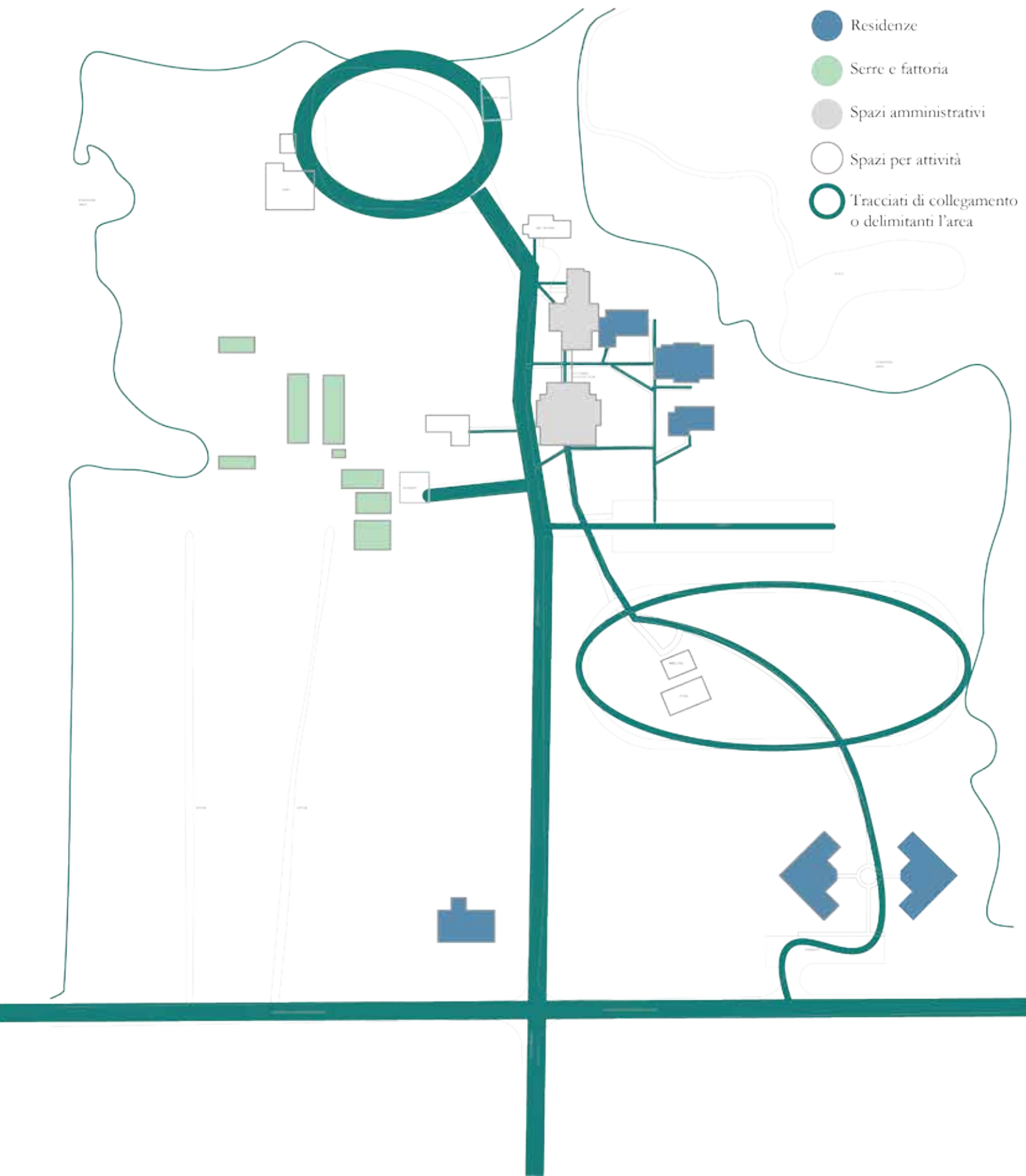
### Breve descrizione del Progetto

In America intorno agli anni Settanta cominciano a svilupparsi le prime forme di comunità agricole residenziali, le Farm Community, basate su un principio riabilitativo di autonomia per persone adulte con autismo. Una sorta di piccolo villaggio, collettivo e produttivo, che permetta ai residenti di lavorare e vendere i propri prodotti. Bittersweet Farms è stata la prima del suo genere negli Stati Uniti: fornisce servizi residenziali, di inserimento lavorativo e un centro diurno per le persone con disturbi dello spettro autistico.

L'area comprende dodici moduli abitativi, alcuni edifici amministrativi, locali di servizio alla vita rurale e per attività terapeutiche. Accoglie venti residenti adulti, con diversi gradi di autismo e ritardo dello sviluppo, che partecipano attivamente ad un programma giornaliero basato sulle esigenze individuali. I programmi includono orticoltura, lavorazione del legno, arte, cura degli animali, cucina, pulizie, riciclaggio e mantenimento dei terreni. Il contesto fisico è strettamente correlato e coerente con gli interventi abilitativi, che si svolgono durante la vita quotidiana della comunità per valorizzare la capacità delle persone autistiche nell'auto-gestione e nelle capacità decisionali. Nel vicino centro rurale di Whitehouse i residenti usufruiscono dei servizi alla persona, dei negozi e ristoranti presenti nella comunità.



fonte fotografia  
<https://www.bittersweetfarms.org/>



# Bittersweet Farm Community

## Note e riferimenti

fotografie

© Lucinda Wiebe

GIDDAN, J. J., UCELLI DI NEMI, S. (2003). L'alternativa non urbana: le farm communities per adulti con autismo, in «NOO», n. 4, 2003, pp. 341-350.

Giddan, Jane J., Farm-Life Skills Training of Autistic Adults at Bittersweet Farms. 11p.; Paper presented at the Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association (Seattle, WA, November 16-19, 1990).

Fonti. Immagini planimetriche in scala:  
<https://www.bittersweetfarms.org/>

## Gli spazi di soglia

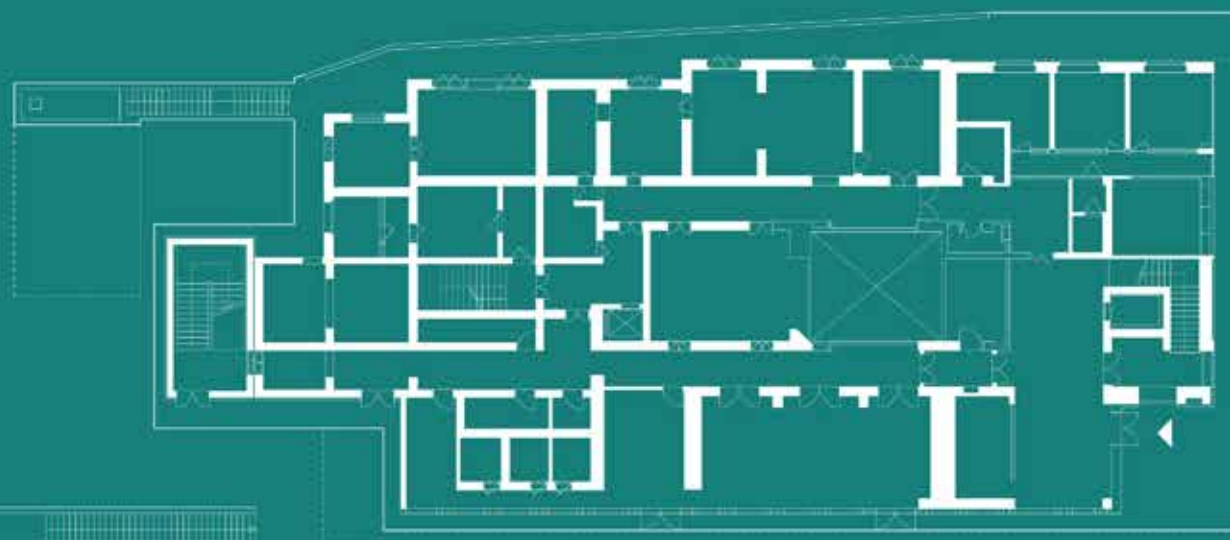
Le farm community sono una valida alternativa rispetto alla vita urbana poiché consentono di raggiungere adeguati livelli di benessere per persone con esigenze specifiche e di tipo cognitivo. Si tratta di insediamenti abitativi periferici, in contesti rurali, spesso caratterizzati da una struttura familiare e non istituzionale. Queste comunità agricole si integrano con il territorio grazie all'attività agricola e all'allevamento, supportati da programmi mirati per il coinvolgimento e il sostegno alle famiglie.

All'interno di queste comunità, lo scambio e la vendita dei prodotti diventa il principale anello di giunzione con il "mondo esterno". In queste circostanze, gli spazi di soglia rappresentano quella parte di territorio posta tra realtà diverse, ma che appartengono allo stesso tessuto urbano (la città e le sue periferie). Un territorio che protegge dall'influenza esterna potrebbe essere inteso come uno spazio di soglia che diventa un filtro tra due realtà, in grado di connettere e anche proteggere, ma che se non ben strutturato rischia allo stesso tempo di separare fisicamente e socialmente, limitando l'interazione con la comunità cittadina se non per uno scambio economico.

## Considerazioni

L'aspetto fondamentale di queste comunità è il loro inserimento in un contesto rurale, considerato il più adatto per coerenza e prevedibilità ambientale, ma allo stesso tempo foriero di possibili attività, principalmente agricole. Quindi, questo concetto residenziale, lontano dalla mentalità istituzionale e decentrato dal contesto urbano, permette ai suoi abitanti di sentirsi protetti e lontani dallo squilibrio sensoriale causato dalla sovrastimolazione a cui si può andare incontro talvolta in un contesto cittadino. Ma allo stesso tempo riduce la possibilità di relazionarsi con una realtà ambientale diversa e di integrarsi totalmente nella comunità, rischiando di andare incontro ad un maggiore isolamento.





livello 0



#### Progetto

Casa Verde

#### Architetto

LDA.iMdA Architetti  
associati

#### Anno

2016

il corpo dei laboratori seminterrati sul lato sud ovest dell'edificio viene realizzato nel 2018

#### Localizzazione

San Miniato, Pisa, Italia

#### Area di estensione

3800 mq, di cui 1060 mq di area edificata calpestabile l'intero complesso è composto da 4 edifici. Il principale casa verde, sulla cima della collina, si eleva su due livelli, dove al primo si svolgono attività e al secondo si trovano le camere delle ospiti (13 camere doppie più 3 singole) e le sale terapeutiche. Un corpo lungo posto ad una quota più bassa quasi ipogea ospita i laboratori per attività ricreative ed artistiche, insieme ad un corpo piccolo e se stante che funge da magazzino, in ultima un'antica casa colonica è stata ristrutturata per ospitare il centro diurno psichiatrico riabilitativo per donne con lievi disabilità.

#### Note e riferimenti

Recupero ed integrazione del nuovo centro con l'edificio preesistente che ospitava un orfanotrofio.

La struttura si occupa di giovani dai 12 anni in poi e adulti, con importanti quadri clinici: ritardo mentale, autismo, disturbi del comportamento, della relazione e socializzazione e quadri misti.

## Casa Verde

### Residenza sanitaria per ragazze e donne con disabilità neuropsichiche

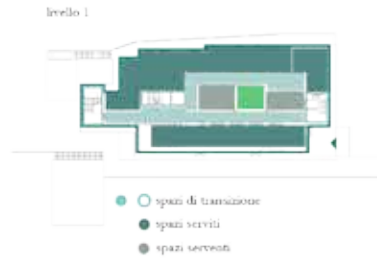
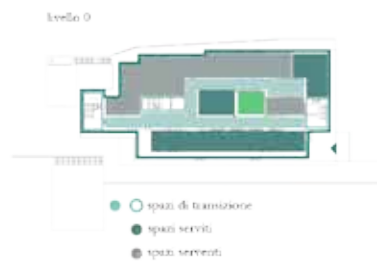
#### Breve descrizione del Progetto

L'edificio un tempo orfanotrofio era storicamente chiamato Casa Verde, poiché immerso totalmente in una foresta a ridosso del centro storico collinare di San Miniato. Diventato un punto di riferimento per la cittadina medievale per le associazioni e il volontariato, si trasforma in residenza sociale con la Fondazione Stella Maris, per ospitare essenzialmente donne affette da patologie di carattere neuropsichiatrico. La collaborazione degli architetti e ingegneri con il personale medico ed artisti porta ad intervenire sul recupero del vecchio presidio istituzionale nel tentativo di renderlo il più integrato possibile nella comunità del centro cittadino, attraverso la manutenzione dei percorsi boschivi e la riattivazione dei collegamenti dei vecchi "vicoli carbonari" che conducono alla città; oltre all'attivazione di spazi ricreativi ed artistici nel centro aperti ai cittadini, che hanno portato all'istituzione di una collezione di opere contemporanee dedicate alle ragazze "ospiti".

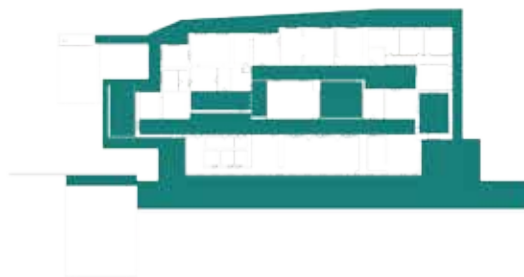
Alla base del progetto vi è il desiderio di salvaguardare l'impianto originario nei materiali e nelle forme, sottolineando e distinguendo l'ampliamento con l'utilizzo di materiali e forme contemporanee. Si interviene quindi con l'aggiunta di un nuovo corpo edilizio in metallo e cemento che si va a sovrapporre a quello esistente, caratterizzato da una facciata ventilata di diverse tonalità di verde, realizzata in pannelli metallici microforati. Una facciata che assume un ruolo simbolico, e che, oltre alla valenza cromatica, appare dall'aspetto diafano se osservato da vicino, ma massivo visto in lontananza. I fori dei pannelli permettono di esaltare il rapporto tra interno ed esterno attraverso la penetrazione della luce, che crea nel vano delle scale principali una sorta di spazio sospeso. Le aperture sui pannelli inoltre permettono di dialogare con il contesto, proiettando lo sguardo dall'interno verso il percorso di accesso storico al centro e sulla vecchia casa colonica. Alla base del corpo metallico una serie di porte finestre, su cui sono riportati dei disegni elaborati dai residenti, mette ulteriormente in relazione con il contesto esterno.

All'interno vengono utilizzati dei colori tenui, sul grigio chiaro che dialogano invece con le linee colorate che distinguono le diverse zone in cui le donne vengono divise a seconda del grado patologico (reparti di colore verde, blu e arancio e riutilizzati nell'arredo, nella segnaletica e nelle icone sulle pareti e porte).

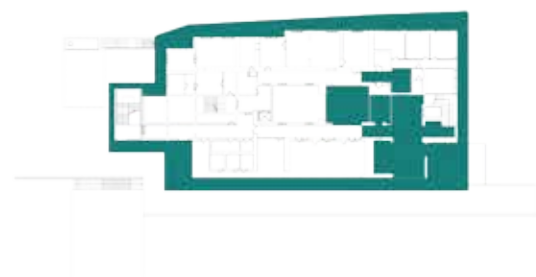




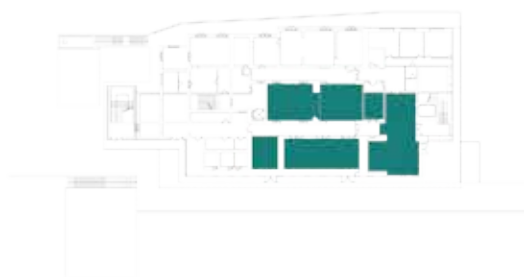
livello 0



Spazi di transizione



Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio

# Casa Verde

## Note e riferimenti

[https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldm-da-architetti-associati?ad\\_source=search&ad\\_medium=projects\\_tab](https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldm-da-architetti-associati?ad_source=search&ad_medium=projects_tab)

<https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>

<https://www.ldaimda.com/CASA-VERDE-architettura-ospedale-sostenibile-spazi-per-la-cura-innovativi.htm>

[https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldm-da-architetti-associati?ad\\_source=search&ad\\_medium=projects\\_tab](https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldm-da-architetti-associati?ad_source=search&ad_medium=projects_tab)

<https://www.theplan.it/eng/award-2017-health/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-problems-1>

video  
<https://www.area-arch.it/residenza-sociale-per-disabili-casa-verde/>

<https://www.ilcuoiaindiretta.it/in-sociale/2020/07/04/le-famiglie-non-ce-la-fanno-piu-casa-verde-a-san-miniato-vuole-riaprire/80854/>

<https://fondazionecrsm.org/?p=1061>

## Gli spazi di soglia

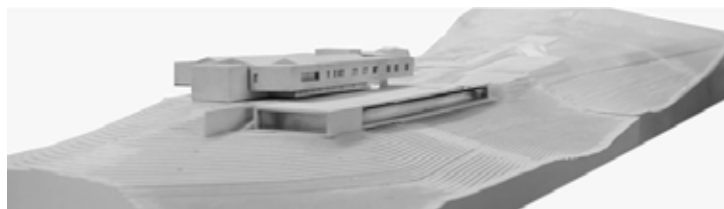
Strutturata su due livelli, al piano di ingresso troviamo le sale comuni, le stanze terapeutiche, i laboratori, la cucina, le sale da pranzo, il soggiorno e la corte. Una serie di spazi e sale comuni, accessibili a coloro che si recano al centro non esclusivamente per scopi trattamentali. Spazi di socializzazione e condivisione di interessi, dove l'aspetto artistico e terapeutico assume un ruolo importante nelle attività quotidiane. Mentre il livello superiore si distingue per la presenza delle camere e delle zone comuni prettamente riservate ai residenti della struttura. Sono spazi di privacy, personalizzati, anche se predisposti ad accogliere due persone per camera. Appare evidente dagli studi planimetrici la netta separazione funzionale tra i due livelli (zona giorno/zona notte) quasi come se l'intento fosse di non interferire con il programma di cure andando a mescolare le aree del sociale e di maggiore transizione con quelle del privato. Inoltre, i passaggi e le transizioni da uno spazio interno ad un altro vengono interrotti e segnati da una serie di soglie come le porte, che marcano e dividono gli ambienti molto nettamente.

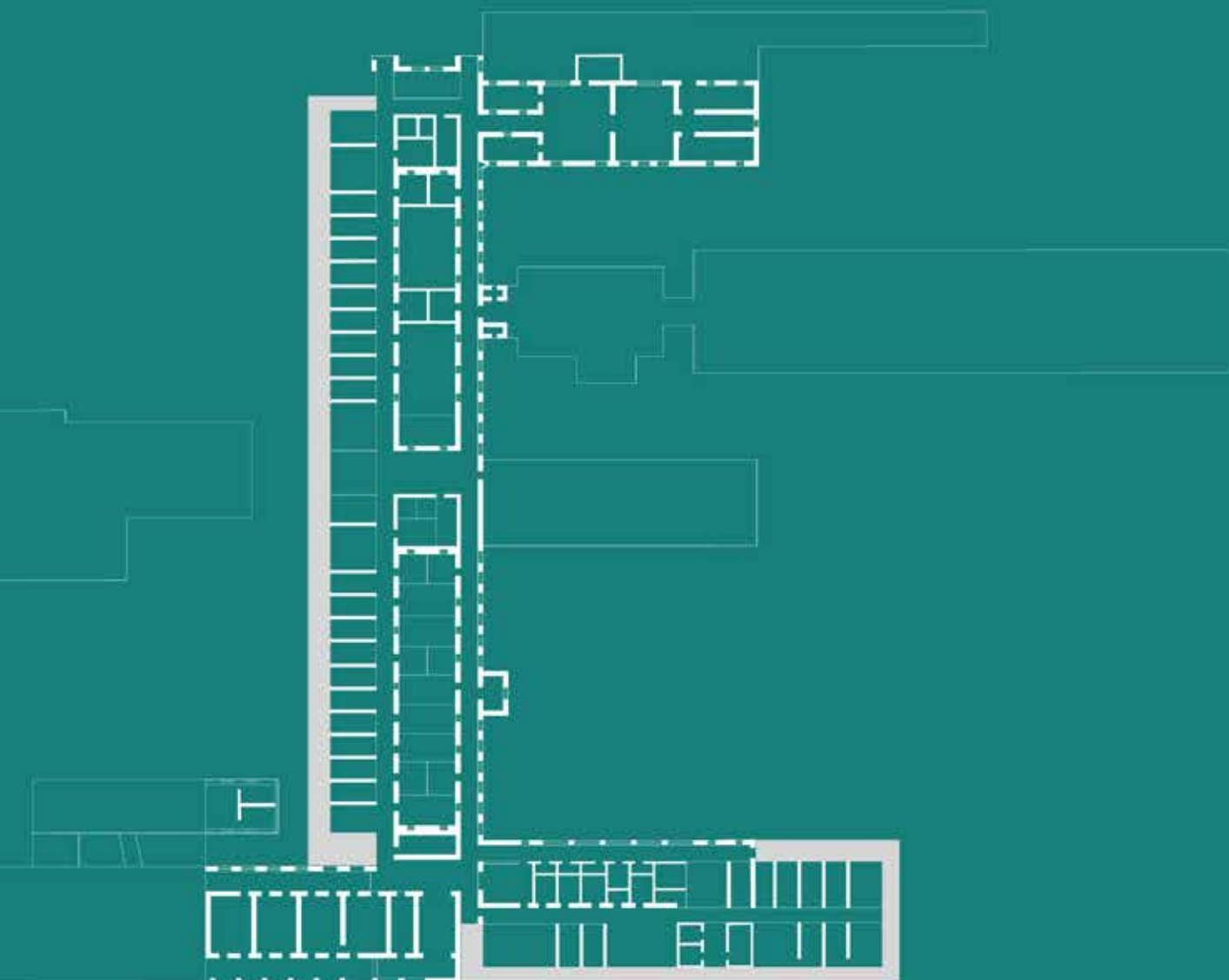
Gli spazi di soglia emergono da questa separazione descritta tra gli ambienti e, al medesimo tempo, dalla relazione che si instaura con l'edificio preesistente. Quest'ultimo, totalmente immerso nella nuova struttura, diventa parte integrante e indispensabile nel servire le mansioni principali. È interessante quindi notare come dall'interno questo attraversare le strutture non venga evidenziato in maniera marcata, così come dall'esterno sembri quasi scomparirne totalmente la presenza. Il volume rivestito da pannelli traforati, con il suo oggetto crea un passaggio coperto che circonda l'edificio accompagnando gradualmente all'ingresso e alla scoperta della casa antica.

## Considerazioni

Per quanto possa sembrare localizzato in un contesto isolato, il centro è inserito tessuto sociale in maniera molto incisiva. L'inclusione sociale e la partecipazione alla vita del territorio sembrano relazionarsi in un continuo scambio di esperienze e valori. Le attività artistiche rappresentano un aspetto terapeutico fondamentale per le residenti ma anche una forma di incontro con la comunità. L'aspetto sociale viene quindi valorizzato quanto l'uso sostenibile che si fa del territorio che ospita il centro. Il corpo nuovo è in grado di dialogare e rapportarsi con il contesto storico senza deturparne la memoria.

Al suo interno la scelta cromatica degli spazi serventi che si distingue e ripete per funzioni, nei dettagli, negli arredi, nelle icone, crea una segnaletica visiva importante a favorire il senso dell'orientamento. Anche se di un certo impatto è la scelta di utilizzare, in contrapposizione alle vivaci colorazioni che distinguono i reparti "per patologia" il colore grigio nelle camere, scelto dagli architetti per "ricreare la sensazione e l'idea di un clima ovattato, proprio in considerazione delle patologie neuropsichiatriche di chi vi vive".





0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260 270 280 290 300 310 320 330 340 350 360 370 380 390 400 410 420 430 440 450 460 470 480 490 500 510 520 530 540 550 560 570 580 590 600 610 620 630 640 650 660 670 680 690 700 710 720 730 740 750 760 770 780 790 800 810 820 830 840 850 860 870 880 890 900 910 920 930 940 950 960 970 980 990 1000



# San Francisco Javier Center

## Riqualificazione con ampliamento del Centro Psichiatrico di Pamplona

### Progetto

San Francisco Javier Center

### Architetto

Vaillou+Irigaray Architects

### Anno

2012 - 2017

### Localizzazione

Pamplona, Spagna

### Area di estensione

Del masterplan

291.455 mq

Degli spazi verdi

51.966 mq

Dell'ampliamento

9.820 mq

### Note e riferimenti

Progetto di rinnovamento avviato dell'Area Ospedaliera di Salute Mentale che comprende due unità di ricovero di media e lunga degenza e l'area ambulatoriale.

Le diverse pendenze delle falde dei nuovi padiglioni sottolineano le differenti funzioni degli spazi interni (l'inclinazione è maggiore difatti negli ambienti in cui si trovano gli impianti) generando un'asimmetria nel profilo del padiglione nuovo accostato all'esistente. Per quanto riguarda il materiale, esigenze economiche spingevano verso una progettazione monomaterica che unissero forma e struttura in un unico elemento.

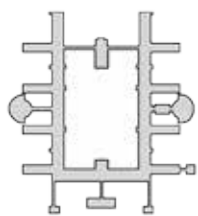
### Breve descrizione del Progetto

L'attenzione di questa analisi verte maggiormente sulle strutture edificate per l'ampliamento dell'area sanitaria odierna, che rappresenta un riferimento locale per la cura di persone affette da gravi patologie psichiatriche.

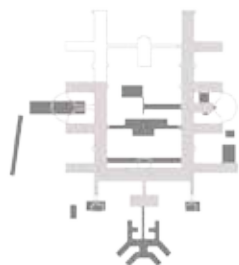
Il complesso originario fu costruito nel XIX secolo in una zona un tempo isolata dal centro cittadino, secondo lo schema ospedaliero tipicamente ottocentesco, composto da un edificio frammentato in blocchi disposti ortogonalmente intorno alle corti. La planimetria simmetrica dispone di una serie di celle un tempo adibite alla cura e degenza, di cui l'ordine gerarchico è visibile in facciata dal ritmo delle finestre. Un ordine andato perduto da degli ampliamenti successivi di tipo funzionale e poco coerenti con il resto della struttura.

Il nuovo masterplan di riqualifica si è basato: sulla rimozione delle estensioni precedenti di scarsa qualità per donare un aspetto chiaro urbano e tipologico; sul recupero funzionale della struttura originaria e su un programma di ampliamento che fornisse più camere per la degenza. Si è lavorato sull'estensione di un lato trasversale e sull'aggiunta di un corpo longitudinale, a completare la parte est del complesso con unità di ricovero e riabilitazione. Questi corpi sopraelevati mantengono le linee formali della tipologia a padiglione della struttura storica, con il tetto a falde (anche se con sezioni e inclinazioni di copertura diverse) e la continuità visiva tra interno ed esterno data da una parete completamente vetrata e rientrante al pian terreno, rispettando le proporzioni e le altezze dell'esistente. L'edificio è interamente in calcestruzzo (sia per le partizioni orizzontali che verticali, in facciata e sul tetto), dipinto con lo stesso colore del legante delle pietre e dei mattoni delle preesistenze, per ottenere una tonalità omogenea che, scurendosi nel tempo, si fonderà con gli edifici esistenti. Inoltre, ad incorniciare le finestre asimmetriche delle nuove facciate, delle proiezioni geometriche degli archi della vecchia struttura, valorizzate e schermate in alcuni punti con l'utilizzo di pannelli in corten.

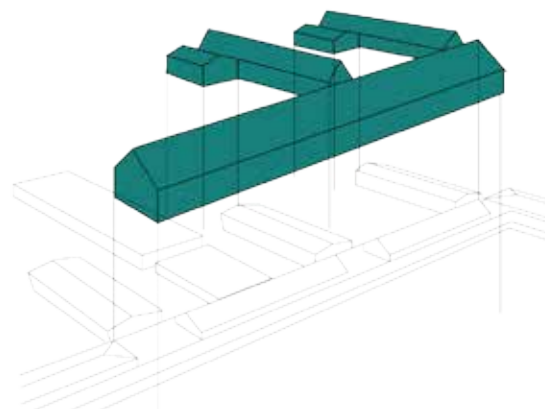
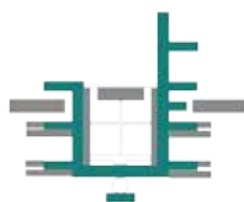
Planimetria 1906



Planimetria 2010



Planimetria di progetto 2014



# San Francisco Javier Center

## Note e riferimenti

<https://www.area-arch.it/centro-psichiatrico-a-pamplona/>

<http://www.vailloirigaray.com/portfolio/psychiatric-center/>

<https://startfortalents.net/2017/12/15/psychiatric-center-pamplona-spain-vaillo-irigaray/>

<https://arquitecturaviva.com/works/centro-psiquiatrico-en-pamplona-0>  
<https://re.public.polimi.it/handle/11311/1076781>

<https://www.floornature.it/vailloirigaray-ampliamento-di-un-centro-psichiatrico-pamplon-16127/>

video  
<https://youtu.be/ILrFaXD-MHwI>

<https://www.domusweb.it/it/architettura/2017/12/15/pamplona-un%20centro-psichiatrico-con-un-cielo-azzurro>

<https://www.arkitectureonweb.com/it/web/renovationonweb/-/centro-psichiatrico-rivisitato-tra-tracce-del-passato>

<https://www.architonic.com/it/project/vaillo-irigaray-psychiatric-center/5105676>

<https://modulo.net/it/realizzazioni/centro-psichiatrico>

## Gli spazi di soglia

Lo spazio soglia diventa un luogo in grado di creare una relazione tra passato e presente, e si manifesta attraverso la continuità visiva tra l'interno e l'esterno degli edifici, tra superficie abitata e lo scenario verde, con l'esaltazione delle tracce in facciata, con la scelta materica che differenzia ma allo stesso tempo crea omogeneità, con il rispetto e la cura delle corti e degli spazi racchiusi tra gli edifici nuovi e quelli antichi.

Sono soglie che si attraversano, che si rendono visibili e tattili, e per certi versi aperte, non concluse. Evidenti in facciata e nelle giunzioni tra il dentro e il fuori delle strutture, più che nelle scelte funzionali e strutturali degli spazi interni. Marcate dal perimetro vetrato del pian terreno, rientrando rispetto al resto del corpo sopraelevato in calcestruzzo. Dove i nuovi materiali si intrecciano con la storia attraverso la ripetizione sulla superficie uniforme in cemento di un sistema di archi ribassati, di finestre doppie, di lesene e marcapiano, che definiscono i padiglioni ottocenteschi, e si integrano con schermature in cor-ten che dichiarano l'appartenenza degli edifici a un tempo recente.

## Considerazioni

A caratterizzare il nuovo intervento è l'intento di perseguire coerentemente con la morfologia del complesso storico ospedaliero, con la realizzazione di edifici che non risultassero un'imitazione o replica, ma una continuazione in chiave contemporanea, con l'aggiunta di corpi simili a quelli esistenti, sia nei volumi che nelle altezze, e con i segni e le cuciture del passato ben visibili. Viene quindi esaltata la tipologia architettonica del padiglione a falde, valorizzato lo spazio verde e residuo tra gli edifici e mantenuta la proporzione antica tra le corti. Le tracce della memoria del luogo sono incise sulle nuove architetture come segni di una trasformazione continua, i perimetri vetrati recuperano il concetto di portico delle strutture ospedaliere di una volta.

Un'ibridazione ben riuscita tra il vecchio ed il nuovo complesso, che ri-attiva le funzioni esistenti riconfigurando lo spazio e aprendosi alle nuove tecnologie ed esigenze sanitarie, ma forse anche troppo fedele negli spazi interni, molto neutrali e basati ancora sul rapporto distributivo tra corridoio e cella. In definitiva, appare come un luogo nel suo insieme di alto dettaglio estetico, che ben integra le tracce del passato con il presente e con le prospettive future, ma che sembra ancora lontano dall'inclusione e dialogo con la comunità, dove l'essere immerso e circondato da un'area verde forse aumenta il divario dal resto della società.



livello 0



# Baum Haus

## Psychiatric Rehabilitation Centre

### Progetto

Baum Haus Psychiatric Rehabilitation Centre for Children.

### Architetto

Sou Fujimoto

### Anno

2003 - 2006

### Localizzazione

Isola di Hokkaido, Date, situato su un pendio collinare che domina la baia di Uchiura Wan nell'Oceano Pacifico.

### Area di estensione

edificio principale 2500 mq  
cubi di dimensioni 6,3 x 6,3 m  
dormitorio 570 mq  
dependance per famiglie 100 mq

### Note e riferimenti

### Breve descrizione del Progetto

Il Baum Haus è un centro di riabilitazione psichiatrica semiresidenziale per bambini e adolescenti, che possono essere ospitati nella struttura per un massimo di due anni e mezzo, frequentando le scuole della comunità più vicina. Sebbene adiacente alla cittadina di Date, il sito appare abbastanza protetto dall'inquinamento acustico della linea ferroviaria e delle strade trafficate della costa. Le grandi facciate vetrate, la posizione collinare e la foresta circostante permettono di godere pienamente del paesaggio naturale.

Il complesso è composto da tre corpi di fabbrica:

- un edificio principale che si sviluppa su 24 cubi bianchi monolitici distribuiti in modo apparentemente casuale e disposti su due livelli. Nell'insieme simboleggiano una micro cittadina immersa nella foresta dove ogni singolo cubo rappresenta la casa, che può ospitare fino a 4 persone per piano per un massimo di 50 residenti. Le camere vengono divise per genere, al piano terra camere maschili e al primo piano femminili. Oltre alle zone residenziali comprende una clinica di riabilitazione e il centro amministrativo.

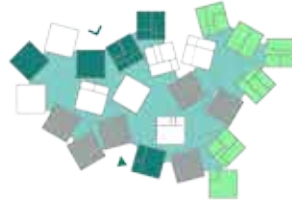
- un secondo edificio leggermente separato funge da casa educativa "per una vita indipendente" per adolescenti (massimo 20) composto da cubi di colore nero connessi da pareti vetrate.

- una piccola dependance che comprende due residenze per i familiari in visita.

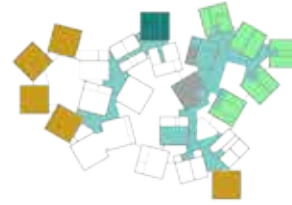
La concezione spaziale è supportata dall'uso semplice di materiali e colori naturali. Nel blocco principale i cubi sono omogeneamente bianchi sia all'interno che all'esterno, compreso il controsoffitto composto da una griglia di assi di legno ridipinte (che nasconde le installazioni tecniche, lasciando passare la luce naturale dai lucernari). Mantiene una continuità tra i blocchi anche il pavimento in legno verniciato, materiale che si ripete nelle ringhiere delle scale e dei balconi del primo piano, così come negli arredi, sia delle stanze dei residenti che delle aree comuni.



livello 0



livello 1



- copertura piana accessibile/terrazzo
- superficie calpestabile
- cubi di accesso
- cubi residenza
- cubi per il personale
- cubi e spazi attrezzati
- ▲ accesso bambini
- ▲ accesso personale

Spazi di transizione

livello 0



livello 1

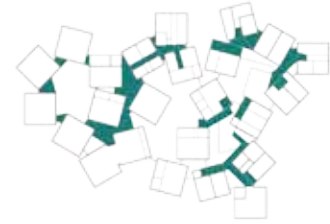


Spazi filtro

livello 0



livello 1

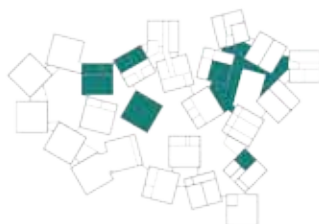


Spazi d'attesa

livello 0



livello 1

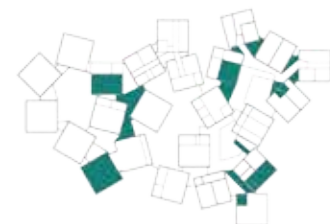


Spazi di rifugio

livello 0



livello 1



# Baum Haus

## Note e riferimenti

F. Ståhlberg-Aalto, *The aesthetics and architecture of care environments*, 2019

*Architecture thérapeutique*, in *L'Architecture d'Aujourd'hui*. Rivista numero AA405, 2015

S. Fujimoto, T. Ito, T. Igarashi & T. Fujimori. *Sou Fujimoto: Primitive Future. Contemporary Architect's concept Series*, 2008

Sou Fujimoto Architects  
Baum Haus. *JiHa Journal of Japan Institute of Healthcare Architecture* 159, 2008



## Gli spazi di soglia

Alla base del progetto dell'edificio principale c'è l'idea di fornire dei vuoti spaziali che gli ospiti del centro siano in grado di trasformare in luoghi con un'identità a seconda dell'utilizzo. Gli spazi comuni a doppia altezza prevedono delle attività a cui i bambini possono scegliere liberamente se partecipare. Le nicchie e gli angoli nascosti sono stati pensati come luoghi che forniscono diversi gradi di privacy, mentre l'articolato layout spaziale permette al bambino di giocare scoprendo la struttura che, non avendo un aspetto domestico abituale, aumenta la curiosità. La circolazione interna, apparentemente complicata, sembra risultare di facile orientamento, probabilmente poiché accompagnata e mediata dall'uniformità della pavimentazione.

Gli angoli e le distanze tra i cubi bianchi sono meticolosamente progettati per ricreare uno spazio continuo, che varia gradualmente le dimensioni dall'essere stretto e denso, nell'intersezione dei cubi, all'essere ampio e aperto, nelle zone comuni. Le facciate vetrate permettono a questi spazi di mantenere una continuità dall'interno all'esterno. I confini tra ambiente ed edificio, esterno ed interno, sembrano dissolversi, mentre il confine tra spazio pubblico e privato è reso volutamente disomogeneo.

I luoghi per le attività comuni di ristorazione e tempo libero sono ricavati negli spazi interstiziali dei cubi, ma non escludono delle parti di area dedicate ad attività più personali, per la cura del corpo. All'interno dei cubi, invece, l'ambiente è più intimo. Vi risiedono le camere da letto, i servizi igienici, una piccola biblioteca e la cucina. I cubi dell'area di riabilitazione comprendono invece sale terapeutiche, per attività motoria e un laboratorio per l'artigianato in legno, e negli spazi ricavati dalla loro intersezione si formano delle sale polivalenti.

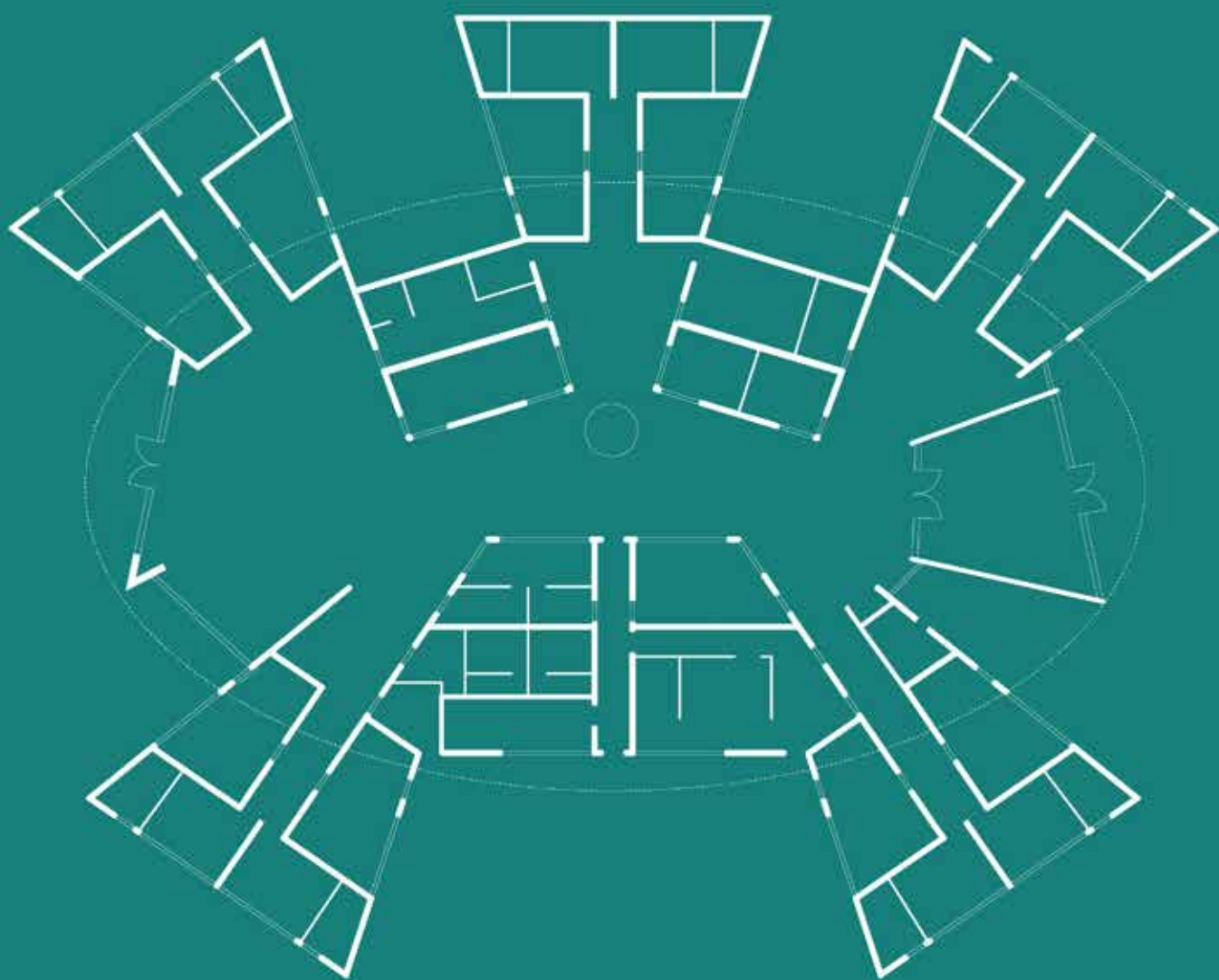
Gli ingressi alla struttura sono diversi per il bambino e per l'adulto: in blocchi diametralmente opposti, il primo si apre su un ambiente intimo in cui riporre le scarpe e lavare le mani per poi passare ad uno ampio di attività comuni; il secondo si dirama in più direzioni attraverso collegamenti vetrai di piccole dimensioni, attraversando gli uffici, la sala d'attesa e d'incontro.

## Considerazioni

L'architetto stesso definisce il suo progetto come un "luogo che è vago, imprevedibile, pieno di improbabilità."

Il concetto è di dare libertà e al contempo privacy al bambino garantendo sicurezza, smontando l'idea gerarchica degli spazi sanitari, e la logica del corridoio distributivo. Gli spazi di piccole dimensioni permettono di stabilire maggiore intimità e facilitare l'interazione, a controbilanciare il senso di apertura che dona la doppia altezza negli ambienti comuni e il poter vagare liberamente all'interno e all'esterno della struttura, accompagnati gradualmente da un passaggio di scala. Tuttavia, il paziente potrebbe non essere in grado di scegliere autonomamente quale spazio frequentare, e le nicchie al riparo dallo sguardo del caregiver rappresentano sì dei punti di rifugio ma allo stesso tempo implicano uno stato di fiducia e responsabilizzazione che, data la varietà delle età dei bambini e in alcuni casi la acuta sensibilità emotiva, non sempre sono spazi convenienti o adatti ad accoglierli. Potrebbe risultare quindi una struttura controproducente nell'aspetto terapeutico per l'utente in questa fascia di età, essendoci una ripetitività di spazi talvolta dispersivi che, anche se di piccole dimensioni, potrebbero non ricreare un senso abitativo confortevole necessario, seppur gli spazi comuni rappresentino un ambiente favorevole e di condivisione.

Per quanto possa essere privilegiata per la posizione paesaggistica, inoltre, la struttura appare decisamente molto isolata e periferica rispetto al resto della comunità e può manifestare uno stato di angoscia nel bambino, che si ritrova a risiedere lontano dall'ambiente familiare.



# L'éveil du Scarabée

## Centro per adulti con autismo

### Progetto

L'éveil du Scarabée

### Architetto

Emmanuel Negroni

### Anno

2011-2014

### Localizzazione

Chateau de Bourron,  
Champcevrains, France

### Area di estensione

1530 mq

20 residenti. Possibilità di  
ampliare a 36. 5 nuclei abi-  
tativi da 4 stanze ciascuno.

### Note e riferimenti

Il ristorante e la zona bar, con un'ampia terrazza all'esterno, rappresenta un luogo di incontro immerso nella natura. La cucina didattica si apre direttamente su un piccolo giardino paesaggistico, un volume aperto ma distaccato dal ristorante per avere più intimità.

L'unità lavorativa è inserita nella struttura preesistente della fattoria già presente nell'area. La scelta di riadoperarla adeguandola strutturalmente permette di uscire dal centro per recarsi nello spazio dove si svolgono attività di laboratorio, spazio corporeo, legno, scultura. Anche il fienile è stato restaurato mantenendo l'aspetto originario, permettendo quindi alle due strutture di rappresentare il legame con la memoria del luogo.

### Breve descrizione del Progetto

L'éveil du Scarabée è una casa per 20 adulti nello spettro autistico, progettata da Emmanuel Negroni nel 2006. Lo scopo dell'edificio è quello di fornire un ambiente che faciliti una "buona vita con autismo" ai residenti, che necessitano di un alto livello di assistenza. L'architettura è moderna e si basa su un concetto di "piazza del villaggio", dove le aree comuni, amministrative e mediche sono allineate su una spina dorsale centrale. Le stanze dei residenti si diramano da quest'area principale, simili a "case di legno" che emergono dalla piazza del villaggio.

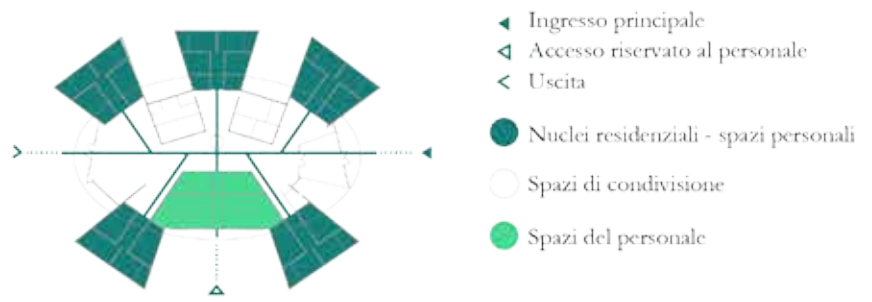
La piazza ospita un nuovo edificio che offre diverse sale per esercizi ed attività, oltre a un fienile storico che verrà restaurato per ospitare gli animali. Il design del progetto è stato focalizzato sull'utilizzo dei sensi come terapia, per creare un'atmosfera accogliente e familiare, pur mantenendo i supporti necessari. L'edificio è progettato con volumi e diverse altezze per creare aree sia comuni che private, dove i residenti possono rilassarsi ed esplorare le diverse attività. La luce naturale e le vetrate sulle porte e finestre sono strategicamente posizionate per permettere agli abitanti di godere della vista sul paesaggio esterno. Mentre l'illuminazione artificiale viene utilizzata come cromoterapia sia durante il giorno che la notte.

Gli edifici sono stati progettati per soddisfare le esigenze dei residenti, con l'utilizzo di colori d'accento diversi per le aree amministrative e mediche. Inoltre, i residenti sono in grado di personalizzare le loro stanze come preferiscono. Per ridurre al minimo il riverbero, la struttura incorpora trattamento acustico su pareti e soffitto. Gli stakeholder hanno posto grande enfasi sulla sostenibilità dell'edificio, che comprende l'uso di energia rinnovabile, come pannelli solari per l'acqua calda, un sistema di ventilazione con scambiatore di calore per il recupero energetico e riscaldamento a pavimento attraverso un sistema di energia geotermica.

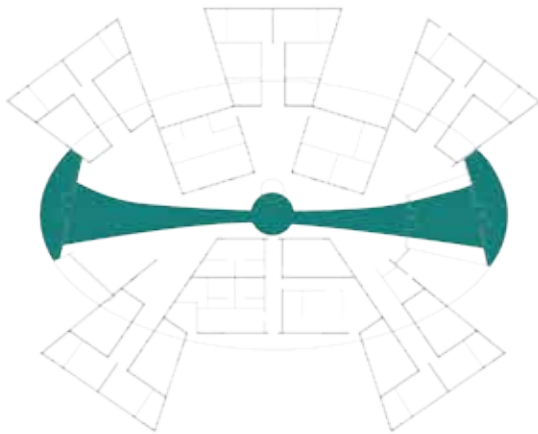
Le cinque abitazioni, realizzate ciascuna con diversi tipi di legno, sono composte da 4 stanze l'una di 25 mq. Vengono pensate distanziate dallo spazio centrale pubblico per favorire i momenti di privacy.

Infine, oltre alle varie attività che si possono svolgere tra gli spazi pubblici, troviamo leggermente distaccati dalla struttura due piccoli edificati che corrispondono all'ex fattoria e al fienile, adibiti oggi a spazio lavorativo ed educativo, sono stati restaurati in maniera fedele alla conformazione originale.

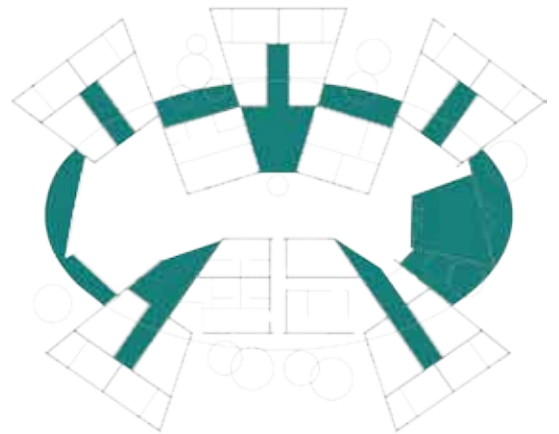




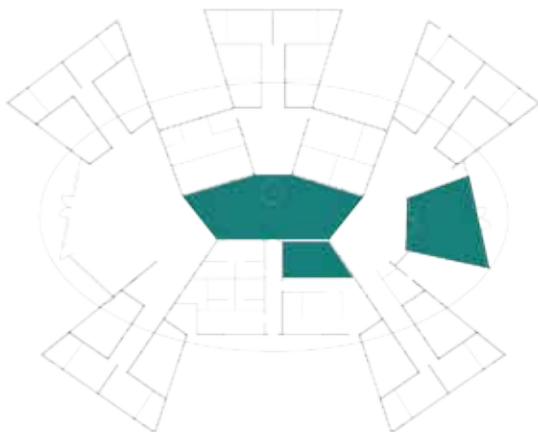
Spazi di transizione



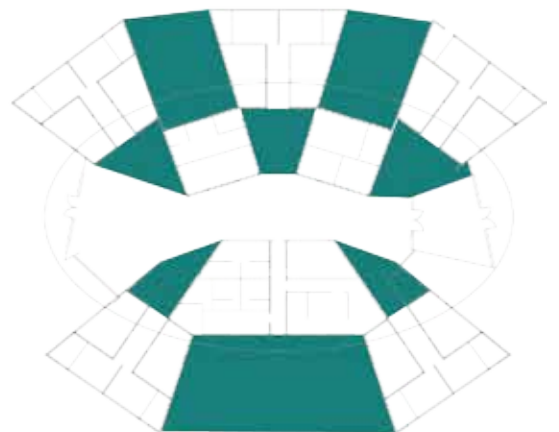
Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



# L'éveil du Scarabée

## Note e riferimenti

Architecture et psychiatrie:  
Approches françaises et  
internationales (a cura di),  
Viviane Kovess-Masféty e  
Donato Severo, 2017

<https://www.emmanuel-negroni-archivision.com/l-veil-du-scarab-e>

[www.emmanuel-negroni-archivision.com](http://www.emmanuel-negroni-archivision.com)  
<https://m.facebook.com/autisme.autiste/>



## Gli spazi di soglia

La volumetria generale dell'edificio, con la sua volta ellittica in zinco come copertura, conferisce un aspetto accogliente e una sensazione di protezione, pur mantenendo uno spazio ampio al suo interno per contenere gli spazi abitativi, i servizi amministrativi e tecnici. La piazza è il fulcro della struttura, lo spazio di incontro e socializzazione, di passaggio e transizione attorno al quale ruotano tutti i servizi. Mentre le abitazioni in legno adiacenti al corpo centrale offrono la possibilità di rifugiarsi e ritirarsi al bisogno in uno spazio più intimo e circoscritto.

La relazione tra l'interno e l'esterno è molto enfatizzata attraverso l'uso dell'illuminazione naturale e artificiale. La luce naturale si diffonde all'interno in maniera mai diretta, filtra attraverso lucernari e finestre che permettono delle viste su scorci di cielo e di vegetazione. Gli stessi lucernari di notte si trasformano in fonti luminose modificando l'atmosfera. Dove necessario la luce abbagliante viene filtrata e diffusa attraverso dei sistemi digitali.

È possibile invece intervenire sulla variazione della luce artificiale attraverso programmi tecnologici, sia modificandone l'intensità che la gradazione cromatica. L'atmosfera interna assume così colori più caldi e tenui in serata e più vivaci e stimolanti durante il giorno.

Colori e materiali diventano quindi indicatori essenziali nella localizzazione e identificazione degli spazi: l'ingresso delle unità abitative, del salotto, degli spazi comuni sono assimilabili a precisi colori presenti sulle cornici delle porte, finestre o in altri elementi d'arredo. Una serie di soglie si oltrepassano per raggiungere i diversi ambienti in maniera quasi impercettibile.

Seppur non vi siano aree specifiche adibite all'attesa o di incontro con i familiari e amici davanti alle varie sale che affacciano sulla piazza interna vengono allestiti degli spazi di dialogo, di lettura, di riposo, di intrattenimento di vario tipo, che permettono di scegliere il diverso livello di privacy o condivisione che si preferisce in un dato momento. L'arredo e il posizionamento dei setti nello spazio pubblico offrono un ambiente di transizione libero da vincoli, che incoraggia al movimento senza imporre il raggiungimento di un'area precisa.

## Considerazioni

Il lavoro di ricerca che sta dietro il seguente progetto, durato quasi sette anni, ambisce a diventare strumento di riferimento nel settore edilizio dell'architettura per l'autismo, con la possibilità di riproporlo in altre forme, pur mantenendo la sua essenza. Lo studio incentrato su una traduzione dei sensi in un linguaggio architettonico ha condotto ad un progetto che potesse rispondere alle diverse sensibilità che si possono manifestare nella sfera dello spettro autistico. La poca disponibilità economica per la realizzazione del progetto ha fatto sì che le soluzioni progettuali raggiunte possano soddisfare ugualmente le esigenze senza essere troppo dispendiose, rendendolo adeguato ad essere inserito in vari contesti. Investire ed intervenire in maniera ponderante sull'illuminazione è un fattore che giova nell'aspetto terapeutico e aiuta a scandire in maniera semplice e spontanea dei ritmi temporali. L'associazione di un colore ai diversi ambienti e a parti della giornata è un'informazione fondamentale per gli abitanti della struttura che necessitano di indicazioni spazio-temporale per facilitare l'adattamento al luogo. Così come particolare attenzione viene data all'aspetto acustico dove, per ridurre l'effetto eco, si interviene con l'aggiunta di pareti metalliche perforate.

Le abitazioni personalizzabili e distanti dagli spazi pubblici permettono maggiore riservatezza, ma la conformazione simmetrica della struttura fa sì che il soleggiamento non sia il medesimo in ciascuna di esse. Inoltre, gli edifici dei laboratori, anch'essi leggermente distanziati dal nucleo centrale, permettono così di uscire dal centro per recarsi nello spazio lavorativo e, mantenendo l'aspetto originario, rappresentano l'unico elemento di conservazione del luogo.



Progetto  
Trillium Secure  
Architetto  
TVA Architects  
Anno

2015 - 2020

Localizzazione

Corvallis, OR, Stati Uniti

Area di estensione

16 posti letto (8 in un blocco e 8 in un altro). Completato in più fasi progettuali  
Prima fase della costruzione: 12,750 sq ft, (1180 mq)  
seconda fase: 9,750 sq ft (905 mq)

Note e riferimenti

L'area comprende una serie di strutture per la gestione di problematiche dei ragazzi dai 5 ai 18 anni (Trillium Family Services; SAIP Children's Farm Home e Redwood Building)

## Trillium Secure

Clinica psichiatrica e struttura residenziale per bambini e adolescenti

### Breve descrizione del Progetto

La clinica psichiatrica Trillium è un campus composto da più edifici e completato in diverse fasi progettuali. Offre un programma residenziale di trattamento terapeutico a breve termine per giovani che richiedono supporto psicologico. La struttura dal carattere contemporaneo si contraddistingue dal contesto rurale in cui è inserita essendo situata all'interno di un'area storica che ospitava The Children's Farm Home, nato nel 1925 come orfanotrofio, trasformato poi in una scuola e oggi facente parte del Trillium Family Services. A seguito di un progetto di ristrutturazione il Children's Farm Home è stato riaperto nel 2013 come centro familiare e di incontro con i parenti dei ragazzi che risiedono nella nuova clinica psichiatrica. I servizi al suo interno comprendono, oltre alle stanze per gli incontri situate al piano terra, un ristorante, gli uffici amministrativi ed un museo che racconta la storia e le evoluzioni del complesso architettonico dalle origini all'attuale centro psichiatrico.

Nella fase di ristrutturazione del campus i "cottage" originali della Farm Home non sono stati ritenuti adatti alle necessità di sicurezza pensate per i giovani ragazzi, da qui la scelta della costruzione di una nuova struttura idonea.

Composta da più blocchi di edifici che si estendono su un unico livello con un evidente layout simmetrico, ospita gli spazi residenziali e i servizi comuni e terapeutici: due blocchi disposti simmetricamente rispetto all'asse principale, racchiudono 8 posti letto ciascuno; gli altri corpi si inseriscono mettendo in comunicazione gli spazi personali con quelli di condivisione e con gli spazi terapeutici; si creano inoltre due cortili aperti racchiusi tra gli edifici agli estremi dell'asse di simmetria.

Gli spazi privati si differenziano inoltre nella composizione da quelli comuni per l'utilizzo del tetto a falde rispetto al tetto piano e per la scala cromatica della vernice utilizzata sui rivestimenti metallici.

Nel complesso l'edificio ha lo scopo di fondere le qualità di una nuova struttura per la salute mentale con le tradizionali forme vernacolari, riconoscendo l'ubicazione rurale e fornendo un simbolismo residenziale. I progettisti hanno collaborato con il personale della struttura e con i pazienti per comprendere al meglio le esigenze, per sviluppare un design confortevole e accogliente ma che rispettasse i requisiti di sicurezza.

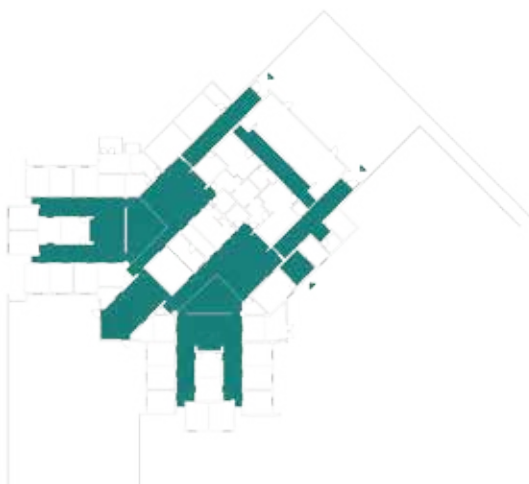




Spazi comuni e terapeutici  
 Spazi amministrativi  
 Spazi residenziali



Spazi aperti sicuri



Spazi di transizione



Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio

# Trilium Secure

Note e riferimenti  
fotografie  
© Charles Chestnut

<https://tvaarchitects.com/project/trillium-saip-1/>  
museo dedicato alla conservazione della storia della casa colonica

<https://www.armuseum.com/new-blog-1/childrens-farm-home>

<https://omeka.wou.edu/exhibits/show/rural-schools-exhibit/the-childrens-farm-home>

<https://www.archdaily.com/803705/trillium-secure-adolescent-inpatient-facility-tva-architects>

## Gli spazi di soglia

Il nuovo complesso è caratterizzato da una serie di spazi soglia ben scanditi dalle diverse funzioni che assumono gli edifici, i quali diventano essi stessi con la loro disposizione i recinti del complesso sanitario. Le diverse pavimentazioni interne, le variazioni delle altezze, i vari colori in facciata sono tutti elementi che differenziano le funzioni e scandiscono un ritmo preciso all'interno dell'area.

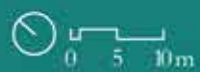
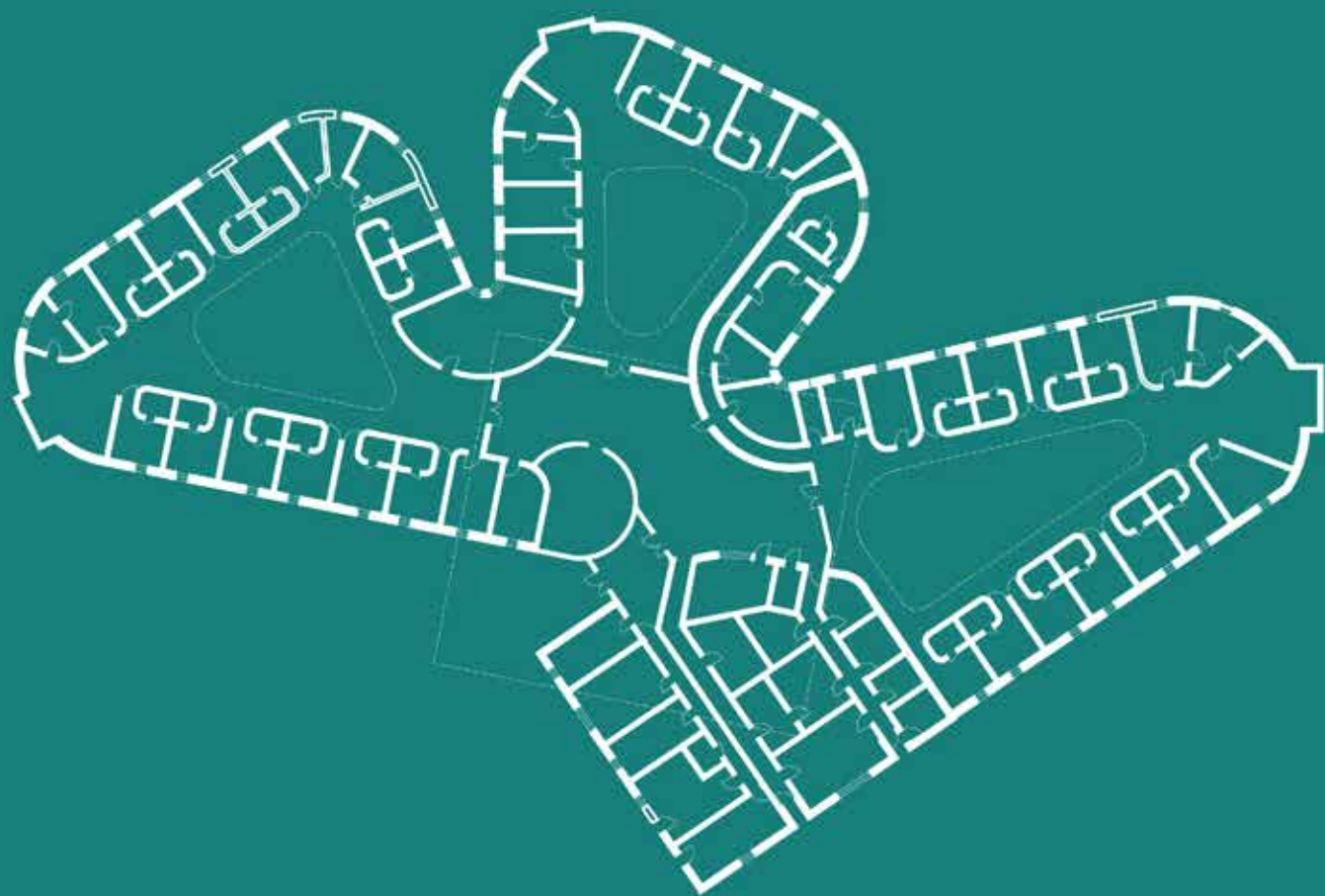
I cortili rappresentano un importante spazio di relazione, mentre le parti comuni interne costituiscono uno spazio di passaggio graduale che collega l'esterno con l'ambiente terapeutico, agli spazi del sociale, fino alle meno visibili aree della sfera privata, dove ulteriori piccole porzioni di area rappresentano dei punti conforto dove potersi rifugiare dagli sguardi esterni. Le ampie vetrate che affacciano sugli spazi comuni fungono da filtro di protezione tra l'interno e l'esterno, consentendo di osservare ciò che accade al di fuori e valutare se interagire o meno con gli altri. Gli spazi di transizione sono le aree comuni interne che collegano gli spazi funzionali e facilitano il passaggio tra diversi edifici, senza incontrare alcuna barriera architettoniche. Il cambio di pavimentazione è una caratteristica che permette di distinguere la funzione delle varie aree. Le corti pur essendo spazi comuni e di condivisione rappresentano uno spazio di rifugio e di filtro. Di rifugio la corte interna poiché, adiacente agli spazi personali, rappresenta uno spazio protetto e al riparo dagli agenti esterni; di filtro la corte in prossimità degli accessi, in quanto funge da collegamento del Centro con l'esterno ma permette un passaggio graduale e attenuato dal suo attraversamento.

Gli spazi personali delle camere possono essere interpretati come spazi di rifugio essendo localizzati in una precisa zona dell'intero complesso e avendo dimensioni minime. Sono spazi individuali che assumono quindi la sola funzione di riposo e di ritiro sicuro. Così come gli spazi terapeutici, aule per lo più delle stesse dimensioni delle camere, accessibili in qualsiasi momento per favorire il riequilibrio dei sensi. Sale d'attesa o luoghi specifici per l'incontro con il familiare o altri, non sono specificati nelle aree di progetto, ma sono individuabili nelle zone comuni che presentano sedute

## Considerazioni

La matericità, i colori e le altezze variabili creano movimento e gioco all'interno dell'area, rendendo l'atmosfera più intima, leggera e meno istituzionale. Oltre a garantire una chiara e visibile distinzione tra gli spazi. Le corti assumono un ruolo importante nel progetto, occupando un'ampia superficie e circondando gli estremi della struttura.

La possibilità di separare i pazienti in base al diverso grado di disabilità, ha portato ad una progettazione che renda flessibile la struttura, attraverso l'uso di partizioni interne che, grazie al layout simmetrico, consente le aperture o le chiusure delle unità in base alle esigenze. Sicuramente una formula positiva nel caso in cui non fossero occupate tutte le celle abitative per rendere meno dispersivo l'ambiente e favorire più concentrazione in alcuni spazi comuni per la socializzazione. Si può dire inoltre che l'edificio si inserisca armonicamente tra le strutture della Farm Home, dando vita al primo dei quattro campus sicuri, anche se le recinzioni che vengono sostituite dagli edifici possono risultare dei veri e propri muri o comunque barriere troppo marcate, dove l'unico elemento che relaziona con l'esistente è il tipo di vegetazione che viene ripresa. La divisione quindi tra la nuova struttura residenziale e la vecchia struttura che ospita le funzioni comuni e crea la possibilità di incontro, può essere una scelta funzionale da un punto di vista programmatico per gli spazi della terapia, ma al contempo crea un'ulteriore distanza e divisione dal resto della comunità, oltre a restringere di molto la libertà di movimento all'interno del centro.



# Unité des soins intensifs en psychiatrie Garderosse de Libourne

## Progetto

Unité des soins intensifs  
en psychiatrie Garderosse,  
Libourne. (ULISS-Unité  
Libournaises de Soins  
Spécialisée).

## Architetto

Spirale Architectes, Agence  
COCO Architecture

## Anno

2009-2014

## Localizzazione

Libourne, France

## Area di estensione

Superficie costruita

1803m<sup>2</sup>; superficie totale

2460 m<sup>2</sup>

25 posti letto (22 per adulti

+ 3 per adolescenti/bam-

bini)

## Note e riferimenti

Si tratta di un'unità psichiatrica intensiva inserita nello storico complesso ospedaliero a padiglioni Garderosse di Libourne.

## Breve descrizione del Progetto

L'equipe medica del complesso ospedaliero Garderosse, costituito da padiglioni distribuiti su un vasto terreno recitato, ha richiesto un piano di ricostruzione dei servizi psichiatrici e delle sue strutture. Il piano d'azione prevedeva un miglioramento dell'accoglienza del paziente e delle condizioni di lavoro del personale permettendo una degenza più rapida e transitoria, oltre alla progettazione di due nuove unità "di crisi" (10 posti letto) e "post-crisi" (12 posti letto), più due camere di isolamento, una serie di servizi comuni ed uffici, ed un incremento degli spazi terapeutici e d'accoglienza per le famiglie in visita. Viene previsto inoltre un reparto in supporto agli adolescenti con tre posti letto in caso di necessità gravi, posto in continuità alle stanze di degenza per gli adulti con ingresso visibilmente separato dal resto del centro e chiuso di notte per motivi di sicurezza. Mentre durante il giorno la circolazione negli spazi per gli adulti è libera e prevede la partecipazione congiunta ad alcuni laboratori terapeutici se considerata efficace a i trattamenti riabilitativi.

Con l'obiettivo di garantire maggiori possibilità di privacy e di libertà di momento e di condivisione, pur muovendosi in ambiente sicuro e protetto, ci si è adoperati verso una strategia che ha eliminato le recinzioni e ogni richiamo alla conservazione tipologica del padiglione. Il progetto di rinnovamento del reparto psichiatrico già presente nell'antico padiglione 38 iniziato nel 2008, si trasforma in una vera e propria demolizione e ricostruzione nello stesso sito di una nuova struttura specializzata in bisogni psichiatrici.

La clinica si sviluppa su un unico livello occupando l'80 % dell'area in superficie costruita e il restante 20 in spazi aperti comuni non percepibili dall'esterno. Degli spazi aperti difatti si inseriscono bucando il corpo della sinuosa struttura svolgendo la funzione di corti interne protette, dove le recinzioni sono date dalle mura della struttura stessa. Il progetto architettonico ha previsto un corpo curvilineo e irregolare atto ad ospitare i pazienti, interrotto da un blocco rigido centrale in cemento che permette l'accesso all'intero complesso e che racchiude gli uffici amministrativi, i servizi, i locali logistici (quali la cucina, i magazzini, depositi bagagli e locali tecnici) e le aree specifiche per la terapia.

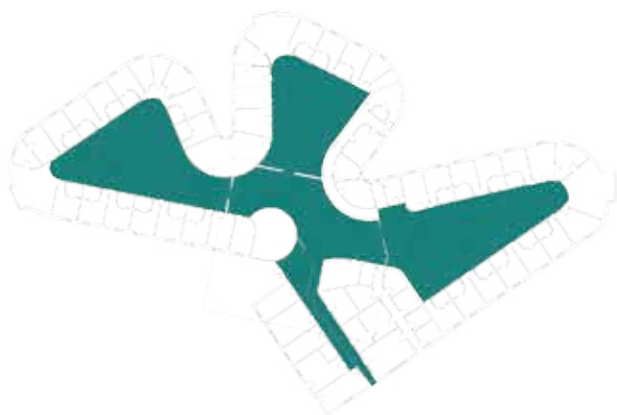
Le camere (singole e con servizi igienici privati) e le zone giorno (sale comuni e di attività) organizzate lungo i volumi curvilinei che circoscrivono i patii possono essere facilmente sorvegliate dalla postazione centrale di ritrovo del personale infermieristico.

I materiali utilizzati si distinguono tra forma e funzione: la struttura curvilinea, a differenza del cubo centrale in cemento, è rivestita esternamente in legno, materiale naturale e caldo, mentre internamente presenta pareti lisce e resistenti rifinite in intonaco minerale bianco. Le ampie pareti vetrate, che permettono l'affaccio dagli spazi personali verso l'esterno del centro, sono rivestite da una pellicola adesiva opaca che attenua la trasparenza e gli effetti di riflesso.

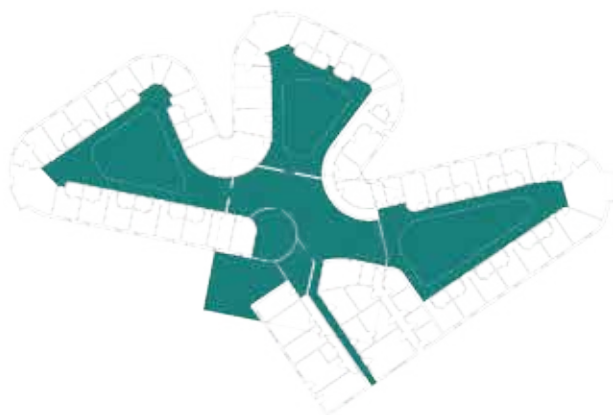




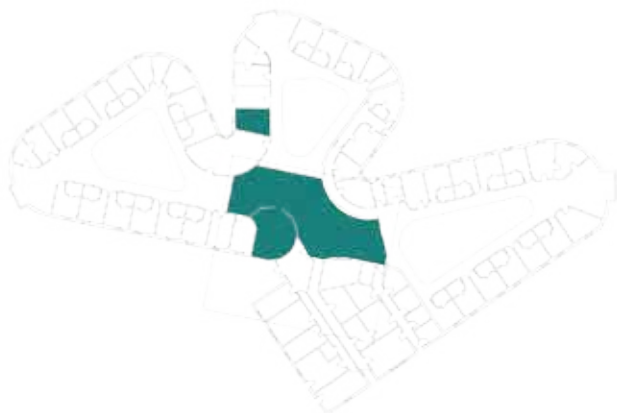
Spazi di transizione



Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



# Unité des soins intensifs en psychiatrie Garderosse de Libourne

## Note e riferimenti

Architecture et psychiatrie: Approches françaises et internationales (a cura di), Viviane Kovess-Masféty e Donato Severo, 2017, pp 266-271

<https://www.cocoarchitecture.fr/projet/centre-de-soins-intensifs-en-psychiatrie/>

<https://www.spirale-architecture.fr/portfolios/sante-unite-de-soins-intensifs-de-psychiatrie-libourne/>

<https://www.cocoarchitecture.fr/projet/centre-de-soins-intensifs-en-psychiatrie/>

<https://www.cocoarchitecture.fr/en/projet/intensive-care-and-psychiatric-centre/>

<http://www.ch-libourne.fr/actualites/luliss-rentre-en-service/>

[https://issuu.com/ericle-naerts/docs/lenaerts-book\\_20141101\\_1b611d9df-9d543/s/10331553](https://issuu.com/ericle-naerts/docs/lenaerts-book_20141101_1b611d9df-9d543/s/10331553)

<http://www.ch-libourne.fr/>

[http://www.ch-libourne.fr/media/file\\_uploads/histoire\\_hopitaux\\_libourne.pdf](http://www.ch-libourne.fr/media/file_uploads/histoire_hopitaux_libourne.pdf)

<https://www.leresistant.fr/2022/01/29/hopital-robert-boulin-lac-cueil-psychiatrique-setofe-et-se-mutualise-a-proximité-des-urgences/>

## Gli spazi di soglia

Il progetto si pone come una reinterpretazione tipologica dell'edificio a patio, lavorando con forme curve raramente utilizzate nel settore sanitario, donando un aspetto più morbido alla struttura vista dal di fuori. Oltre le pareti curvilinee si trovano le camere con affaccio sui patii, permettendo alla luce di penetrare efficacemente all'interno degli spazi di relazione e quelli personali. La sostanziale composizione della struttura ruota attorno al senso di condivisione e di intimità, dai tratti formali alla scelta materica, andando a definire e differenziare gli spazi utilizzati dai pazienti da quelli del personale medico. Gli spazi di soglia in questo contesto assumono così la forma delle funzioni: lo spazio personale delle camere diventa un luogo di rifugio, dove il passaggio verso gli spazi comuni viene filtrato dalle pareti vetrate che affacciano sui patii. I patii a loro volta diventano uno spazio riconosciuto, di confort e riparo che mediano la transizione verso le altre aree esterne, fungendo quindi da filtro e da rifugio al tempo stesso, separando la sfera personale da quella di condivisione. Gli spazi di transizione e di attesa diventano così le aree situate al di là delle corti, quegli spazi centrali, di sorveglianza, di stasi e riflessione e al contempo di incontro, posti oltre la soglia della propria corte. Elementi come pensiline, coperture e finestre aggettanti accompagnano gradualmente il passaggio tra interno ed esterno.

## Considerazioni

Questo nuovo padiglione corrisponde a quello che può essere definito un progetto più in linea possibile con gli standard attuali in termini di sicurezza e cura definiti nella psichiatria francese, in grado di aumentare le capacità di accoglienza dell'unità sanitaria. La rimozione dei recinti può essere intesa come un fattore positivo in questo contesto ma si cela ugualmente dietro la costruzione di mura e blocchi di cemento che limitano la circolazione e banalmente la vista dell'ingresso/uscita principale della struttura. I patii definiti "patii sicuri" non sono altro che dei luoghi e spazi aperti che consentono sì il libero movimento del paziente, seppur sotto il controllo di un supervisore, ma allo stesso tempo rappresentano una finta parvenza di libertà e riducono drasticamente le possibilità di interazione se non tra i soli pazienti del centro, divisi a loro volta per la gravità della patologia. Per quanto nasca con l'idea di una clinica alternativa alle architetture psichiatriche tradizionali mantiene nel suo intento il carattere segregativo, attenuato da un utilizzo materico e formale che si distingue. Per quanto concettualmente gli spazi aggregativi siano stati pensati con una certa qualità della privacy e riservatezza, evitando situazioni dispersive che potrebbero infierire su possibili stati d'ansia del paziente, viene limitata la necessità di relazione come aspetto terapeutico fondamentale per lo sviluppo personale e oltre al benessere mentale. Inoltre la scelta di creare più patii suddivisi per lo stato di degenza implica automaticamente una distinzione tra i pazienti, sicuramente data dalle differenti esigenze ma che contribuisce ad aumentare lo stato di isolamento.

La facciata morbida contrapposta al blocco rigido di cemento secondo gli architetti contribuisce a rendere una percezione più equilibrata dell'insieme del centro, sdrammatizzando in un certo senso sulle funzioni svolte all'interno. Per altri versi la sua solidità rappresenta simbolicamente una forma autoritaria e duratura, associata ad una contrastante flessibilità.



# Helsingør Psychiatric Hospital

centro semi-residenziale

## Progetto

Helsingør Psychiatric Hospital (Ospedale Psichiatrico di Helsingør)

## Architetto

JDS ARCHITECTS

+ collaboratori PLOT, BIG, Moe & Brødsgaard

## Anno

2004 - 2006

## Localizzazione

Ellsinore (Helsingør), Danimarca

## Area di estensione

mq. 5.600

## Note e riferimenti

“Nella nostra ricerca per l'ospedale psichiatrico di Helsingør, non solo abbiamo svolto un'analisi approfondita del programma e delle esigenze dei clienti, ma abbiamo anche intervistato gli utenti quotidiani della clinica: personale, pazienti e parenti. Il diverso input di queste interviste non ha fornito risposte chiare su come dovrebbe essere l'ospedale. Piuttosto, hanno evidenziato diversi paradossi e ambiguità che abbiamo portato nel progetto trasformandoli in qualità contrastanti del programma: essere E non essere un ospedale psichiatrico.”

[https://www.architectour.net/opere/opera.php?id\\_opera=5539&nome\\_opera=Helsing%25C3%25&language=0](https://www.architectour.net/opere/opera.php?id_opera=5539&nome_opera=Helsing%25C3%25&language=0)

## Breve descrizione del Progetto

L'ampliamento della clinica psichiatrica di Ellsinore, leggermente dislocato dal resto del complesso ospedaliero, è stato progettato per integrarsi armoniosamente nel paesaggio, offrendo così un ambiente tranquillo e sicuro per i pazienti. Si sviluppa su due livelli, di cui uno in parte interrato caratterizzato da un tetto verde che si connette con il paesaggio naturale. Secondo i progettisti la composizione formale della struttura doveva discostarsi da un design prettamente clinico, adoperandosi verso una progettazione funzionale che offrisse terapie moderne ed alternative e garantisse flessibilità per una possibile espansione futura. Con una serie di “gallerie” di lunghezze variabili la struttura si propaga in diverse direzioni, irrompendo con una di esse all'interno della struttura ospedaliera esistente, posta a poca distanza dal nuovo nucleo. I materiali scelti (vetro, acciaio e pannelli in cemento armato precompresso) conferiscono inoltre alla struttura un aspetto leggero che si contraddistingue dal blocco di cemento del padiglione clinico esistente.

L'organizzazione su due programmi terapeutici principali, uno basato su trattamenti diurni e l'altro su un percorso riabilitativo residenziale, ha determinato l'organizzazione funzionale della struttura a raggiera: le unità abitative sono state inserite nella quota inferiore, a livello del lago, orientando le camere ognuna su uno scorcio di paesaggio differente e permettendo maggiore privacy; mentre i servizi di cure pubbliche sono stati previsti al medesimo livello della struttura esistente, facilmente collegati dall'ingresso principale.

Quest'ultimo nucleo è organizzato su 5 porzioni di area che si fondono insieme al di sopra della zona residenziale dove, dagli spazi interstiziali, vengono ricavate le sale per le cure diurne, l'ambulatorio e il reparto di psichiatria distrettuale. Ogni porzione contiene inoltre al suo interno uffici e sale terapeutiche da un lato e aree d'attesa dall'altro.

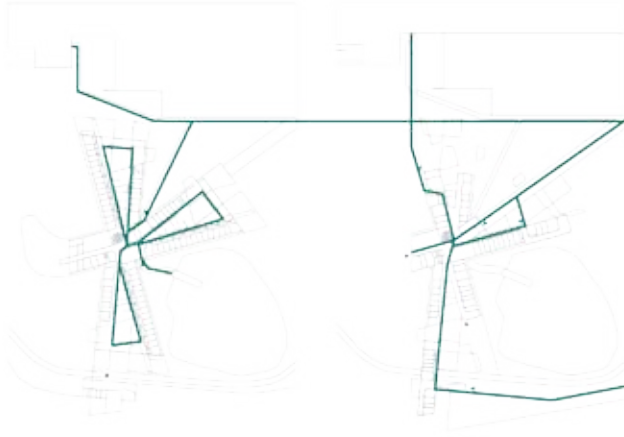
La zona residenziale, composta da una serie di stanze disposte lungo la lunghezza dei raggi e rivolte alcune verso il lago e altre verso le colline, a sua volta contiene tra le funzioni un nuovo spazio collettivo, disposto al centro e circondato da qualche ufficio e da piccoli patii interni.





- Spazi privati
- Spazi di socialità
- Spazi riservati al personale
- Spazi pubblici

Spazi di transizione



Livello 0

Livello 1

Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



# Helsingør Psychiatric Hospital

## Note e riferimenti

fotografie

© BIG (Bjarke Ingels Group)

“Danimarca Danimarca, BIG”, AV Monographías/Monograph 128, XI/XII 2007 [Emergentes/ Twenty Emerging Teams], “Twenty Countries, Twenty Studios” pp. 40-45

“Ospedale Psichiatrico, Elsinore (Danimarca)/Ospedale Psichiatrico, Helsingør (Danimarca)”, AV Monographías/Monograph 128, XI/XII 2007 [Emergentes/ Twenty Emerging Teams], “Venti paesi, venti studi/Venti paesi, venti studi” pp. 40-43 (40-45)

“PLOT (BIG+JDS). Ospedale satellite a Helsingør, Danimarca/Satellite Hospital at Helsingør, Danimarca”, Lotus international 130, maggio/maggio 2007 [Coming Architecture], pp. 11-14

“Clinica psichiatrica a Helsingør/Clinica psichiatrica a Elsinore”, Particolare 12/2006 [Usbare Dachflächen/Aree funzionali del tetto/Toits polyvalents], “Documentazione/Documentazione” pp. 1412-1414, 1529

Joseph Grima, “Helsingør Psychiatric Hospital, Helsingør, Danimarca/Denmark (2006)”, Domus 896, ottobre/october 2006, pp. 20-29 (20-39)

## Gli spazi di soglia

In questa struttura, le aperture e le chiusure creano una sequenza di spazi di soglia: all'interno dell'ospedale psichiatrico, sono create occasioni di socializzazione, incontri spontanei e riservatezza, offrendo così un ambiente che favorisca l'interazione, ma che allo stesso tempo rispetti la privacy; all'esterno il rapporto diretto con il paesaggio naturale permette una qualità terapeutica maggiore rispetto ad ambienti circoscritti. I tagli sulle coperture e su alcune porzioni di struttura contribuiscono a facilitare questa comunicazione tra l'interno e l'esterno, tra le aperture e le chiusure, rendendo ben visibili gli spazi di incontro e quelli di rifugio e contemplazione.

(transizione e rifugio)

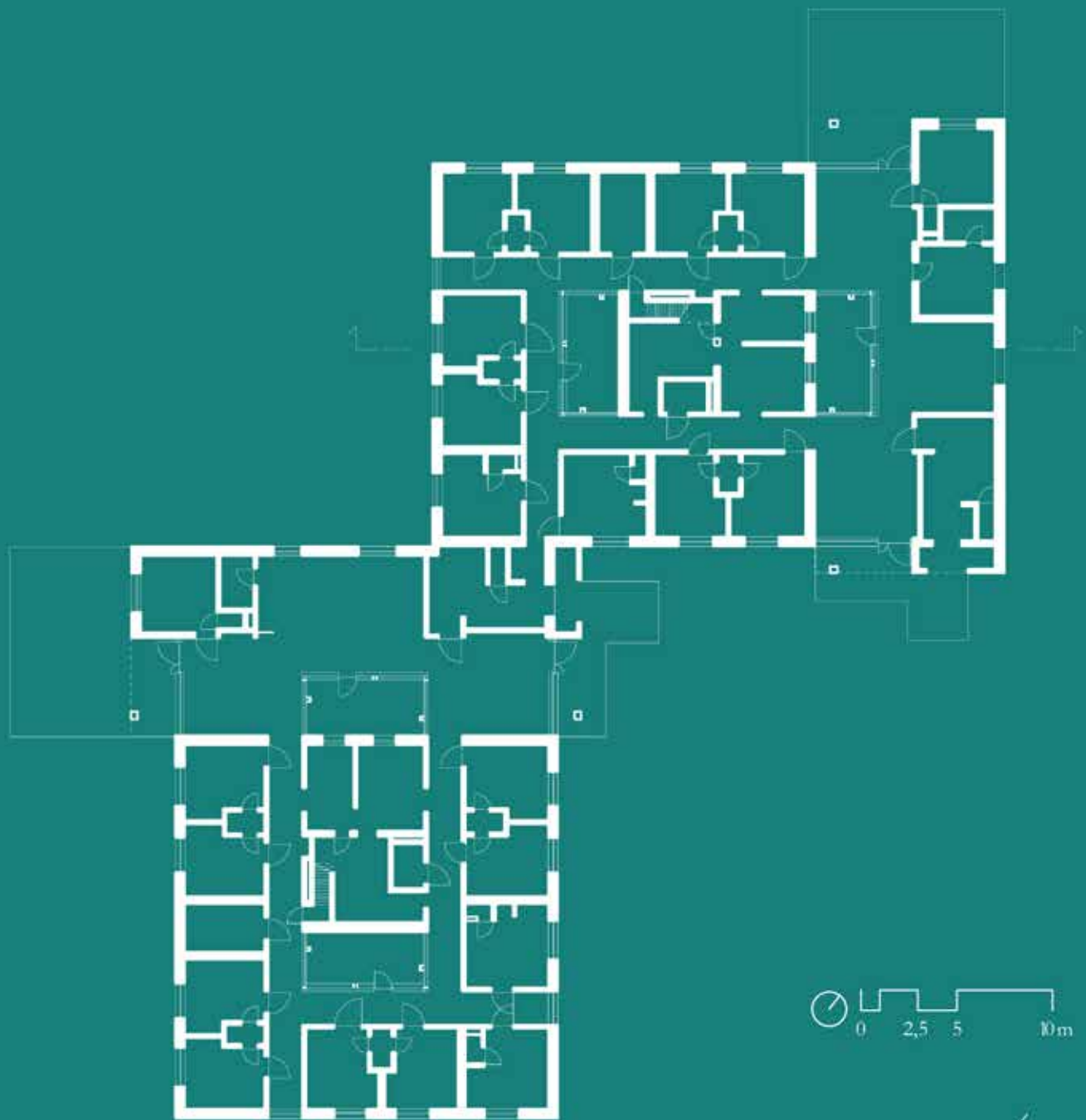
Le aree diurne e notturne sono progettate come spazi aperti, per offrire una visione d'insieme al personale e, al contempo, secondo i progettisti, sono ambienti in cui i pazienti non si sentano osservati o sorvegliati.

Il Dipartimento di Psichiatrico, l'Ambulatorio e le Sezioni Diurne sono tutti situati intorno alle aree di arrivo; ogni unità comprende, oltre agli uffici e le sale per trattamenti, delle aree di attesa a cui viene conferita una particolare importanza, incontrandosi al centro della struttura (attesa). La galleria che funge da ponte tra l'ospedale esistente ed il nuovo corpo edilizio permette una transizione graduale dagli spazi di cura pubblici e accessibili con maggiore facilità agli spazi del residenziale, più intimi e privati, fungendo da area di filtro tra nel passaggio da una funzione all'altra.

## Considerazioni

Secondo i progettisti un ospedale psichiatrico richiede funzionalità semplici e centralizzate, e allo stesso tempo, dovrebbe garantire un'atmosfera accogliente ed inclusiva che sia più simile ad una casa che a una clinica. L'Ospedale psichiatrico danese è una combinazione di suggestioni generate dalle nuove tecnologie digitali e rigide geometrie funzionali. Per progettarlo, è stato fatto uno studio del programma e delle esigenze del cliente, con interviste ai frequentatori abituali della clinica, al personale medico e ai pazienti. L'analisi non ha portato a una soluzione chiara, ma ha messo in luce diversi paradossi e ambiguità che hanno ispirato il design: aprirsi e chiudersi, centralizzare e decentralizzare, ottenere libertà e controllo, privacy e socialità. La sintesi di queste qualità contrastanti ha generato una struttura la cui organizzazione spaziale e le dimensioni ridotte permettano un rapido tempo di attraversamento da una funzione all'altra, fornendo una facile autonomia nella ricerca degli spazi di socialità o di riservatezza. Ciò non esclude però la presenza di alcune camere di isolamento sottoposte a osservazione, in cui i pazienti vengono concotti in caso di crisi. La struttura con i suoi raggi consente ai vari reparti di estendersi dal nodo centrale, creando spazi informali all'interno e intorno ad essi. Inoltre, la forma dell'edificio, mimetizzandosi con il paesaggio collinare circostante, contribuisce ad offrire un ambiente terapeutico per la cura dei pazienti, anche se l'originalità di garantire scorci e viste differenti da ciascuna stanza non impedisce la serialità e rigidità della disposizione delle camere.





# Het Gielsbos

## Centro di assistenza sanitaria per gravi disabilità cognitive

### Progetto

Het Gielsbos

### Architetto

Dierendonckblancke

Architetti

### Anno

2009 - 2016

### Localizzazione

Lilla, Comune di Gierle,

Belgio

### Area di estensione

Nel 2017 è stata completata la 3a fase del progetto e la sezione sud del parco pubblico, con la creazione di una rete di passerelle. La 4a fase è attualmente in costruzione.

Area totale

431.732 (totale sito) m<sup>2</sup>

Superficie utile del pavimento

2.850 (superficie fase 3) m<sup>2</sup>

Ogni singola sistemazione è pensata per accogliere fino a 8 persone in due diverse tipologie: una per persone con disturbi dello spettro autistico o altre esigenze di supporto psicologico, l'altra per persone con gravi disabilità fisiche e/o cognitive.

### Note e riferimenti

Smantellamento e riorganizzazione di un Centro Sanitario psichiatrico esistente in piccole comunità residenziali.

### Breve descrizione del Progetto

Il centro di assistenza per gravi disabilità mentali Het Gielsbos, situato in un'ampia area verde di demanio pubblico, è incluso all'interno di un progetto di masterplan che ha previsto la sostituzione dei padiglioni esistenti ed obsoleti che ospitavano i residenti, per dare spazio a nuove residenze.

Il masterplan propone di sostituire l'asse centrale con una strada ad anello che colleghi i nuovi agglomerati residenziali su tutto il sito con le strutture amministrative e sportive esistenti, migliorando la mobilità ciclopedonale e dei veicoli.

I nuovi agglomerati residenziali con i tetti a falde, hanno dimensioni comprese tra i 500 e i 550 m<sup>2</sup> e possono ospitare fino a dieci persone. Ciascuno è composto da cinque diversi volumi raggruppati, disposti lungo entrambi i lati della strada circolare. Quando la strada attraversa un agglomerato, si allarga e crea una corte pubblica interna, visibile dai salotti di ogni casa. Ruotati verso la corte interna, i nuclei abitativi funzionano in modo autonomo, mantenendo però un collegamento con quello adiacente per facilitare il passaggio interno degli operatori che vi lavorano. La zona giorno è uno spazio abitativo ben illuminato grazie al patio centrale, che divide l'intero ambiente in tre diverse aree. Grazie a questa suddivisione, gli abitanti possono godere di uno spazio esterno ma riparato. Le dimensioni ridotte dei singoli nuclei, e del complesso in generale, contribuiscono a creare un ambiente il più possibile residenziale e meno istituzionale.

Gli alloggi all'interno della struttura si differenziano per due tipologie, una per ospitare "case di cura" per persone con disabilità complesse e l'altra per "case di riposo" per soggetti affetti da problematiche comportamentali e psicologiche. Anche se i progetti di tali alloggi presentano delle somiglianze, variano nella pianta e nei materiali impiegati. Le case di cura, ad esempio, prevedono aree comuni più ampie, in grado di ospitare eventi di gruppo. Le case di riposo, invece, si adattano ad una scala più ridotta e necessitano di aree comuni più piccole.





- Spazi comuni
- Patii interni
- Spazi privati

Spazi di transizione



Spazi filtro



Spazi d'attesa



Spazi di rifugio



# Het Gielsbos

## Note e riferimenti

fotografie

© Filip Dujardin

Ripensare la 'casa da letto'  
Gideon Boie 25/04/2020,  
A +

[https://www.archdaily.com/801939/het-gielsbos-dierendonckblancke-architects?ad\\_medium=gallery](https://www.archdaily.com/801939/het-gielsbos-dierendonckblancke-architects?ad_medium=gallery)

<https://divisare.com/projects/286963-dierendonckblancke-architects-filip-dujardin-het-gielsbos>

[https://2017-festivalvande-architectuur-be.translate.google/programma/da-het-gielsbos/?\\_x\\_tr\\_sl=nl&\\_x\\_tr\\_tl=it&\\_x\\_tr\\_hl=it&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://2017-festivalvande-architectuur-be.translate.google/programma/da-het-gielsbos/?_x_tr_sl=nl&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=sc)

<https://miesarch.com/work/4129-foto-e-didascalie-interessanti>

<https://dierendonckblancke.eu/het-gielsbos/>

## Gli spazi di soglia

Le ampie aperture finestrate garantiscono un'illuminazione naturale che si diffonde all'interno dello spazio abitativo, creando relazioni visive sia con l'area pubblica antistante che con l'area privata sul retro. I cortili interni ed esterni diventano il luogo di incontro, lo spazio comune, visibile da varie angolazioni. Il cambio di pavimentazione, le differenze materiche, i colori accesi delle pareti e le ampie tettoie che accompagnano all'esterno sono tutti elementi che scandiscono bene gli ambienti. Sia gli spazi chiusi che quelli aperti sono delimitati da una serie di percorsi che guidano la persona tra i diversi stadi di intimità e condivisione che vi si possono trovare. Gli spazi di soglia diventano degli strumenti necessari per l'autonomia e la libertà di movimento dentro e fuori dalle strutture in perfetta sicurezza.

Le due diverse tipologie abitative si differenziano inoltre nella disposizione interna andando a soddisfare quelle che possono essere le diverse esigenze, pur mantenendo in entrambe molto netta la distinzione dei passaggi tra gli spazi di soglia. Per esempio, nella struttura di cura, il bagno occupa una posizione centrale tra il soggiorno e le camere da letto. Il soggiorno è ampio e collegato al patio e al corridoio. Porte e corridoi sono contraddistinti da un codice colore. La cucina a vista è al centro dell'alloggio ed è aperta su ogni angolo. Gli alloggi hanno una vista sullo spazio verde e sul piazzale.

## Considerazioni

In precedenza, l'area era caratterizzata da un asse centrale che divideva in due la zona, da cui si ramificavano una serie di strade minori senza un ordine gerarchico ben definito. Tutti i padiglioni erano situati nella parte settentrionale del sito. Il nuovo masterplan, ha previsto quindi la sostituzione di quest'asse centrale con una strada circolare in grado di collegare in maniera naturale le residenze e le strutture amministrative e sportive, posizionate strategicamente per coprire terreno a disposizione, attivando così per intero l'area rendendola più funzionale. Le strade ad anello inoltre forniscono un mezzo di trasporto efficiente all'interno di una comunità, migliorando i servizi di consegna, la distribuzione dei pasti e le visite mediche. Una scelta strategica ed efficace considerando inoltre che l'intera area di progetto confina con la foresta esistente che, unendosi ai prati che circondano le residenze, crea un parco pubblico attrezzato con percorsi pedonali e ciclabili sia per i residenti della comunità e i loro familiari, che per i cittadini locali. La possibilità di attraversare in maniera indiscreta le abitazioni da parte degli operatori contribuisce a ricreare quest'idea di villaggio aperto. La modularità delle strutture semplifica in un certo modo l'orientamento, grazie al ripetersi di elementi visivi chiari associati a determinate funzioni. Si predispone inoltre all'aggiunta di un sesto modulo, e alla replica dello stesso modello in contesti ambientali simili.

Nel complesso si può affermare che il progetto di riorganizzazione e ridimensionamento del sito in queste piccole comunità residenziali, iniziato già nel 1978, gradualmente è riuscito nell'intento di smantellare l'aspetto istituzionale.



## Conclusioni: l'esperienza della soglia

In ciascun caso studio analizzato lo spazio-soglia assume una dimensione e una connotazione diversa. Le comunità americane di Sweetwater e Bettersweet farm si basano sul medesimo principio di autosostentamento e di costruzione di una rete con la comunità, ma la distinzione tra le due è data principalmente dall'espansione e dalla collocazione delle strutture nel tessuto urbano. Nel primo caso gli spazi soglia sono elementi architettonici che separano e uniscono gli ambienti, dal ritmo individuale a quello di comunità, creando un passaggio graduale tra gli spazi intimi ed estesi. Le coperture, le pavimentazioni, le cornici delle finestre e le porte d'ingresso aiutano a creare un percorso fluido, rallentando il passaggio e segnalando il momento in cui si entra in uno spazio nuovo. Nella Farm Community del Ohio gli spazi di soglia rappresentano invece una zona liminare tra la città e le sue periferie, che protegge e al tempo stesso filtra le due realtà, ma che se non adeguatamente strutturato può separare fisicamente e socialmente limitando l'interazione con la comunità cittadina.

I centri sanitari di San Miniato e Pamplona si distinguono per l'approccio nell'inserimento all'interno di edifici storici preesistenti, dove nel primo la preesistenza diventa una parte fondamentale della nuova struttura e lo spazio-soglia tra il nuovo e l'antico viene attraversato in maniera impercettibile. Il volume nuovo rivestito da pannelli traforati invita alla scoperta della casa antica che si cela dietro l'imponente facciata. Nel complesso psichiatrico di Pamplona invece gli elementi della narrazione storica vengono richiamati con grande enfasi nella facciata della nuova costruzione. La soglia qui diventa uno spazio che unisce passato e presente attraverso componenti visive e materiche, e rispetta gli spazi interni e quelli esterni della struttura. La cornice vetrata del pian terreno rispetto alla struttura a sbalzo e i nuovi materiali come le schermature in corten, rappresentano un segno distintivo. I nuovi materiali si intrecciano con archi, finestre, lesene e marcapiano dando forma a un sistema che fa riferimento ai padiglioni ottocenteschi e al tempo presente, creando un equilibrio di innovazione e tradizione.

Il progetto residenziale per bambini e adolescenti del Baum Haus presenta un apparente omogeneità nei volumi esterni, ma all'interno, si apre ad un susseguirsi di soglie e aree, che creano un movimento costante tra spazi privati ed ambienti di condivisione. La soglia marcata, delinea un insieme di spazi di medie e piccole dimensioni in grado di creare un intrigante contrasto tra il dentro e il fuori, offrendo diverse opportunità di relazione, tuttavia, l'articolazione eccessiva di questi spazi può generare confusione.

Nel centro di accoglienza per adulti con autismo L'éveil du Scarabée, viene mantenuta invece una forte connessione tra il volume esterno e la funzione al suo interno. La piazza centrale protetta dalla volta ellittica in zinco rappresenta un chiaro spazio di incontro, socializzazione e passaggio, lungo il quale sono poste in maniera riconoscibile le isole di dialogo, intrattenimento e riposo. Gli spazi-soglia sono caratterizzati da elementi visivi, tattili e percettivi che favoriscono la riconoscibilità e facilitano la comprensione, con particolari accorgimenti pensati per le condizioni dello spettro autistico.

Le nuove costruzioni del Centro Psichiatrico di Helsingor e dell'Unità Psichiatrica di Garderosø sono progettate in modo intenzionale con una composizione formale che contrasta nettamente con il design tipicamente clinico dei rispettivi Complessi Sanitari in cui sono inserite. Nonostante ciò, ciascuna struttura presenta delle nette caratteristiche differenti tra loro,

imprimendo allo spazio-soglia di passaggio tra il vecchio e il nuovo una marcatura distintiva. Il primo edificio si coniuga armoniosamente col contesto naturale, con la sua forma che si camuffa al paesaggio collinare circostante. I suoi raggi consentono ai vari reparti di espandersi dal nucleo centrale, creando ampi ambienti interni ed esterni e favorendo uno stile informale. Il secondo si caratterizza per la forma curvilinea che va in netto contrasto con la geometria del resto del Complesso Sanitario, offrendo libertà di movimento circoscritta ai soli spazi delle corti interne.

Mentre il centro residenziale Trilium Centre e il centro Het Gielsbos in Belgio, anch'essi inseriti in complessi sanitari preesistenti, si compongono di una serie di edifici ben distinti tra loro in sostituzione a quelli dell'impianto originario, distribuiti su un impianto simmetrico, ma interconnessi da sistemi di collegamento gradualmente realizzati con diverse pavimentazioni, altezze e colori di facciata. Queste peculiari caratteristiche generano un ritmo regolare e ben riconoscibile che, a sua volta, supporta il senso di comfort. Le ampie vetrate che danno sugli spazi comuni rappresentano un filtro di protezione tra l'interno e l'esterno, il cambio nella pavimentazione rende tali punti di accesso facilmente identificabili. Allo stesso modo, le corti presentano le funzioni di uno spazio protetto e riparato in prossimità degli spazi personali e al contempo un mezzo per filtrare la connessione con l'esterno. La divisione tra la nuova struttura residenziale e quella che ospita le funzioni comuni nel Trilium Centre può essere funzionale da un punto di vista programmatico, ma costituisce comunque una limitazione alla libertà di movimento all'interno del centro. Mentre nel centro Het Gielsb viene ricreata una forte interazione tra l'area pubblica antistante e quella privata sul retro, rendendo i cortili interni ed esterni un luogo di incontro, visibile da varie angolazioni.

## PARTE II

# Cura e Narrazione della Salute Mentale

### Capitolo 4. Ricordare il futuro

#### 1. L'alterità fisica e mentale nella città

La percezione della malattia mentale è spesso distorta a causa della connotazione negativa attribuita alle strutture di cura psichiatrica, in cui si è soliti associare controllo, distanza e separazione, a scapito di sostegno e assistenza. Questo fenomeno risulta essere ulteriormente aggravato dal pregiudizio diffuso secondo cui tale malattia venga collegata alle esperienze dei manicomi. Se la psichiatria manicomiale non ha mantenuto le promesse di cura, l'architettura contemporanea può fornire importanti contributi per migliorare la terapia dei disturbi mentali. La riforma dell'assistenza psichiatrica ha portato alla chiusura dei manicomi, facendo riapparire persone e storie, bisogni e relazioni, contesti e quotidianità. Di conseguenza, un progetto di strutture per la salute mentale deve porre attenzione a tutti questi elementi e ai saperi, alle tecniche in cui operano medici psichiatri e architetti insieme<sup>1</sup>. Gli ambienti di salute, tra cui ambulatori, comunità terapeutiche, servizi psichiatrici ospedalieri, centri diurni, day hospital e centri di salute mentale, devono praticare la presenza, il passaggio e l'ospitalità delle persone, ed è importante evitare di trasformare tali luoghi di cura in forme di controllo e trattamento. Se tali ambienti risultano in grado di fornire un adeguato sostegno, possono contribuire a proteggere le persone rafforzando la salute mentale<sup>2</sup>. Un luogo per le cure psichiatriche dunque è fondamentale che non sia anonimo e freddo, ma accogliente - siccome l'estetica degli ambienti si è rivelata come un importante strumento in grado di generare una maggiore flessibilità e intimità - che favorisca l'autostima e la libertà di scelta, ricordando che la cura dovrebbe culturalmente educare all'accoglienza.

Purtroppo, nonostante l'introduzione di leggi di riforma della psichiatria sono ancora presenti luoghi che riproducono malattia e cronicità. Queste strutture dovrebbero offrire cura e garantire diritti, ma spesso le cattive pratiche rimangono inalterate e la medicalizzazione è ancora pre-

---

1Dell'Acqua P., D'Autilia S., (luglio-settembre 2017), *Un'architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale*, in AA.VV., Rapporto sullo stato degli ex Ospedali Psichiatrici in Italia, D'Agostino A. (a cura di ), "Festival dell'Architettura Magazine, ricerche e progetti sull'architettura e la città", n.41.

2Ibidem, p.38

sente. Per immaginare nuovi luoghi, è necessario mettere in discussione il paradigma medico e ascoltare le persone che vivono l'esperienza della malattia al di là della medicalizzazione, ed è necessario imparare a considerare i luoghi del quotidiano come luoghi di cura.

Non è più una questione del solo privilegiare ambienti specifici che influenzino il corso della terapia, con colori o arredi, ma l'attenzione deve andare al rapporto tra gli spazi e il fruitore, in modo da offrirgli un ambiente accogliente e che non faccia da sfondo ad una singola funzione terapeutica, ma ad un insieme di elementi comunitari. È dunque fondamentale ascoltare i bisogni, le preoccupazioni, le aspettative e le esperienze di ciascuno, per adattare l'ambiente il più possibile: il centro di salute mentale deve permettere l'incontro di tutte le visioni per gestire le contraddizioni, la ricomposizione e un uso collettivo e riservato degli spazi<sup>3</sup>.

### **Le esperienze sul territorio del Friuli Venezia Giulia: tre realtà messe a confronto**

In Italia dunque la sostituzione degli ospedali psichiatrici con servizi e programmi di cura e riabilitazione nel territorio, ha cambiato radicalmente la percezione del trattamento dei disturbi mentali. Tuttavia, il processo di cambiamento continua a faticare e vi è ancora un'irregolare variabilità nei servizi territoriali. I centri di salute mentale oggi sono situati in contesti urbani, contribuendo a far emergere una vasta gamma di sfide sociali. Si deve tener conto della presenza provocatoria di questi centri, e l'immagine che questi offrono è importante, poiché deve essere percepita e vissuta, si deve far sì che le persone possano incontrare lo sguardo di chi sta male, senza che sia condizionato da un ambiente, da relazioni o da atmosfere che generano una drammatica differenza tra sano e malato<sup>4</sup>.

In Friuli Venezia Giulia, la rete regionale dei servizi di salute mentale sembrerebbe offrire risposte integrate e coerenti, senza porte chiuse e chiaramente bandendo ogni forma di contenzione. Da decenni il Centro di Salute Mentale (CSM) offre al capoluogo di Trieste la possibilità di fare esperienze inedite, abbattere i muri del manicomio e "rimettere la follia nelle strade". Il processo di integrazione è costante, ma non privo di conflitti, e talvolta viene visto come luogo di sofferenza, ma la sua visibilità accompagnata al suo radicamento ha influenzato gli abitanti della città, che oggi non associano più questi luoghi alla sofferenza psichica.

Il Centro di Salute Mentale simbolicamente si propone quindi come un luogo di transito, dove favorire lo scambio, l'incontro, il riconoscimento; un luogo che presta cura particolare a tutti, che rinuncia alla separazione tra interno ed esterno e al posto di ciò coltiva la vocazione ad essere il punto di transizione tra normale e anormale, tra il singolo e il collettivo, tra il dentro e il fuori<sup>5</sup>: uno spazio-soglia in cui poter agire.

Non concentrandoci nello specifico sugli aspetti legati alle strutture di nuova costruzione dedicate alla psichiatria, l'analisi verte in particolar modo sulle realtà manicomiali ancora ricono-

---

<sup>3</sup>Ibidem, p.40

<sup>4</sup> Ibidem, p.42

<sup>5</sup> Ibidem, p.40

sciute per la cura della salute mentale. Segue una breve descrizione delle esperienze effettuate dall'autrice Di Prisco M. nelle tre differenti realtà, per poi soffermarsi sul caso goriziano. La Regione FVG ospita un patrimonio culturale importante attraverso i tre ex ospedali psichiatrici di Trieste, Udine e Gorizia. Ciascuno di questi ex complessi è composto da un assetto distributivo con strutture a padiglioni disposti simmetricamente lungo un asse centrale. I territori di Gorizia e Udine si espandono entrambi su un terreno pianeggiante e hanno a disposizione un'ampia superficie di campi agricoli, a differenza dell'ex OPP di Trieste situato in zona collinare, ma che può contare su un'area di estensione maggiore. I tre ex ospedali psichiatrici sono parte fondamentale del tessuto urbano e rappresentano un prezioso patrimonio per i servizi sanitari della salute mentale (fig.1-2-3).



Figura 1-2-3

Ortofoto dell'area degli ex complessi manicomiali (in ordine): San Giovanni di Trieste, Parco Basaglia di Gorizia e Sant'Osvaldo di Udine.

Durante il percorso dedicato agli studi nell'ambito della salute mentale, l'autrice Di Prisco M. ha avuto l'opportunità di conoscere le tre realtà ospedaliere di cura psichiatrica, comprendendo le dinamiche delle trasformazioni storiche, e formulando per ciascuno un'ipotesi per la valorizzazione della memoria.



Figura 4

Planimetria generale del Nuovo Frenocomio e Ospizio per cronici, 1903. Progetto di Ludovico Brindotti. Scala originale 1:500. Riproduzione donata dal Presidente della CNA di Trieste, Giancarlo Carena.

### Parco di San Giovanni, Trieste

La tesi di laurea magistrale<sup>6</sup> si è focalizzata su come la rifunzionalizzazione di un edificio situato all'interno del Parco di San Giovanni a Trieste (fig.4) potesse fornire un ricovero dedicato a persone affette da Alzheimer.

Il progetto prevedeva l'inserimento di un nuovo corpo edilizio all'interno delle mura di un padiglione inutilizzato e distrutto in parte a seguito di un incendio. La struttura, non di particolare pregio artistico e in stato di totale abbandono, diventa il fulcro del progetto data la posizione privilegiata e panoramica. Il primo impatto con l'edificio risulta assolutamente suggestivo: l'edificio storico, oggi privo di copertura, presenta soltanto le mura perimetrali sorrette da dei setti interni di controvento. Si può notare difatti come la natura sia riuscita ad imporsi su di esso, creando una sorta di giardino a cielo aperto, racchiuso dalle sole mura perimetrali (fig.5). La volontà di lasciare intatta la natura circostante che si era ormai appropriata della struttura, diventa una sfida per il progetto.

<sup>6</sup> Tesi di laurea magistrale in architettura Martina Di Prisco e Seherzada Ahmetovic, (2017), *Abitare la memoria. Progettazione di un centro per malati di Alzheimer nell'area Ex O.P.P. di Trieste*, Università degli studi di Trieste, relatore Giovanni Fraziano.

La strategia di intervento si è basata sulla progettazione di volumi minimi volta alla creazione di un'esperienza ospitale, che enfatizzasse il contrastante rapporto tra nuovo/antico e dentro/fuori dalle mura, permettendo al contempo l'attraversamento in maniera agevole per l'utilizzo delle diverse funzioni terapeutiche costruite nel suo intorno. Il declino che la struttura ha subito negli anni si arresta dunque per accogliere e dare spazio ad una nuova realtà; nuove abitazioni si insediano all'interno del perimetro di questo spazio, che diventa di nuovo "casa" nel senso archetipico del termine.

I volumi (fig.6) dell'abitare sono caratterizzati da elementi distintivi come finestre con cornici sporgenti, che permettono di vivere dall'interno lo spazio sulla soglia tra il nuovo e l'antico, o pensiline di forme geometriche impattanti che accompagnano all'ingresso, maniglie delle porte e delle ante dell'armadio colorate e distinguibili, arredi su misura per gli oggetti personali come librerie e scrittoi, davanzali-comodini che avvolgono una parte del letto, coperture che filtrano la luce, setti a scomparsa che permettono di separare l'ambiente, spazi protetti da coperture aggettanti. Si tratta di una serie di dettagli che rompono lo schema di una forma scatolare semplice, e portando con sé un ricordo che torna familiare all'abitante nel momento in cui vi entra in contatto.

Il progetto si pone un duplice obiettivo: uno di ricreare un ambiente sicuro e confortevole, consentendo alla persona fragile di sentirsi a proprio agio e avere la libertà di scelta nell'interagire con il gruppo o ritirarsi in solitudine; l'altro di preservare la *memoria*, sia nel fornire una dimora, un guscio protettivo alle persone, che nel senso storico. Per far ciò il progetto ha previsto inoltre la conservazione dell'archivio storico all'interno di una chiesa abbandonata, situata a nord del complesso. Le indagini sul campo hanno portato alla scoperta di numerosi arredi interni particolarmente funzionali e personalizzati secondo le necessità dei pazienti del CSM. Incontrando l'ingegnere-architetto Antonio Villas, responsabile della creazione dei suddetti arredi, realizzati in un laboratorio di artigianato insieme a pazienti di salute mentale e tossicodipendenze, l'autrice Di Prisco M. ha scoperto l'importanza del cambiamento dell'ambiente medico come fattore determinante per la riuscita dell'evoluzione dei servizi di cura psichiatrica. Anche qui, come a Gorizia con Basaglia<sup>7</sup>, la rivoluzione dello spazio psichiatrico comincia dall'interno, dai dettagli in grado di fare la differenza in una logica di cambiamento.



**Figura 5**  
Ortofoto dell'area in cui è compreso l'edificio analizzato per il progetto, la casa Dominicale dei Cronnest. Si tratta di una proprietà eretta intorno alla metà dell'Ottocento sul terreno che ospitava antiche case rurali, inserita in seguito nel piano dell'architetto Ludovico Braidotti per il progetto del manicomio diventando parte funzionale del Villaggio del Lavoro dell'Ospedale dell'epoca.



**Figura 6**  
Alcune delle tavole della Tesi di laurea magistrale dell'autrice Di Prisco M.  
Ciascuna di queste case viene pensata come un guscio, il nido dell'uomo, progettato e ritagliato su misura del corpo, ma non di un uomo standardizzato e impersonale, bensì dell'*abitante*, che è lasciato libero di esprimere sé stesso all'interno dell'abitazione. Le case sono composte da elementi che contengono dettagli della vita quotidiana, del vissuto e che rimandano ad ambienti familiari.



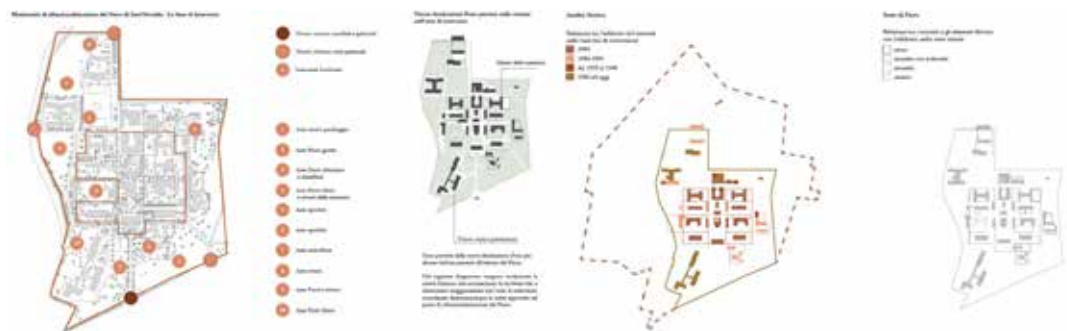
<sup>7</sup>Riferimento all'adeguamento degli spazi interni di alcuni padiglioni del Parco, oltre alla collaborazione negli anni con gli architetti Calibi, Bellavitis e Valle.

Il complesso manicomiale di Udine è il primo ad essere stato inaugurato, nel 1904, tra gli ex OPP compresi nella Regione FVG, presentando dimensioni più modeste nei fabbricati architettonici ma un’ampia estensione nei campi agricoli circostanti. L’esperienza nel Parco di Sant’Osvaldo, che è attualmente sottoposto a rilievi e studi per la sua riqualifica, ha visto la partecipazione di dottorandi di ricerca e assegnisti delle Università di Architettura di Trieste e Udine, ad un Workshop di progettazione tenutosi nella primavera del 2023. L’attività ha previsto 5 giorni consecutivi trascorsi all’interno dell’ex manicomio, durante i quali è stato possibile analizzare la storia, le trasformazioni ed ipotizzare scenari di ri-funzionalizzazione, ed apprendere nozioni dalle persone che vi operano, come medici, operatori sanitari, lavoratori delle cooperative sociali ed esperti in riqualifica sostenibile della vegetazione e degli edifici. Il Workshop è stato concluso con una serie di elaborati, ripresi e perfezionati nelle settimane successive, focalizzati su un progetto degli spazi aperti perimetrali dell’area dell’ex OPP<sup>8</sup>. Tra i temi principali affrontati è stato individuato anche in questo caso l’aspetto della *memoria storica*, emerso come elemento da preservare con la valorizzazione del patrimonio preesistente (sia di tipo architettonico che vegetativo). L’obiettivo di preservare e raccontare questa memoria vede in parte la sua realizzazione attraverso un progetto puntuale nell’area a Sud del Parco, dove un sentiero, connesso al percorso pedonale principale, permette di attraversare la rigogliosa vegetazione, offrendo punti di vista suggestivi e di sosta per contemplare il paesaggio. L’intervento prevede un passaggio che si snoda dall’edificio 9 - potenzialmente adibito a sede di mostre temporanee ed eventi tematici legati alla storia nosocomiale - e si trasforma in una passeggiata panoramica che collega tale struttura al più isolato edificio 31- non reso accessibile ma visibile dall’esterno - nel quale si ipotizza l’osservazione di immagini e video-proiezioni di alcuni dei materiali presenti nell’archivio storico della biblioteca del complesso.

Il percorso, attraversando queste strutture e la zona boschiva, liberamente accessibile e valorizzata da elementi di arredo per la sosta ed il ristoro, diventa esso stesso un eloquente elemento narrativo (fig.7).

Figura 7

Alcune delle tavole prodotte dall’autrice Di Prisco M. per il Workshop di progettazione rivolto a ricercatori, tenuto presso il centro sanitario Sant’Osvaldo di Udine, e organizzato dalla facoltà di Architettura dell’Università di Udine e di Trieste, a cura dei docenti Cristina Conti e Giovanni La Varra.



<sup>8</sup>Gli esiti del Workshop di studio e progetto sono stati inoltre esposti ad un convegno pubblico tenutosi all’interno dell’aula conferenze del complesso di Sant’Osvaldo (Udine) il 14 luglio 2023, oltre ad essere oggetto della pubblicazione *Valorizzare per restituire un luogo nuovo alla città: l’ex manicomio di Sant’Osvaldo*, (2023) a cura di Cristina Conti.

Nel corso del dottorato di ricerca, l'esplorazione di Gorizia<sup>9</sup>, del territorio isontino e del Parco Basaglia ha ricevuto una particolare attenzione, di cui segue un approfondimento nelle prossime pagine. Lo studio intensivo dei principi della riforma voluta da Franco Basaglia e dei suoi dettami in campo architettonico ha permesso di individuare nuove prospettive per la ri-attivazione del Parco e delle sue strutture sanitarie.

## 2.L'eredità dei corpi esclusi

### Dal manicomio di Görz al Parco Basaglia



Secondo quanto esposto nella letteratura dedicata all'area manicomiale di Gorizia, possiamo identificare tre diversi momenti storici che definiscono l'evoluzione del concetto di spazio psichiatrico<sup>10</sup> (riportati graficamente nelle pagine che seguono): l'inaugurazione nel 1911 del manicomio austriaco, distrutto durante la Prima Guerra Mondiale; la ricostruzione dell'ospedale da parte del regime fascista nel 1933; e con l'operato di Franco Basaglia che, dal 1961 fino al 1978, ha introdotto trasformazioni radicali nelle pratiche psichiatriche, coinvolgendo il cambiamento anche nell'aspetto fisico dello spazio<sup>11</sup>.

A questi tre importanti momenti storici, decisivi nella trasformazione dell'ex manicomio di Basaglia fino all'attuale parco cittadino, si aggiungono - nella seguente analisi di progetto - altri tre momenti, fondamentali: il primo corrisponde al periodo in cui, dopo la distruzione del manicomio di Gorizia a causa della prima guerra mondiale, centinaia di persone qui ricoverate sono state costrette ad abbandonare il manicomio d'origine per migrare in altri luoghi, senza poterne più fare ritorno. Il manicomio in questa fase subisce uno stato di abbandono che durerà fino al regime fascista; il secondo si manifesta con le dimissioni di Franco Basaglia dalla direzione dell'Ospedale e la conseguente scomparsa, che arresterà il processo di trasformazione del Complesso, portandolo ad una fase di stasi, che si manifesta tutt'ora nello stato di degrado di alcune sue strutture.

L'insieme di questi momenti di interruzione e di stasi, dove l'architettura dell'ospedale subisce un cambiamento dato dal passare del tempo, dona vita, secondo l'autrice Di prisco M., ad un terzo momento che mira a prospettive future attraverso l'obiettivo di ri-attivazione del Parco: l'eredità che hanno lasciato questi corpi esclusi, ciò che resta ad oggi della loro storia, ciò che si può vedere e rintracciare all'interno del Parco, e rappresentare come un'opportunità per la sua valorizzazione in chiave futura.



Padiglione dei Cronici, 1933  
[Foto del libro Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, 1933]

<sup>9</sup>Ricordiamo essere un territorio a cui è finalizzata la borsa di studio della seguente ricerca di dottorato.

<sup>10</sup>Si fa particolare riferimento a Scavuzzo G., *Il Parco della guarigione infinita*, 2020.

<sup>11</sup>Come è emerso in alcuni testi che dimostrano gli interessi di Franco Basaglia rivolti all'architettura psichiatrica, accennati nei capitoli 1 e 2 della seguente dissertazione.



Padiglione dei Cronici, 1933  
[Foto del libro Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, 1933]

Come il passato di questo luogo potrebbe essere narrato nel presente per farne memoria nel futuro, è nell'obiettivo della seguente ipotesi meta-progettuale.

#### Prima Fase 1911-1916: la costruzione del manicomio

Nel 1911 viene inaugurato il Manicomio Provinciale Francesco Giuseppe I, ispirato al modello del manicomio "open-door" della fine del XIX secolo, che prevedeva padiglioni simmetricamente disposti intorno ad un asse principale all'interno di un parco, con la funzione di offrire ai pazienti una protetta sensazione di dimora nella città. Viene scelta l'area a sud-est di Gorizia come luogo ideale per la costruzione, in virtù della sua fertilità per favorire l'agricoltura.

#### Seconda Fase 1916-1933: la distruzione e l'abbandono

Con la Prima Guerra Mondiale i gravi danni provocati conducono alla chiusura del manicomio, che viene ricostruito negli anni '30 come Ospedale Psichiatrico Provinciale, mantenendo l'impianto delle strutture esistenti, ma con l'aumento di recinzioni e cortili adiacenti alle strutture. Comincia qui una fase di sfollamento di oltre 400 alienati che risiedevano nel manicomio, trasportati e distribuiti tra una dozzina di manicomi tra il Veneto e il Friuli.

Nel 1923 fu istituita la nuova Provincia del Friuli che comprendeva l'attuale provincia di Udine e parte di quella di Gorizia, passata, dopo il conflitto mondiale, sotto il governo italiano. La Provincia di Gorizia del 1926 si pone il problema della ricostruzione del Manicomio provinciale, per ricondurre nell'area di provenienza i pazienti migrati in altri manicomi.

#### Terza Fase 1933 - 60: la ricostruzione e la linea di confine

Nel luglio del 1933 l'Ospedale viene riaperto al ricovero dei malati, riportando delle ricostruzioni sui padiglioni preesistenti, ed espandendosi su una vasta area compresa di colonia agricola di 30 ettari. Il complesso ospedaliero continua nelle sue funzioni durante il secondo conflitto mondiale e sotto il regime del Governo alleato, fino al 1947, passando poi all'Amministrazione provinciale.

La frontiera italo-jugoslava scorre proprio lungo il lato est dell'Ospedale Psichiatrico, ed è marcata da un muretto in calcestruzzo sormontato da una ringhiera ad altezza d'uomo, sollevata dopo la Seconda Guerra Mondiale, nel 1947.

#### Quarta Fase 1961-78. Dal 78 ad oggi 2023: dall'arrivo di Franco Basaglia al Parco Basaglia

Con l'arrivo di Franco Basaglia si avvia la rivoluzione che andrà a concludersi con l'introduzione della Legge 180/78, portando alla chiusura dei manicomi in Italia. Il muro che un tempo circondava il manicomio è stato abbattuto e sostituito da una recinzione anonima in metallo, che non evidenzia il significato storico e le complessità fra le due nazioni.

Alcuni padiglioni sono stati modificati internamente e si è assistito ad una fase di sperimentazione ed interesse architettonico con delle proposte di riordino e programmazione dell'esistente.

Dopo le dimissioni di Basaglia e con l'inizio della decostruzione degli ex OP, l'ospedale si divide nelle proprietà dell'Azienda Socio Sanitaria<sup>2</sup> Bassa Friulana-Isoncina e dell'Amministrazione Provinciale. Tale scissione causa una dispersione dell'identità dell'Ospedale, minacciata dalla mancanza di un progetto complessivo, che porta all'inserimento di nuovi edifici e all'ampliamento degli esistenti in assenza di un piano strategico, oltre alla lottizzazione di una fascia di terreno e all'incuria del vasto patrimonio arboreo. Oggi l'area sud-est del Parco Basaglia

ospita i servizi sanitari e le cooperative sociali, mentre a nord-ovest gli edifici della Provincia sono poco o per nulla utilizzati e necessitano interventi di recupero.

Con la caduta del confine con l'Italia e l'ingresso della Slovenia nell'Unione Europea, il Parco acquisisce enormi potenzialità strategiche. L'area del Parco attigua al confine, di proprietà dell'AAS isontina, oggi ospita servizi sanitari<sup>12</sup> - tra cui il Servizio di Neuropsichiatria infantile e il Centro diurno di salute mentale - uffici amministrativi, oltre alle attività di alcune cooperative sociali. Nel 2016 è stata completata la ristrutturazione del Centro di Salute Mentale, che funziona in collaborazione con i servizi sanitari sloveni, offrendo assistenza a persone con disturbi mentali in ambito transfrontaliero, nonché formazione per gli psichiatri sloveni, impegnati tutt'oggi nella deistituzionalizzazione della cura a persone con disturbi mentali. L'Università di Trieste fa parte del Tavolo Tecnico dell'Ente Regionale per il Patrimonio Culturale della Regione Friuli Venezia Giulia finalizzato alla Rigenerazione urbana del Parco Basaglia, in chiave storico-culturale. Gli elementi naturali, architettonici e storici del Parco, inoltre, forniscono una preziosa occasione di unione tra le città di Gorizia e Nova Gorica grazie alle attività mosse dal Gruppo Europeo di Cooperazione Transfrontaliera (GECT), soprattutto in vista della proclamazione di Gorizia come città della cultura Europea del 2025<sup>13</sup>. Nel 2020 la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia ha promosso un programma di iniziative che esplora i diritti fondamentali e i doveri da essi sottesi, coinvolgendo soprattutto i giovani, su temi che aumentino la consapevolezza dei principi costituzionali, che incoraggi la cittadinanza attiva e sviluppino un sentimento di appartenenza ad una comunità. Si inserisce in questo programma la mostra digitale e immersiva (visibile da web o con visore VR) "Diritti al CuboD3. Gorizia epicentro di una rivoluzione. La fine del manicomio, la nascita dei diritti", che offre un'opportunità di vivere attraverso un'esperienza interattiva la rivoluzione psichiatrica iniziata da Gorizia, preservando la memoria di Franca e Franco Basaglia. L'esposizione prevede l'uso delle loro testimonianze come fonti primarie insieme a quelle di Primo Levi, Frantz Fanon, Bertolt Brecht attinte dal libro "Morire di classe".

#### Quinta Fase dal 2023 in poi: prospettive future

Da anni inoltre si dedicano ricerche e studi in questo luogo, simbolo di quello che la riqualifica degli ex manicomio può significare per l'architettura urbana, richiamando l'attenzione sia sui limiti fisici che su quelli simbolici riguardanti i diritti e l'identità dei cittadini<sup>14</sup>. L'architettura e i suoi spazi aperti hanno dunque il compito di conferire all'area del Parco un'identità e di salvaguardarne la memoria attraverso la programmazione delle sue destinazioni d'uso.

---

12 Sono compresi come servizi sanitari il Sert, il Servizio Minori di Neuropsichiatria, il Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale, oltre agli uffici amministrativi quali la Direzione Generale aziendale, Direzione del DSM, SOC economico finanziario, SOC Gestione personale, SOC Patrimonio immobiliare, SOC Servizio Informativo, SPPA. In altri edifici trovano sede le attività di alcune cooperative sociali, una lavanderia, una serra.

13 Oltre ad interventi di tipo sanitario, è previsto nei progetti Interreg Ita-Slo la costruzione di una pista ciclabile che attraversi il Parco.

14 Scavuzzo, 2020.

## Le indagini sul campo

- Esaminando le trasformazioni storiche, politiche, mediche e culturali del Parco Basaglia, sono emerse importanti riflessioni e questioni relative all'integrazione di quest'area nella città e al coinvolgimento attivo della comunità al suo interno. L'esplorazione che ha accompagnato questo studio, si è sviluppata attraverso delle indagini sul campo, dove l'interazione con le persone è stata essenziale nell'approfondire e verificare se la valorizzazione del luogo abbia mirato, non solo a fornire un servizio sanitario e di assistenza, ma anche a facilitare l'integrazione dell'alterità fisica e mentale nella vita della comunità. È stato sviluppato in seguito un meta-progetto del Parco che si sottrae ai numerosi vincoli e normative vigenti, con l'obiettivo di offrire alcuni strumenti concettuali finalizzati a rivedere l'architettura psichiatrica in un processo sociale che promuova e ricrei beni comuni, in modo tale che la comunità possa partecipare più consapevolmente a questa trasformazione.

In occasione di una serie di incontri, sono stati posti dei quesiti ad alcuni medici ed operatori dei centri sanitari. Sono stati inoltre intervistati gli architetti coinvolti nella ristrutturazione dei padiglioni e nel progetto di Rigenerazione Urbana storico-culturale del Parco Basaglia.

Durante gli incontri con gli studi di progettazione relativi al Parco Basaglia sono state discusse per lo più le strategie progettuali adottate per la ristrutturazione del centro di Salute Mentale (2016) e per il piano di rigenerazione previsto per il 2025. Per comprendere eventuali miglioramenti dell'architettura ma da un punto di vista sanitario e sociale, oltre ai diversi sopralluoghi, è stato poi creato un questionario in forma semplificata destinato ad utenti, familiari ed operatori sanitari. Il questionario, composto da tre parti, trattava temi quali:

Parte 1. Questioni generali riguardanti l'organizzazione e le attività svolte all'interno del centro.

Parte 2. La struttura edilizia (e il suo intorno): gli spazi di relazione e di incontro tra pazienti, terapeuti e familiari; gli spazi per la terapia.

Parte 3. La sala d'attesa, gli spazi di movimento e gli spazi riservati.

Considerata la situazione pandemica, purtroppo gli incontri sono stati ridotti ed è stata raccolta una sintesi delle risposte fornite sia tramite i questionari che durante gli scambi telefonici con i Direttori dei centri sanitari. Per tutelare la salute degli utenti, sono state necessarie misure di distanziamento sia fisico che sociale, data la delicatezza del periodo, che ha inoltre contribuito a diminuire drasticamente la frequenza di visitatori liberi da scopi terapeutici nel Parco, se non per l'esercizio di attività sportive o per occasioni saltuarie speciali, come lo sono stati gli eventi previsti per Èstoria nel 2021 e per Frontiere dei Lunatici nel 2022.

In altre circostanze e con la possibilità di svolgere attività specifiche di ricerca all'interno del Parco, l'autrice Di Prisco M. avrebbe preferito condurre maggiori analisi sul sito e raccogliere maggiori testimonianze dei cittadini.

## I servizi per la salute mentale nel Parco Basaglia

Lo studio di architettura Star Associati<sup>15</sup> si è occupato del recupero dell'edificio H, ex cucina dell'Ospedale Psichiatrico, per ospitare il nuovo *Centro Salute Mentale 24 ore integrato* di Gorizia, gestendo questioni progettuali come la conservazione dell'edificio (di pregio storico e architettonico<sup>16</sup>) e l'adeguamento alle normative con l'ausilio della Sovrintendenza MiBACT. L'incontro tra medici, operatori, architetti e soprintendenza ha dato vita a un progetto reversibile e soddisfacente sia nei contenuti distributivi e funzionali, sia nell'impiantistica e nella composizione formale degli spazi.

Era chiaro che questo edificio necessitasse di una riorganizzazione funzionale, così nel progetto sono stati inseriti nuovi elementi che valorizzino anche l'aspetto estetico, quali: un loggiato esterno costituito da quattro pilastri centrali di sezione circolare che sostengono le strutture orizzontali secondarie, realizzate in acciaio zincato e rifinite in doghe di legno di larice; un loggiato interno e un ascensore panoramico sono stati inoltre inseriti al primo piano, al centro della hall di ingresso. L'ascensore è di forma quadrata e tamponato con lastre di vetro trasparente, mentre il ballatoio, di forma trapezoidale irregolare, si sviluppa lungo tre lati dell'edificio ed è dotato di parapetto in vetro. Entrambi gli elementi innovativi sono stati progettati per rispondere a nuove esigenze funzionali ed estetiche, ruotati ed asimmetrici rispetto all'impianto preesistente. L'edificio è stato sottoposto a considerevoli interventi strutturali, impiantistici e di restauro per migliorare la sismica, le compartimentazioni antincendio e preservare gli elementi di pregio. Tali interventi si sono concretizzati con cuciture murarie, irrigidimento dei solai, integrazione della rete distributiva degli impianti nella struttura esistente e restauro della facciata, della copertura, della linda, dei serramenti esterni, dello zoccolo e dei davanzali. Inoltre, sono stati recuperati i vani scala con ringhiere in ferro battuto e corrimano in legno, ed i serramenti interni, oltre ad alcune testimonianze storiche, come gli elementi d'arredo risalenti al periodo post-bellico.

La nuova distribuzione funzionale del CSM ha contribuito notevolmente ad elevare la qualità architettonica della struttura. Il piano terra è stato progettato per consentire un maggiore flusso tra visitatori e utenti, si interfaccia con gli spazi esterni collegandosi alla viabilità pedonale dell'intero Parco Basaglia. Il primo piano è stato dedicato alle degenze e alle funzioni medico-infermieristiche, e mantiene un contatto visivo con il piano inferiore attraverso la hall a doppia altezza e il loggiato interno. Il secondo piano è dedicato alle attività organizzative e terapeutiche e mentre il seminterrato è stato pensato per la realizzazione di eventi speciali e dispone di un accesso esterno aggiuntivo.

Durante l'incontro con la psichiatra e Direttrice del Centro di Salute Mentale nel 2020, Michiei Paola Zanus, non sono emerse criticità rilevanti circa l'efficienza della struttura nel permettere un corretto svolgimento delle attività riabilitative quotidiane. La struttura appare ben organizzata e funzionale, con una ripartizione dei piani che permette una migliore gestione or-

---

<sup>15</sup>Che dal 1999 al 2004 si era occupato della riqualifica e ampliamento del CSM di Domio, Trieste.

<sup>16</sup>Edificio assoggettato a tutela ai sensi del D.Lgs. n. 42/2004 art.12 c.1.

ganizzativa. In particolare la sala d'attesa al pian terreno, che è sempre aperta, diventa il fulcro delle relazioni, mentre la sala d'attesa al primo piano, una stanza con una porta in parte forata, è stata trasformata in luogo di incontro con le famiglie. La collaborazione con altri servizi quali Servizio di Dipendenze, Centro di Neuropsichiatria Infantile e gli uffici di amministrazione, viaggia parallela all'utilizzo degli spazi esterni in cui avvengono molte attività e incontri. Non mancano inoltre locali quali la lavanderia, la palestra, la cappella e l'area dedicata alla cooperativa La Collina (area 174). Tuttavia, oggi la struttura necessiterebbe di uno spazio ristoro e di una mensa adeguata.

Pianta distributiva e vista dell'atrio a doppia altezza del restauro realizzato da StarAssociati Architetti per il nuovo CSM di Gorizia, edificio H (12), ex cucine, 2016.  
[<https://www.starassociati.com/portfolio/csm-gorizia/>]



Il nuovo Centro di Neuropsichiatria Infantile, collocato in un edificio costruito negli anni '70 e adiacente al CSM, diretto dal Dottor Devid Cescon, ha subito un rinnovamento nel 2019, grazie ad un finanziamento ottenuto con i fondi dell'Unione Europea. La recente struttura, priva di particolari imposizioni costruttive o artistiche, è stata oggetto di ristrutturazione degli spazi propedeutici alla terapia delle diverse problematiche infantili e alla diagnosi precoce, oltre dell'allestimento di uno spazio per gli incontri e uno per l'attesa.

Nonostante il lavoro sinergico con le altre realtà presenti sul territorio, la struttura attualmente in uso dimostra delle carenze negli spazi. L'intervento di rinnovamento, più che un progetto ad hoc come avvenuto per il padiglione del CSM, si è quindi limitato ad adeguare dei locali interni con l'aggiunta di materiale didattico e di arredi specializzati, dovendo sottostare a stringenti limitazioni economiche e tecniche<sup>17</sup>.

Sarebbe dunque necessario un progetto specifico per la realizzazione di nuovi spazi dedicati alla terapia, ai familiari e di svago e gioco per i bambini; mettendo in luce l'importanza di istituire dei luoghi di aggregazione e di incrementare le occasioni di comunicazione. Per di più, la sala d'attesa si presenta scarsamente arredata e fredda, ostacolando l'accoglienza del bambino e lo svolgimento dei colloqui tra genitori.



Foto sala d'attesa e terapeutica del centro di Neuropsichiatria infantile di Gorizia.  
[Foto dell'autrice Di Prisco M]

<sup>17</sup>Essendo il Centro parte del distretto sanitario pubblico.

Volgendo lo sguardo verso previsioni future, l'analisi degli interventi previsti nella salvaguardia del Parco storico è stata condotta secondo gli schemi progettuali proposti nel Master Plan dello studio di architettura Meninno e Di Dato Associati<sup>18</sup>, che prevedono la riqualificazione degli spazi esterni del Parco, incluso il rinnovamento delle pavimentazioni e la gestione unitaria come modello tecnologico innovativo. La rifunzionalizzazione è stata divisa in sei ambiti tematici così nominati: il parco storico centrale, il parco storico urbano, i giardini terapeutici dei padiglioni, il parco urbano contemporaneo, il parco dell'ex colonia agricola, e il parco-parcheggio<sup>19</sup>.

Il piano proposto prevede di trattare in egual misura tutti i percorsi principali delle ascisse ed ordinate attraverso la realizzazione di pavimentazioni con una superficie in inerti con leganti cementizi, estremamente resistente ma altrettanto drenante. Tale materiale sorgerà come ulteriore pregio nel campo del riutilizzo e valorizzazione degli spazi urbani da parte del Parco Basaglia, e, specularmente, nella gestione unitaria della sua impiantistica, indipendentemente dalla proprietà delle aree. Per quanto riguarda la produzione energetica si suggerisce di raccogliere l'acqua piovana e crearne uno specchio con funzione di fitodepurazione per il suo riciclo nell'irrigazione degli spazi verdi e in altri usi. Si prevede un riadattamento dell'altura degli alberi esistenti, per sottolineare un maggiore impatto visivo e permettere giochi di luce e ombre, oltre ad un ripristino delle architetture vegetali di valore storico e alla rimozione delle specie spontanee.



Masterplan di progetto di Rigenerazione degli spazi aperti del Parco Basaglia, Dato e Meninno Associati.  
[<https://www.imagazine.it/notizie-trieste-gorizia-udine-friuli/11980>]

18L'ente ERPAC ha affidato a un gruppo di professionisti (composto da Luigi Di Dato, Sinergo Spa, Maria Cristina Tullio, Eleonora Ceschin e Ivan Snidero) l'elaborazione di un Master Plan su indicazioni fornite da un Tavolo Tecnico formato da ERPAC, Regione, ASUGI, Comune di Gorizia, Fondazione Carigo, la Soprintendenza, l'Università di Trieste e Dipartimento di ingegneria e architettura.

19 Il Parco Storico Centrale, comprensivo del giardino dei colori e dei profumi, con un richiamo al testo "All'ombra dei ciliegi giapponesi" di Antonio Slavich; il Parco Storico Urbano, arricchito dal giardino che circonda la ex casa dell'economista e compreso di uno spazio didattico; un sistema di giardini dei Padiglioni con tematiche terapeutiche; il Parco Urbano Contemporaneo (Parco di Sconfine) in cui è previsto un Bar e lo svolgimento di varie attività di aggregazione ed eventi; il Parco dell'ex Colonia Agricola con i laboratori e un frutteto di specie antiche, delle serre ed orti didattici ed infine il Parco/Parcheggio.

## Considerazioni

Nella zona destra del Parco, di possesso dell'Amministrazione Provinciale, sorgono attualmente tre edifici: uno inutilizzato, uno utilizzato come deposito di materiale cartaceo e un terzo parzialmente occupato da corsi di formazione. Nonostante l'esistenza di ASS2 Isontina, sembra mancare una progettualità condivisa tra la Amministrazione Provinciale e Azienda Sanitaria, persino tra le strutture dell'azienda sanitaria stessa che, seppur in comunicazione tra loro per gli aspetti terapeutici, presentano una disparità enorme nell'efficienza degli spazi. La rete di "confine" che divide ancora il parco è considerata anacronistica, mentre la manutenzione del verde non gode di una gestione sinergica e complementare tra le due Entità interne al parco. Per la riqualificazione sarebbe necessario dunque creare un insieme di attori con responsabilità complesse ma che dialoghino considerando prioritario il progetto di recupero, non solo degli spazi verdi ma anche di quelli costruiti, sperimentando forme innovative. Al fine di promuovere inoltre lo sviluppo sostenibile e la fruibilità dello spazio da parte dei cittadini, sia italiani che sloveni, sicuramente il coinvolgimento del Terzo Settore potrebbe essere una chiave per evitare il degrado degli edifici non in uso e di implementare nuove modalità di partecipazione; così come potrebbe esserlo il dedicare alcuni spazi a luoghi educativi o scuole, che magari incoraggino il bilinguismo; ad attività artistiche, cinematografiche, sportive ed orticole; all'apertura di uno spazio di ristoro che incentivi momenti di aggregazione; all'utilizzo di spazi all'aperto per eventi culturali o commerciali; ma soprattutto l'ideazione di un importante percorso di attività formative, educative e di sensibilizzazione sulle tematiche concernenti la salute mentale, legate alla storia del luogo e di Franco Basaglia, alle pratiche di deistituzionalizzazione, alla possibilità di consultare l'archivio storico offrendo un terreno di confronto e dialogo tra i cittadini.

## Ricordare il futuro

### Che cos'è un meta-progetto?

Derivante dal neologismo *metadesign*, l'etimologia greca del termine “mèta-” assume il significato di *dopo, con*, che assimilata alla parola “progetto” può essere tradotta e concepita come un andare *oltre* il progetto.

La Meta-progettazione è un processo di progettazione che mira a definire il concept di un progetto. Consiste sostanzialmente di due fasi: una analitica, di raccolta delle informazioni, ipotesi di fattibilità delle idee, individuazione di un target a cui si rivolge e obiettivi da raggiungere; e una concettuale, in cui si sviluppa l'idea e viene usata la creatività per sintetizzare gli elementi a disposizione in un unico concept, al fine di garantire la qualità del prodotto finale nel poter rispondere a diverse variabili.

### L'obiettivo

Nella seguente dissertazione, il Meta-Progetto si propone dunque come una sorta di *manifesto* che mira a delineare un quadro di possibili ipotesi d'intervento per la riattivazione dell'ex istituzione manicomiale di Gorizia, considerando i gap e gli squilibri generati dalla decostruzione di un ambiente architettonico e spaziale che conserva in sé l'impronta di una struttura istituzionale fortemente radicata nella memoria del luogo.

Si riflette dunque su come intraprendere un progetto che sia parte di un processo dinamico, partecipativo ed empatico, al fine di costruire un dialogo tra la cura, la memoria e la narrazione della salute mentale nell'architettura, offrendo un quadro concettuale che permetta di rivedere l'architettura per la salute mentale come processo sociale generatore e preservatore di beni comuni.

### Strategia di intervento

Per lo sviluppo del metaprogetto del Parco, è stato condotto un lavoro che comprende la stratificazione di vari aspetti: in primo luogo, sono state individuate le caratteristiche attuali dell'area, gli elementi mancanti e le opportunità di dialogo tra terapia, società e architettura; in secondo luogo, è stato eseguito un confronto tra le planimetrie storiche dell'area attraverso un ridisegno e una sovrapposizione delle stesse (dall'apertura del manicomio fino allo stato attuale) evidenziando cosa è stato mantenuto delle forme originarie e cosa è stato cambiato, o rimosso. Successivamente, si è indagato su elementi quali la gerarchia dei percorsi, la vegetazione e i giardini, i muri divisorii e i recinti, le trasformazioni degli edifici, le tracce storiche scomparse, i mutamenti del periodo post-Basaglia fino ai giorni nostri, nonché sul progetto futuro previsto per il 2025. Quest'ultimo è stato incluso nella sovrapposizione di analisi planimetriche per comprendere le decisioni intraprese per il ripristino dei tracciati pedonali, così come per la vegetazione e gli spazi esterni comuni.

Attraverso l'esame dei risultati ottenuti dagli studi planimetrici condotti in relazione alle trasformazioni storiche (e future) dell'area, emerge evidente la necessità di interventi che preservino una *memoria percettiva* generata dai segni e tracce – visibili e invisibili – del passato.

Come? Allo scopo, il progetto si focalizza sull'individuazione ed esaltazione degli *spazi-soglia* del Parco Basaglia, attraverso interventi mirati progettati per sottolinearne le potenzialità come punti d'incontro e mediazione. Si ipotizza dunque l'aggiunta di elementi visivi ed esperienziali che, partecipando al dialogo tra l'interno e l'esterno del parco e delle strutture stesse, valorizzano e narrano in modo particolare i temi della cura, della memoria e della rappresentazione della salute mentale come costitutivi dell'architettura. Mirando ad un concetto di coesistenza che permetta alla narrazione della memoria storica del luogo di essere mantenuta in vita.

## **Gli spazi-soglia e il Museo**

La distinzione per layer degli elementi materici e simbolici costituenti il patrimonio dell'intero Complesso, ha permesso di individuare gli spazi-soglia compresi nell'area, contraddistinti da determinati volumi, aree, superfici e perimetri, su cui poter apportare gli interventi localizzati. Tali dispositivi rievocano la storia del Parco, favorendo la creazione di luoghi di riposo, sosta, mediazione, transizione e interazione. Scenari leggermente ipogei o epigei, come elementi di riparo e rifugio, prendono forma sviluppando tracce di pavimentazione che consentano di sostare, sedersi e invitino i bambini a giocare. Coperture o tracce di pavimentazioni differenziate forniscono ulteriori elementi di accoglienza e sostegno, oltre a conferire un senso di continuità al luogo in cui sono inseriti.

Tutti elementi diversi che nel loro insieme costituiscono il Museo del Parco Basaglia, che prende sostanza nella - e oltre - la soglia di queste alterità, formando un percorso che trascende i limiti delle mura. Questi elementi fisici e figurativi, attraversando una prospettiva narrativa, diventano partecipi del processo attivo di costruzione di un'esperienza contemporanea di cura, sia come processo di conservazione della memoria.

Le analisi dunque si concentrano sul rapporto tra soglie e spessori che emergono nel progetto, in quanto elementi di rifugio ed attesa, e di transizione e filtro, come strumenti per costruire relazioni tra esistente e nuovo, passato e futuro, pubblico e privato. Alla luce di ciò, vengono indagate le trasformazioni del costruito, come i confini, i limiti fisici e materici, le recinzioni, che coincidono con gli spazi dell'attesa e del rifugio. Mentre gli spazi di transizione e filtro vengono individuati negli spazi permeabili, tra i pieni e i vuoti ricavati dalle trasformazioni degli spazi aperti pertinenti alle aree dei padiglioni, dalla vegetazione, dai percorsi ed i tracciati che si inseriscono in questi spazi.

## **Interventi**

Per creare un luogo di testimonianza, riscoperta e incontro, sono stati pensati all'interno del Parco Basaglia una serie di interventi tali da poter potenziare sia l'aspetto funzionale che sociale:

- Ricare un "museo della mente" che utilizzi elementi narrativi e storici, nonché dispositivi interattivi specializzati nelle percezioni tattili e visive, per raccontare le diverse interazioni con l'ambiente, offrendo un'esperienza esplorativa empatica in grado di far dialogare le alterità

enfaticamente gli spazi di soglia; non dovrebbe mancare inoltre un richiamo nel territorio, per esempio con delle installazioni che escano dal Parco per entrare nella città e potersi raccontare;

- Dedicare degli spazi ad accogliere un archivio storico che raccolga la storia del parco e le sue testimonianze, unito ad un completo recupero delle strutture, dove possibile, o fornire la possibilità di osservarne gli interni da scorci senza dovervi accedere, in cui poter visualizzare in alcuni casi proiezioni e immagini che narrano la sua storia;
- Ripensare ad uno spazio di incontro permanente, ma dalle caratteristiche mutevoli, che non si occupi specificatamente di cura, ma che diventi luogo di inclusione ed espressione con conseguenti benefici terapeutici. Un luogo che possa inoltre diventare una struttura intermedia nel passaggio terapeutico dal centro psichiatrico infantile a quello per adulti;
- Creare un nuovo spazio di attesa per i bambini, situato tra l'interno e l'esterno del padiglione di Neuropsichiatria Infantile, che diventi luogo di incontro sia per i bambini che per le famiglie;
- Ripensare gli spazi aperti per l'intrattenimento culturale, artistico, teatrale, cinematografico, e dove artisti e artigiani possano creare progetti inclusivi, e mostre che dialoghino con il museo, magari servendosi di residenze poste sul territorio isontino o su quello sloveno;
- Fornire un punto informativo e di divulgazione lungo i bordi del parco, in grado di promuovere le iniziative presenti, facendo emergere concettualmente lo spessore di questo bordo;
- Adibire uno spazio di ristoro autogestito, per favorire l'inserimento lavorativo, dove poter vendere e acquistare i prodotti coltivati nei campi agricoli presenti nell'area.
- Valorizzare la vicinanza con il confine, per beneficiare di programmi incentrati sul dialogo culturale ed il confronto.



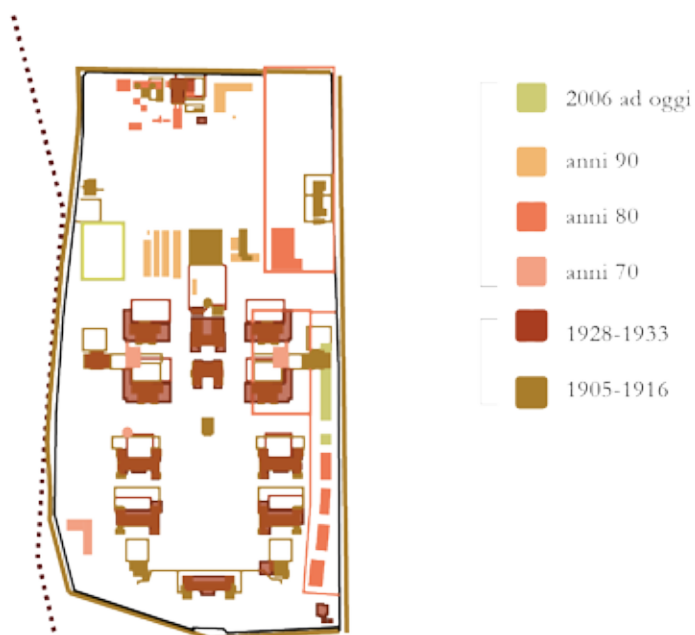
Foto del Parco Basaglia di Gorizia. Alcuni edifici e gli spazi esterni che li circondano. In ordine (da imm. in alto a sx, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio che seguono): Ex Edificio del Direttore e amministrazione (01); Chiesa (11); CSM (12), ex cucine; Neuropsichiatria Infantile e uffici Azienda sanitaria (8), costruito al posto dell'ex padiglione dei tranquilli; Coop. Sociali "Il Grande Carro" e "Orizzonte", ex Bar (17); ex padiglione de il lavoro i (21). [Foto dell'autrice Di Prisco M.]



Foto del Parco Basaglia di Gorizia. Alcuni edifici e gli spazi esterni che li circondano. In ordine (da imm. in alto a sx, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio che seguono): Serre (23); Chiesa (11); ex bar (17) con alle spalle la torre-serbatoio dell'acqua (16); la rete sul bordo nel territorio goriziano; ex lavanderia e centrale termo-elettrica (13). [Foto dell'autrice Di Prisco M.]

## Analisi Storica

Relazione tra l'edificato e i tracciati nelle varie fasi di costruzione



Relazione tra l'edificato e i tracciati dello stato attuale nelle trasformazioni e demolizioni



Stato di Fatto



ANALISI E CONFRONTO  
DELLE TRASFORMAZIONI DAL 1905 AD OGGI  
DELL'ATTUALE AREA DEL  
PARCO BASAGLIA

Martina Di Prisco

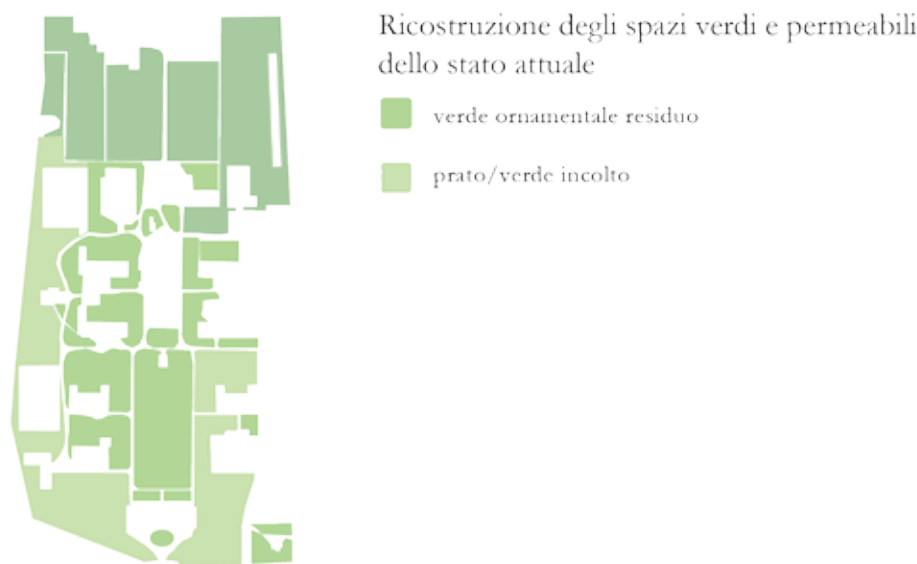


# Analisi Storica

Ricostruzione degli spazi verdi  
come elementi divisori e tracciati

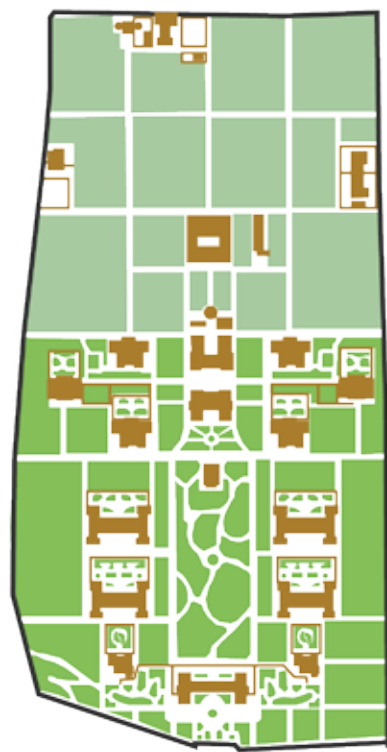


# Stato di Fatto



## Analisi Storica

Ricostruzione delle trasformazioni planimetriche  
dal 1901 ad oggi



### I fase

Planimetria generale del  
primo impianto Franz  
Josephlin Gorz  
1911

[Ridisegnodel'autrice Di  
Prisco, M.]

**Periodo di Progettazione:**

1901-1903

**Periodo di Costruzione:**

1905-1908

**Data di Inaugurazione:**

16.02.1911

**Progettisti:**

Arch. Kuno Waidmann  
-primo studio per definire  
obiettivi e modalità impianto  
Ing. Artur Glessig in collabo-  
razione con Arch. Lodovico  
Braidotti

**Impianto:**

simmetrico, a sistema disse-  
minato all'interno di un parco  
con collegamenti e percorsi,  
unito alla colonia agricola e  
con possibilità di ampliemen-  
to.



### III fase

Planimetria generale  
del secondo impianto  
Ospedale Psichiatrico  
Provinciale di Gorizia  
1933

[Ridisegnodel'autrice  
Di Prisco, M.]

**Periodo di Progetta-  
zione:**

1927 -1928

**Periodo di Costruzio-  
ne:**

1928 - 1933

**Progettisti:**

Ing. Arch Silvano  
Barich (Baresi)

**Impianto:**

Viene mantenuto  
l'impianto del manico-  
mio precedente, con  
modifiche ed adegua-  
mento dei padiglioni.

### II fase

Progetti di studio non realizzati  
1921 prime ipotesi di ricostruzio-  
ne

1923 costruzione della Provincia  
del Friuli e Consorzio

1926 Barich completa il progetto  
degli istituti ospedalieri

1927 viene ripreso il progetto di  
ricostruzione del manicomio  
sull'area in parte distrutta per  
potersi così servire delle parti di  
fabbricati ancora esistenti.

Ing. Glessich, Arch. Fabiani, Ing.

206 ch. Barich

1921



1927





#### IV fase

Planimetria generale di insieme dello stato attuale del Parco Basaglia, 2020  
[Ridisegno dell'autrice Di Prisco, M.]

Dal 1961 al 2020.  
Fase caratterizzata dall'alternanza di un processo di cambiamento e un periodo di stallo  
**1961** Franco Basaglia e inizio delle riforme  
**1972-1992** periodo statico e disorganico  
**1979** cambiamento e decostruzione del lotto  
**1982** effettiva divisione in due parti: USL (ora ASI) e Amministrazione Provinciale di Gorizia e costruzione della prima serie di ville a schiera  
**1995** prime opere di ristrutturazione e di recupero  
**2008** seconda serie di ville a schiera  
**2010-2016** intervento di restauro e ristrutturazione del padiglione 12 per il nuovo centro di salute mentale (CSM)  
**PROGETTISTA:** Studio di Architettura Star Associati



#### V fase

Planimetria generale del MasterPlan di progetto previsto per il Parco Basaglia nel 2025  
[Ridisegno dell'autrice Di Prisco, M.]

**PROGETTISTA:**  
Studio di Architettura Di Dato e Menin Associati  
**PERIODO DI PROGETTAZIONE:**  
2018 - 2021  
**periodo costruzione prevista**  
2023 - 2025

Le planimetrie oggetto di ridisegno rappresentano le trasformazioni architettoniche avvenute in diverse fasi di vita dell'attuale Parco Basaglia. Dalle ipotesi di progetto e costruzione del primo manicomio a Gorizia (1901-1908) fino alle prospettive future (2025), sono stati riportati i disegni delle planimetrie ordinati dalla fase più antica a quella più recente, al fine di evidenziare un processo di somma e sottrazione e definizione degli elementi caratterizzanti. Vengono dunque individuati 5 momenti fondamentali del processo di trasformazione del Parco Basaglia.





- Regione autonoma FVG con sede a Trieste
- Azienda per l'assistenza sanitaria n.2  
Bassa Friulana isontina con sede a Gorizia (GO)
- Amministrazione Provinciale  
di Gorizia
- Proprietà privata
- Comune di Gorizia
- Strade (bene pubblico)
- Limite area del Parco Basaglia. Lotto 1901-1930
- Confine di Stato
- Edifici dismessi
- Edifici Attivi

DECRETI DI VINCOLO  
art. 13 del D.Lgs. 42/2004

- 08/05/2008\_Decreto di vincolo per gli edifici:  
1 (F=direzione)  
4 (A=pad. osserv.uomini)  
6 (B=pad. agitati uomini - SERT)  
10 (E=pad. malattie infettive - tipografia)  
12 (H=cucina centrale)  
13 (I=centrale termica e lavanderia)  
16 (torre piezometrica)
- 24/09/2009\_Decreto di vincolo per i padiglioni:  
9.1 e 9.3 (ex scuola Pacassi).
- 21/04/2010\_Decreto di vincolo per l'edificio:  
7 (B=pad. agitate donne).

Analizzando e confrontando l'assetto proprietario e le funzioni storiche e attuali, nonché le richieste dell'Ente ERPAC per la Rigenerazione Urbana in chiave storico-culturale del Parco Basaglia, ed al contempo soppesando le ipotesi funzionali future previste nel progetto, il fine è quello di individuare le aree di interesse in cui localizzare interventi puntuali di divulgazione, narrazione e memoria, che si inseriscano contestualmente nei diversi spazi della cura.

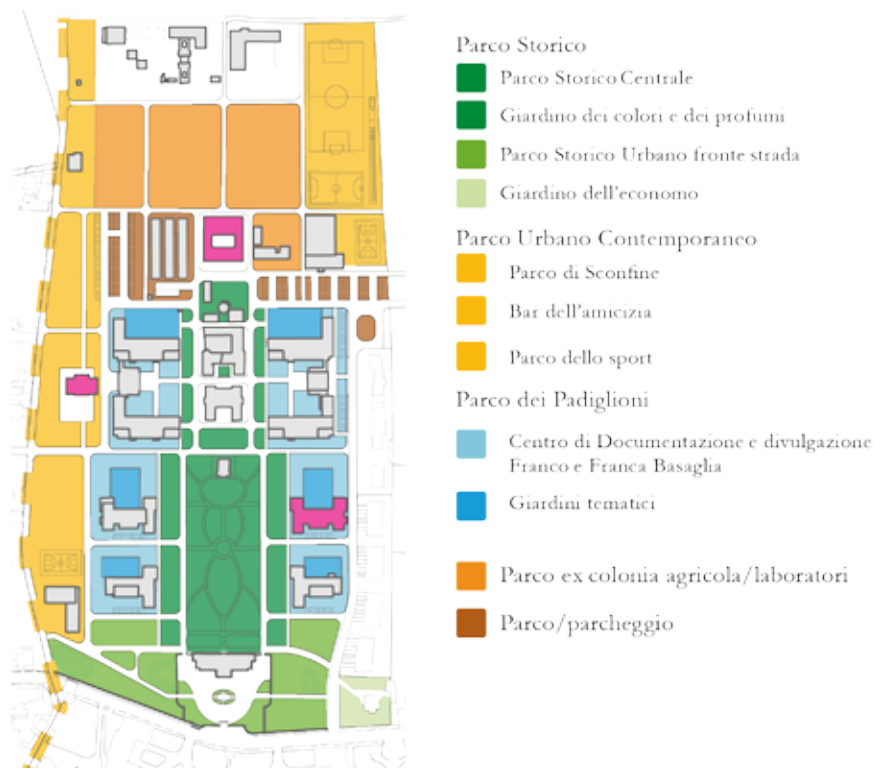
| Funzione storica dei padiglioni<br>1900 |                                                                 | Lato destro (ovest):padiglioni femminili<br>Centro: strutture con funzioni collettive<br>Lato sinistro (est): padiglioni maschili |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cod.                                    | Funzione storica dei padiglioni<br>Progetto di Barich anni 1930 | Funzione attuale                                                                                                                  |
| 1                                       | Amministrazione                                                 | Chiuso                                                                                                                            |
| 2                                       | Villino dell'economista                                         | Azienda Sanitaria                                                                                                                 |
| 3                                       | x                                                               | Palestra                                                                                                                          |
| 4                                       | Accettazione/osservazione uomini                                | Chiuso                                                                                                                            |
| 5                                       | Accettazione/osservazione donne                                 | Chiuso                                                                                                                            |
| 6                                       | Agitati e criminali uomini                                      | SERT                                                                                                                              |
| 7                                       | Agitate e criminali donne                                       | Chiuso                                                                                                                            |
| 8.1                                     | Tranquilli uomini                                               | Ufficio Azienda Sanitaria                                                                                                         |
| 8.2                                     | x                                                               | Ufficio Azienda Sanitaria                                                                                                         |
| 8.3                                     | Lavoratori                                                      | Ufficio Azienda Sanitaria e Neuro Psichiatria Infantile                                                                           |
| 9.1                                     | Tranquille donne                                                | Liceo Artistico "Max Fabiani"                                                                                                     |
| 9.2                                     | x                                                               | Liceo Artistico "Max Fabiani"                                                                                                     |
| 9.3                                     | Lavoratrici                                                     | Liceo Artistico "Max Fabiani"                                                                                                     |
| 10                                      | Malattie infettive                                              | Officina e archivio Azienda Sanitaria                                                                                             |
| 11                                      | Chiesa                                                          | Chiesa                                                                                                                            |
| 12                                      | Cucina                                                          | Centro Salute Mentale                                                                                                             |
| 13                                      | Lavanderia e centrale termo-elettrica                           | Chiuso / lavanderia (Cooperativa)                                                                                                 |
| 14                                      | Autoclave per sterilizzazione materassi                         | Cabina di distribuzione elettrica                                                                                                 |
| 15                                      | Disinfezione                                                    | Magazzino                                                                                                                         |
| 16                                      | Torre-serbatoio di acqua                                        | Torre serbatoio dell'acqua (pozzo)                                                                                                |
| 17                                      | Bar                                                             | Coop. Sociali "Il Grande Carro" e "Orizzonte"                                                                                     |
| 18                                      | Ufficio pesa a ponte                                            | Pesa pubblica                                                                                                                     |
| 19                                      | Pompe sollevamento fognatura                                    | Pompe sollevamento fognatura                                                                                                      |
| 20                                      | x                                                               | Serra                                                                                                                             |
| 21                                      | Padiglione del lavoro (panificio, pastificio)                   | Falegnameria società coop. poi lab. grafico ora sede coltivatori                                                                  |
| 22                                      | x                                                               | Serra calda                                                                                                                       |
| 23                                      | Serra ed edifici annessi                                        | Serra fredda, autorimessa, magazzini                                                                                              |
| 24                                      | x                                                               | Palestra scolastica                                                                                                               |
| 25                                      | Necroscopia                                                     | Laboratorio audio e video                                                                                                         |
| 26                                      | Stalla con recinti per animali                                  | Comunità "La Tempesta"                                                                                                            |
| 27                                      | x                                                               | Chiuso                                                                                                                            |
| 28                                      | x                                                               | Ville di tipo a schiera                                                                                                           |
| 29                                      | Stazione confinaria                                             | Vuoto                                                                                                                             |

Vengono evidenziati i Padiglioni che rappresentano un potenziale da sfruttare per il progetto di riattivazione

## ANALISI E CONFRONTO DELL'ASSETTO DELLE PROPRIETÀ ATTUALI E DELLE DESTINAZIONI D'USO STORICHE DEI PADIGLIONI DEL PARCO BASAGLIA

Martina Di Prisco





Il Master Plan prevede una rifunzionalizzazione degli spazi comuni e del verde tenendo conto del patrimonio storico, della vicinanza con il confine e della viabilità, suddivisi in diverse aree tematiche.

In previsione del "2025. Nova Gorica/Gorizia capitale europea della cultura", la Regione, l'ERPAC FVG, il Comune di Gorizia e ASUGI hanno concordato un protocollo di intesa (maggio 2022) che prevede una serie di innovazioni per il Parco Basaglia. La messa in sicurezza, la cura e la valorizzazione delle architetture vegetali storiche così come l'inserimento di nuovi esemplari saranno di competenza dell'ERPAC. La manutenzione e la gestione saranno invece affidate ad ASUGI. La pulizia della vegetazione spontanea, il ripristino della salita della "Motta" (belvedere in corrispondenza del checkpoint di confine) e, per il Parco storico, l'eliminazione della vegetazione spontanea o pericolosa dal punto di vista della staticità e l'inserimento di fioriture nei parterre laterali. Inoltre, è prevista anche la ricostruzione del percorso originario del 1933 con calcestruzzo drenante e dimensioni maggiori, adeguate alla normativa del '89.

Il Comune di Gorizia sta progettando, con il Finanziamento "opere pubbliche 2021-2023", un parcheggio pubblico e uno studio di fattibilità per la realizzazione della viabilità di raccordo con via Terza Armata. Si sta pensando anche alla realizzazione di una pista ciclabile. La palestra e i campi da gioco già in uso potrebbero essere adibiti a eventi temporanei. A disposizione di ERPAC, c'è il palazzo di direzione "1" all'ingresso del Parco, sebbene la funzione non sia certa, probabilmente si pensa ad un centro documentale. L'immobile "10" potrebbe invece essere adibito a servizi di malattie infettive/ufficio o come punto ristoro.



GLI SPAZI-SOGLIA DEL  
PARCO BASAGLIA

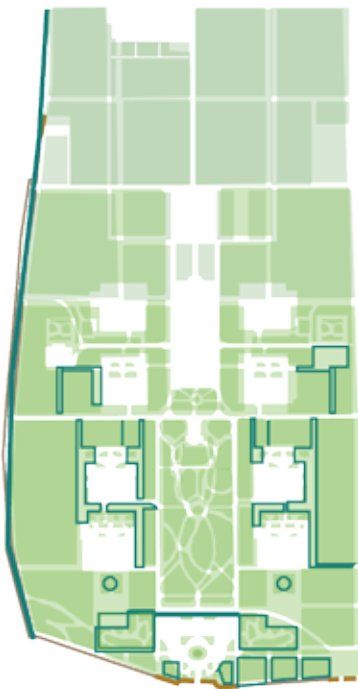
Planimetria generale  
visione d'insieme



Stratigrafia  
volumi



Stratigrafia  
superfici e tracciati

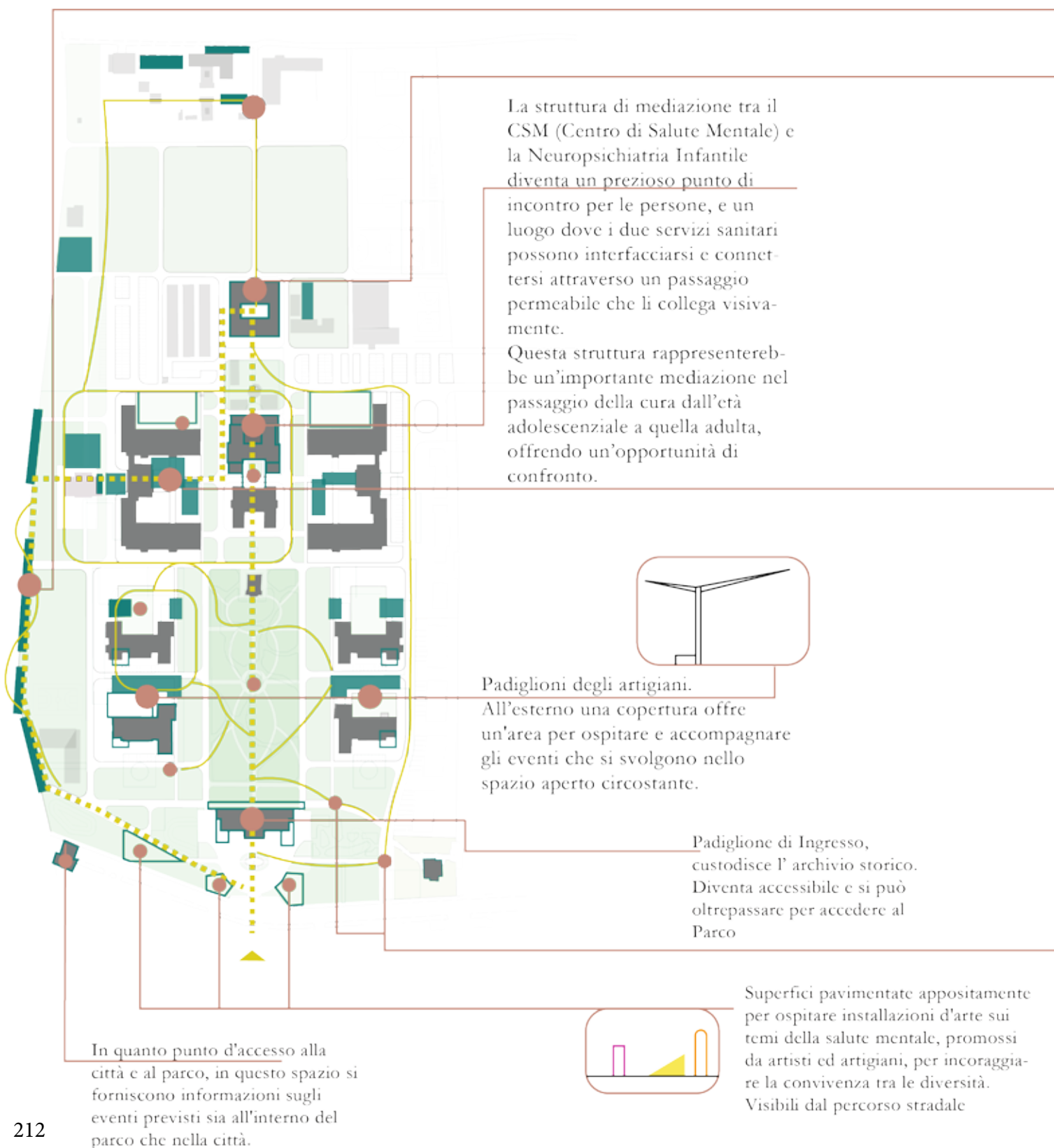


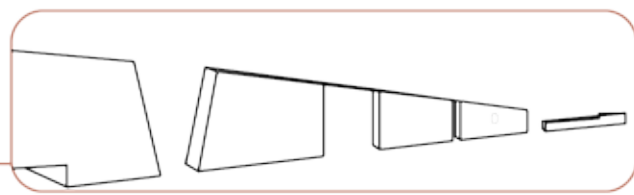
## Conclusioni: gli spazi-soglia del Parco Basaglia

**A**ttaverso la ricostruzione storica delle vicende e la sovrapposizione degli elementi che hanno segnato le tracce di questo complesso luogo, si racchiudono queste soglie, il risultato è l'affermazione di un processo narrativo che, a partire dagli elementi esistenti nel parco, traccia trame di comprensione e semplificazione della realtà, unendo presente e passato nel progetto di un futuro ideale, dove il Parco Basaglia fa parte di una più grande visione di cura della cittadinanza. Le soglie presenti all'interno del parco si trasformano in luoghi di scambio, confronto e narrazione, dove le persone possono sentirsi accolte e riconosciute: interventi localizzati e puntuali, che fungono da rifugio e/o attesa, ed elementi di transizione e/o filtro che mediano il passaggio da un luogo ad un altro.

Le soglie acquisiscono dunque una dimensione spaziale ed un valore simbolico. Grazie a questi dispositivi, l'esperienza del Parco Basaglia diventa un viaggio nella memoria, che racconta la complessa storia passata, la presenza attuale e le possibili trasformazioni future dell'area.

Il percorso si snoda tra i padiglioni del Parco e si articola con elementi di copertura, pavimentazioni e volumi posizionati tra gli elementi già esistenti. Lungo il tragitto si susseguono elementi narrativi che invitano a scoprire il luogo attraverso un'esplorazione errante. La traiettoria principale conduce dall'archivio storico situato nel padiglione dell'Amministrazione entro le mura delle strutture, comprese quelle sanitarie, attraverso gli atri, le hall e gli spazi aperti del piano terra fino ad arrivare nello spazio espositivo inserito nel vecchio padiglione del lavoro. Quest'ultimo presenta fotografie e testimonianze del luogo oltre ad esporre opere ed installazioni di artisti e artigiani, per i quali vengono messi a disposizione dei padiglioni ai lati dell'asse centrale in cui poter svolgere attività laboratoriali e arti-terapeutiche. Proseguendo nel tragitto storico vi è collegata una deviazione che invita a conoscere meglio le realtà delle cooperative sociali che operano all'interno del parco. Lungo il confine si incontra la soglia, che racconta una storia importante del luogo, e non può essere tralasciata nel ripercorrere la memoria del Parco Basaglia. Viene rimossa la rete che, per quanto non rappresenti un limite visivo continua a esserlo fisicamente, e viene sostituita con "la pesantezza" di un muro interrotto e carico di significato. Un racconto che viene altrettanto evidenziato nelle tracce del sedime dei padiglioni andati distrutti, con una pavimentazione in suolo cromatico. Il percorso, nel suo complesso, conduce quindi ad attraversare i padiglioni ripercorrendone la memoria con l'aiuto di diversi punti di sosta e di approfondimento e contemporaneamente ritrovarsi immersi nel contesto della cura. La struttura a mediazione tra il CSM (Centro di Salute Mentale) e la Neuropsichiatria Infantile si presenta come l'espressione di un passaggio "permeabile" tra le due realtà. Un luogo dove sarà possibile per le persone incontrarsi e confrontarsi, e al contempo luogo dove i due servizi sanitari possano interagire, offrendo un'importante mediazione nel trasferimento di cura dall'età dell'adolescenza all'età adulta, divenendo al contempo anche un luogo di incontro con la storia dell'area. Il Parco Basaglia, attraverso soglie tra i diversi spazi e livelli di comunicazione, diventa uno spazio di confronto, di inclusione ed integrazione tra i vari percorsi della memoria del passato, l'esperienza presente della cura della salute mentale e lo scenario futuro ideale.





Spazio espositivo e punto ristoro (autogestito), punto di incontro e di dialogo

PARRIGIONE DEL LABORIO E PARRIGIONE

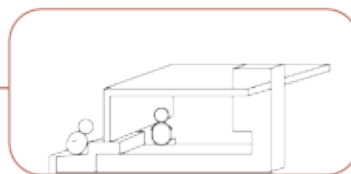
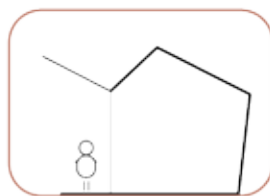


La Sala d'attesa, d'incontro, di gioco. Un volume di ampliamento costruito tra gli spazi esterni del Centro di Neuripsichiatria infantile e il CSM, liberamente attraversabile nel percorso del parco. La struttura prevede difatti una zona aperta concepita come spazio di attraversamento, e una parte chiusa che comprende più ambienti e in cui i bambini possano giocare mentre attendono di entrare nella struttura sanitaria; sul retro dell'edificio, inoltre, vi è uno spazio attrezzato per la pratica di giochi all'aperto.

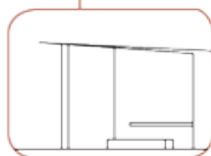
Oltre la soglia.

Questa soglia racconta una storia importante del luogo, che non può essere tralasciata nel ripercorrere la memoria del Parco Basaglia. Viene rimossa la rete che, per quanto non rappresenti un limite visivo continua a esserlo fisicamente, e viene sostituita con "la pesantezza" di un muro interrotto e carico di significato. "L'anonima" rete assume quindi uno spessore più consistente e sul suo tracciato si erge un muro su cui vengono raccontati momenti importanti e significativi di cambiamento.

Le cinque fasi individuate nelle analisi rappresentano cinque rotture in cui questa soglia può essere oltrepassata, invitando a guardare oltre, a scambiare pensieri e narrazioni. Queste aperture nel muro racchiudono un tema di fondo che viene raccontato sulla sua superficie in maniera tattile e visiva, e si distinguono per dimensioni, modalità e facilità di attraversamento. Una linea temporale accompagna il percorso invitando a rivolgere lo sguardo al futuro ricordando il passato. Questa "barriera" diventa quindi un elemento espositivo e narrativo di grande spessore simbolico, portando alla luce storie, testimonianze di luoghi e persone.



Nel parco sono presenti diversi punti d'aggregazione, sosta e di approfondimento sulla storia che caratterizza l'area, dalle strutture agli edifici alle testimonianze delle persone.



Viene evidenziata la traccia del sedime dei padiglioni che sono stati distrutti, con una pavimentazione di un diverso cromatismo.



# CONCLUSIONI

## Cura | Memoria | Narrazione

**I**l 16 Novembre 1961, Franco Basaglia entra per la prima volta nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia; rifiutandosi di firmare il registro della contenzione dei pazienti, ha iniziato una rivoluzione storica che ha posto le basi per la riaffermazione della dignità e dei diritti umani di chi soffriva di malattie mentali, reintegrandoli gradualmente nella società. Basaglia, restituendo ai malati gli oggetti personali di cui venivano privati all'ingresso dell'istituzione, ha infatti reso la loro identità di persone umane, facendo emergere la loro memoria e slegando la figura del "folle" da soluzioni di coercizione, delegittimando così l'atteggiamento punitivo nei confronti dei malati. In tal modo, è stato possibile entrare in relazione con il paziente come con un soggetto, che non necessita solo di cure per la malattia, ma anche di ricostruire la propria identità sentendosi parte di una comunità. A quarant'anni dall'approvazione della legge per la chiusura dei manicomi, la nostra società ha fatto progressi nella consapevolezza e accettazione della diversità e della salute mentale come diritto inalienabile, al pari della salute fisica. Tuttavia, esistono ancora dinamiche che creano delle barriere e discriminano le persone in base ai parametri previsti dalla narrativa culturale dominante. Mentre nel trattare le malattie fisiche siamo progrediti nel fornire un sostegno comunicativo, per quanto riguarda la salute mentale, ancora oggi c'è una certa resistenza nel parlarne in modo aperto.

La *cura*, che in passato era associata a concetti quali isolamento, esclusione e rifiuto dei malati, oggi viene considerata come un mezzo di inclusione sociale. Per concretizzare questa trasformazione, era necessario che la società accettasse il malato, non solo come una forma di emancipazione sociale e culturale, ma anche come una forma di trattamento terapeutico, sostenuta non solo da idee utopistiche ma anche da studi scientifici. L'applicazione di questo nuovo modello di cura comportava un processo di educazione rivolto alla società, tuttavia, era importante che anche il malato avesse coscienza della necessità di questo contatto. Nel caso in cui questa connessione non fosse voluta reciprocamente, forse sarebbe stato necessario intraprendere un percorso inverso di accompagnamento educativo, focalizzato sui cittadini, sui familiari e sulle stesse città. In questo modo, si sarebbe promosso un coinvolgimento attivo della società nei processi di cura, creando una connessione empatica forte fra malato e cittadinanza. La dismissione e riconversione progressiva degli ospedali psichiatrici dislocati in tutto il territorio italiano, alimentata dallo stigma che li circonda, ha condotto ad un abbandono e uno stato di degrado della maggior parte di questi edifici. La comparazione con le realtà internazionali, svolta nella seguente ricerca, ha permesso di identificare in parte le cause del degrado, così come i processi di riabilitazione intrapresi in altri Paesi, dove tuttavia, sono mancate le iniziative volte ad applicare quanto appreso in Italia. Si assiste dunque ad una scissione di pratiche e saperi dove la sperimentazione

architettonica e psichiatrica in Italia sembra interrompersi, e dove nonostante alcune normative siano state create al fine di preservare e valorizzare le architetture, troppo spesso vengono abbandonate al deterioramento. Pertanto, è fondamentale rivedere la concezione del luogo di cura e di accoglienza, affinché questi possano diventare luoghi di fiducia, dove ogni persona, qualunque sia il suo stato fisico e mentale, possa essere guidata a una comprensione e accettazione sociale maggiore. L'architettura, dunque, diventa simbolo di un obiettivo da raggiungere, per migliorare la cura nella società e darle uno stimolo positivo che porti al cambiamento, o meglio alla "ri-attivazione" di questi luoghi. Per raggiungere una completa integrazione, tuttavia, va messo in atto quel lungo processo di accompagnamento che prevede un'interazione tra città e cittadini, in modo tale da entrare nel profondo delle ex istituzioni e condividere con esse la storia e la *memoria*, creando un ambiente di maggiore empatia nell'accogliere le alterità. La dissertazione non mira dunque a fornire un unico esempio specifico risolutivo, bensì a sollevare alcune riflessioni sulla consapevolezza che non sia possibile ricorrere ad un modello di intervento universale, e che ciascun caso va ponderato e adeguato al contesto in cui è inserito. Confrontandosi con le istituzioni europee, si evince che sia più vantaggioso correre alcuni rischi pur di rifunzionalizzare e riportare in vita quei luoghi, piuttosto che relegarli all'oblio. Le volontà politiche e legislative devono essere tese però ad affermare e proteggere i beni storici, sia attraverso la loro conservazione che tramite un'innovazione/rinnovamento, anche invasiva, qualora necessario. La tesi sostiene che la ri-attivazione di questi luoghi possa avvenire in uno spazio di relazione, dove la *soglia* assume uno spessore che permette un reciproco co-implicarsi tra interno e esterno, offrendo un'alternativa all'immagine consolidata per trasformarla in un sistema di relazioni, senza però trascurare l'importanza del prendersi cura dei luoghi stessi.



## Bibliografia generale

- AA.VV., (1979 ), Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio. Segregazione e corpo sociale, in *Hinterland*, Architettura della salute, n.9-10, maggio-agosto 1979.
- I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, (2013), a cura di Ajroldi C., Crippa M. A., Doti G., Guardamagna L., Lenza C., Neri M. L., Milano, Electa.
- Arielli, E. (2003), *Pensiero e progettazione: la psicologia cognitiva applicata al design e all'architettura*, Milano, Mondadori.
- Augé M., (2007), *Tra i confini. Città, luoghi, integrazioni*, Milano, Mondadori.
- Babini V., (2009), *Liberi tutti: manicomio e psichiatri in Italia: Una storia del novecento*, Bologna, Il Mulino.
- Bachelard G., (2006), *La poetica dello spazio*, Bari, Edizioni Dedalo. Edizione originale: *La poétique de l'espace*, Les Presses universitaires de France, Parigi 1957.
- Basaglia F., (1968), *L'Istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi.
- Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, (1969), a cura di Basaglia F., Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi.
- Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, (1975), a cura di Basaglia F., Basaglia Ongaro F., Torino, Einaudi.
- Basaglia F., (1968), *Conferenze brasiliane*, a cura di Ongaro Basaglia F., Giannichedda M. G., (2000), Raffaello Cortina Editore, Milano
- Basaglia Franco, *Scritti, 1953-1980*, (2017) a cura di Franca Ongaro Basaglia, Milano, Il Saggiatore.
- Bentham, J., (1983), *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, a cura di Foucault Michel e Perrot Michelle, Venezia, Marsilio editore.
- D'Agostino, A., (2017), *Rapporto sullo stato degli ex Ospedali Psichiatrici in Italia*, in Festival dell'Architettura Magazine, n. 41.
- De Carlo G., (2018), *L'architettura della partecipazione*, Macerata, Quodlibet.
- Didi-Huberman, G., (2008), *L'invenzione dell'isteria. Charcot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, Torino, Marietti editore. Edizione originale: *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Macula, Parigi, 1982.
- Doti G., (15 maggio 2018), *Spazi della follia/1: damnatio memoriae vs riuso*, in "Il giornale dell'architettura".
- Evangelista G., (15 maggio 2018), *Spazi della follia/2: recuperi virtuosi*, entrambi in: "Il giornale dell'architettura".
- Foot J., (2014), *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961- 1978*, Mila-

no, Feltrinelli.

Foucault M., (1976), *Surveiller et punir*, Parigi, Gallimard.

Foucault M., (1984), *Des espaces autres*, in “Architecture, Mouvement, Continuité”, n. 5. trad. It. (a cura di) Vaccaro S., *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, Milano, Mimesis Edizioni, 2002.

Foucault M., (1963), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano. Ed. originale: *Folie et déraison - Histoire de la folie à l'âge classique*, Librairie Plon, Parigi, 1961

Frank J., (2011), *Percorsi Accidentali. Scritti e progetti di Josef Frank*, Kruml C., Fraziano, G. (a cura di), Trieste, Lint Editoriale.

Giannantonio, R., (2013), *Nella città del dolore: esperienze manicomiali in Abruzzo tra Otto e Novecento*, Pescara, Carsa Edizioni.

Goffman E., (1963), *Stigma, note sulla gestione dell'identità degradata* (trad. It.), ombre corte, 2018.

Goffman E., (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York. Trad. It. F. Ongaro Basaglia (1968), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.

Guglielmi M., (2018), *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Firenze, Franco Cesati Editore.

Lenza C., (2013), *Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in AA.VV., *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa.

Mallgrave, H. F., (2015), *Empatia degli spazi: architettura e neuroscienze.*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Minguzzi G.F., Basaglia F., Ongaro Basaglia F., (1967), *Exclusion, programmation et intégration*, in “Recherches”, n. 5, gennaio 1967.

Pallasmaa, J. (2009), *The thinking hand: existential and embodied wisdom in architecture.*, Chichester, UK, Wiley.

Purini F., (2007), *Disegnare Architetture*, Bologna, ed. Compositori.

Rasmussen, S. E. (2006), *Architettura come esperienza*, Bologna, Pendragon.

Robinson, S., Pallasmaa, J., (2017), *Mind in Architecture: Neuroscience, Embodiment, and the Future of Design*, MIT Press Ltd.

Ståhlberg-Aalto, F., (2019), *The aesthetics and architecture of care environments*, Helsinki, Unigrafia.

Sennet R., (2018), *Costruire e abitare. Etica per la città*, Feltrinelli Editore, Milano. Ed. originale, *Building and Dwelling Ethics for the City*, Farrar, Status and Giroux, New York, 2018.

Scavuzzo G., (2020), *Il parco della guarigione infinita*, Siracusa, Letteraventidue.

Simmel G., (1995), *La metropoli e la vita dello spirito*, a cura di Jedlowski P., Roma, Armando Editore.

Venturi R., (1980), *Complessità e contraddizione in architettura*, Dedalo, Bari.

Zoja L., (2007), *Giustizia e bellezza*, Bollati Boringhieri.

### **Sitografia generale**

<https://cartedalegare.cultura.gov.it/home>

[www.ilgiornaledellarchitettura.com/web/2018/05/15/spazi-della-follia-2-recuperi-virtuosi/](http://www.ilgiornaledellarchitettura.com/web/2018/05/15/spazi-della-follia-2-recuperi-virtuosi/)

[www.materialifoucaultiani.org](http://www.materialifoucaultiani.org)

<https://menteinrete.it/>

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

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[www.spazidellafollia.eu/it](http://www.spazidellafollia.eu/it)

## Capitolo 1

### **Architetture manicomiali, musei e narrazioni**

Aime M., Papotti D., (2012), *L'altro e l'altrove. Antropologia, geografia e turismo*. Torino, Einaudi.

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

Andrews J., Briggs A., Porter R.; Tucker P., Waddington K., (1997), *The History of Bethlem*, London & New York, Routledge.

Armiato L., Martelli P., (2019), *Musei, memorie e narrazioni per la salute mentale*, in “Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia”, n.9 Vol. 3, 2, 2019 (già Medicina&Storia) Collana: MEFISTO. Rivista di medicina, filosofia, storia (192).

Augé M., (2018), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, ed. It. (a cura di) Rolland D., Milani C., Elèuthera.

Barillari D., (2008), *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908/2008*, Milano, Electa.

*Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, (1969), a cura di Basaglia F., Basaglia Ongaro F., Torino, Einaudi.

Basaglia F., (2000), *Conferenze brasiliane*, a cura di Basaglia Ongaro F., Giannichedda M. G., Milano, Raffaello Cortina Editore.

Bentham J., (1791), *Panopticon or the inspection house*, Londra; trad. It. (a cura di) Foucault M., Perrot M., (1983), *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*, Venezia.

Besley J., (2014), *Compassionate Museums?*, in “Museum Worlds: Advances in Research 2”, Berghahn Books.

Bonnafé L., Dubuisson M., Lainé T., (Aprile 1973), *Une Psychiatrie Différente, Dites-Vous*, Supplemento al n. 63 di “La Nouvelle Critique”. Trad. It. *La Psichiatria di Settore. Dibattito sull'esperienza Francese*, Padova, 1978.

Cannas, P., Di Prisco, M., (2022), *L'eredità dei corpi esclusi. Indagine sugli spazi eterotopici della devianza*, AISU International 2022, Adaptive cities through the post-pandemic lens, Torino.

Capolongo S., (2006), *Edilizia ospedaliera ed evoluzione sociale*, in “Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali”, Milano.

Castiglia R., (2013), *Frenocomio di San Girolamo a Volterra*, in AA.VV. “I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento”, Milano, Einaudi.

Choudhury S., Slaby J., (2012), *Critical Neuroscience. A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience*, Chichester, Wiley-Blackwell.

Conolly J., (1847), *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, London, John 80 Churchill, Princes Street, Soho.

Colucci M., Di Vittorio P., (2001), Franco Basaglia, Milano, Mondadori.

Cooper D., (1967), *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, London.

D'Agostino A., (2017), *Le città dimenticate. Dalla città per la cura alla cura per la città*, in “Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia” a cura di D'Agostino A., Festival dell'Architettura Magazine, ricerche e progetti sull'architettura e la città, n.41, luglio-settembre 2017

D'Alessandro L., Piro S., (1969), *Gli Esclusi. Fotoreportage da un'istituzione totale*, Il Diaframma, Milano.

- Davidson J., Orsini M., (2013), *Worlds of autism. Across the spectrum of neurological difference*, Minneapolis, MI, University of Minnesota Press.
- Daves W., (1880), *A paper to the Architectural Association* in *Builder*, 1, p. 330.
- De Maio D., (2002), *Terapia e farmacologia psichiatrica nel medioevo islamico*, in “Medicina nei secoli”, n.1, Milano.
- Dols M. W., (1992), *The origins of the Islamic hospital: myth and reality*, Oxford.
- Donghi D., (1927), *Manicomi*, in “Manuale dell’architetto”, volume II, sezione III, (sez. II del capitolo XV – Stabilimenti sanitari), Torino, Unione Tipografico- editrice torinese.
- Dubuffet J., (1971), *Prospectus et tous écrits suivants*, Parigi, Gallimard.
- Eyal G. et al., (2010), *The Autism matrix*, Cambridge, Polity.
- Ferrante T., (2012), *Valorizzazione e alienazione del patrimonio edilizio pubblico: il caso degli ex ospedali psichiatrici*, in «TECHNE» n.3.
- Fowler C., (1846), *A Paper to the IBA*, in “The Builder”, p.349.
- Foot J., (2014), *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault M., (1976), *Surveiller et punir*, Parigi, Gallimard.
- Funaioli, P., (1877), *Una visita ai manicomi della Svizzera e della Francia: ricordi e studi di Siena*, Tip. Dell’ancora di G. Bargellini.
- Gale C., (2014), *A Museum of the Mind*, in “Museum Worlds: Advances in Research 2”, Berghahn Books.
- Godwin G., (Febbraio 1997), *City of London, Opuscolo informativo*, in “The Builder”, n. 22, London Metropolitan Archives.
- Godwin G., (1859), *Lunatic Asylums and the Treatment of the Insane*, in “The Builder”, pp.721-23.
- Goffman E., (1968), *Asylums. Le Istituzioni Totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, p29; Torino.
- Guglielmi, M., (2019), *Visitare la follia. L’ospedale Psichiatrico Come Meta Turistica*, in “Scritture Migranti”, n. 13/2019.
- Grinker R.R., (2007), *Unstrange minds. Remapping the world of autism*, New York, Basic Books.
- Hacking I. (1995, ed. it. 1996), *La riscoperta dell’anima. Personalità multiple e scienze della memoria*, Milano, Feltrinelli.
- Hacking I. (1998, ed. it. 2004), *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Roma, Carocci.
- Henry S., Lavielle C., Patenotte F., (2017), *L’hôpital Sainte-Anne: pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au cœur de Paris*, testo redatto a seguito della mostra, Somogy éditions d’Art.
- Heylighen A., Bianchin M., *Building Justice: How to Overcome the Inclusive Design Paradox?*, in “Built Environment”, Vol 44, n.1.
- Hine G. T., (1901), *Asylums and Asylum Planning*, in “Journal of the Royal Institute of British Architects” VIII, 3rd series (8) 94, pp. 161-180. (1902), Londra.
- Hunter R., Macalpine I., (1968), Introduction in Conolly, J., *The Construction and 79 Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, (1847), Swindon, Dawsons.
- M. Jones, (1968, ed. it. 1987), *Social psychiatry in practice: the idea of the therapeutic*, Harmondsworth; Trad. it. *Il processo di cambiamento. Nascita e trasformazione di una comunità terapeutica*, Milano.
- Lenza C., (2013), *Il manicomio italiano nell’Europa dell’Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in AA.VV., “I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento”, Milano, Electa.
- Lenza C., (luglio-settembre 2017), *I manicomi tra memoria e futuro: alcuni esempi europei*, FAMagazine.

- Luciani D., a cura di, (1998), *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia: censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996*, Fondazione Benetton Studi Ricerche, Roma.
- Lotzof K., *Spectacles of Madness: Representing Mental Health from 'Bedlam' to Bethlem Museum of the Mind*, Museum Studies.
- Nussbaum M., (1996), *Compassion: The Basic Social Emotion*, *Social Philosophy and Policy* 13 (1). Pp 27-58.
- Main T., (1946), *The Hospital as a Therapeutic Institution*, in "Bulletin of the Menninger Clinic", n. 10, pp. 66-70.
- Tomes N., (1994), *The Art of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride and the Origins of American Psychiatry*, Philadelphia, University Of Pennsylvania Press.
- Peiry L., (2011), *Nannetti*, Infolio/Collection de l'art brut, Losanna, Gollion.
- Palermo G., a cura di R. Perrella, (2020), *Follia, devianza e criminalità. La definizione dell'anormalità tra potere giudiziario e sapere psichiatrico nel XIX secolo*, in "La società dei folli", Capua, Artetetra.
- Parsley P., (2009), *Peeling Back History: the remembering Goodna exhibition*.
- Risse G.B., (1990), *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*, Oxford University Press.
- Roberts A., (1981), *The Lunacy Commission, Study of its Origin, Emergence and Character*, London.
- Evans R., (1971), *Bentham's Panopticon: An Incident in the Social History of Architecture*, in "Architectural Association Quarterly 3.2", pp. 12-37.
- Salera P., (1994), *Il complesso architettonico di S. Maria della Pietà dal 1548 al 1914*, in Fedeli Bernardini F., Iaria A., Bonfigli A. (a cura di), *L'ospedale dei pazzi di Roma*, cit., vol. 2, pp. 207-220.
- Sandell R., (2007), *Museum, prejudice and reframing of difference*, p. 61, Routledge, Londra.
- Scull A. T., (1979), *Museums of Madness*, 1 ed., Londra, Penguin Books.
- Simioli A., (2017), *Calabi: Tutti pazzi per l'architettura*, in "ArchitettiVerona", n. 108, p. 60-65.
- Simioli, A., (2013), *L'ipotesi di ospedale psichiatrico di Daniele Calabi: progetti e realizzazioni*, in "Territorio", n. 65, p. 85-88
- Sine D. M., (2008), *The Architecture of Madness and the Good of Paternalism*, *Psychiatric Services*, 59 (9), p.89.
- Smith L., (2007), *The architecture of confinement: Urban public asylums in England, 1750-1820*, in "Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context".
- Sorbo, E., (2016), *Ruins of Memory: A Sustainable Conservation for the Material and Immaterial Values of the Former Psychiatric Hospitals in Italy*, *Procedia Engineering*, Vol. 161.
- Tambroni R., (1901), *I progressi della neuropatologia, della psichiatria e della tecnica manicomiale*, in Atti dell'XI Congresso della Società Freniatria Italiana, Ancona, pubblicati in "Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle alienazioni mentali", 28 (1902), pp. 121- 163.
- Tamburini A., (1902), *L'assistenza degli alienati e il Patronato Familiare in Italia*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. XXVIII.
- Taylor J., (2007), *The Architect and The Pauper Asylum in Late Nineteenth-Century England*, in Topp L., Moran J. E., Andrews J., "Madness, Architecture and The Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context", Abingdon, Routledge.
- Topp L., (2005), *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding.*, in "The Art Bulletin", 87 (1), pp.130-156.
- Topp L., (Spring/Summer 2015), *Freedom by Design: The Paradoxes of Psychiatric Architecture*, in "Harvard Design Magazine- Well, Well, Well", n.40.
- Tschanz D. W., (Marzo/Aprile 2017), *The Islamic Roots of the Modern Hospital*, in "Aramcoworld", Vol.

68, No.2.

Vermeersch P.W., Schijlen J., Heylighen A., (August 2018), *Designing from disability experience: Space for multi-sensoriality*., in PDC 2018, Belgio, Hasselt and Genk.

Villa, R., (luglio/settembre 1980), *Le Famiglie di Gheel: Utopia, Tradizione e Storia nel Trattamento della Follia*, in “Studi Storici”, ed. Fondazione Istituto Gramsci, 21, n. 3, pp. 503-526.

Volmat R., (1956), *L'Art Psychopatologique*, Universitaire de France.

Zucconi, G., a cura di, (1992), *Daniele Calabi: architetture e progetti, 1932-1964*, Venezia, Marsilio.

## Sitografia

[www.mapp-arca.it](http://www.mapp-arca.it)

[www.mela-project.eu](http://www.mela-project.eu)

<https://www.onbeperkt-genieten.nl/>

<https://www.fbmarcitects.com/project/the-museum-of-the-mind/>

<https://menteinrete.it/>

[https://www.musecolombroso.unito.it/wp-content/uploads/2019/10/MAC\\_visitatori.pdf](https://www.musecolombroso.unito.it/wp-content/uploads/2019/10/MAC_visitatori.pdf)

<https://www.olinda.org/portfolio/da-vicino-nessuno-e-normale-bianco/>

## Capitolo 2

### Architetture per la cura della salute mentale e disabilità cognitive

Arielli E., (2003), *Pensiero e progettazione: la psicologia cognitiva applicata al design e all'architettura*., Milano, B. Mondadori.

Ahrentzen S., Steele K., (2016), *At Home With Autism: Designing for the Spectrum*, Bristol, University Press.

Barbetta P., (2020), *L'autismo oltre lo sguardo medico*, in “Critical Autism Studies”, Vol.1.

Basaglia F., (1964), *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, (trad. Ita) in “Annali di Neurologia e Psichiatria”, LIX, f. 1, 1965.

Basaglia F., (settembre 1979), *Il fascino discreto del manicomio*, La Repubblica.

Basaglia F., Bellavitis G., Valle N., (1976), *Psichiatria ed Architettura*, tratto dal testo Scavuzzo, G., (2020), p 254-260.

Beale-Ellis S., (2017), *Sensing the City: an Autistic Perspective*, Jessica Kingsley Publishers.

Beaver C., (2010), *Autism-Friendly Environments*, in “The Autism File Global”, n.37.

Belek, B., (2019), *Autism*, in “The Cambridge Encyclopedia of Anthropology”.

Bianchetti C., (2020), *Corpi tra spazio e progetto*, Mimesis Edizioni.

Blecic I., Cecchini A., Talu V., (2018), *Approccio delle capacità e pianificazione urbana. Capacità urbane feconde e qualità della vita urbana degli abitanti più svantaggiati*, in “Archivio Di Studi Urbani E Regionali”, 122/2018.

Blumer H., (1969), *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*, University of Michigan, Prentice Hall.

Bogdashina O., (2011), *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*, Crema, Uovonero.

Bonnafé L., (1992), *Désaliéner? Folie(s) et sociétés (s)*, PU du Mirail.

- Canepa, E., Fassio, A., (2021), *Architecture and Neuroscience: a new disciplinary equinox*, in “Neuroscienza e Architettura”, pp.1-36.
- Canguilhem G., (1996), *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi.
- Capuano A., (2020), *La dimensione terapeutica urbana e le architetture per la cura*, in La città come cura e la cura della città. HealthScape: nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura, a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet, pp. 65-83.
- Cavallari G., Migani C., a cura di Nosé G., (2008), *Follia gentile. Dal manicomio alla salute mentale*, Negretto Editori.
- Cohmer, S., (2014), *Early Infantile Autism and the Refrigerator Mother Theory (1943-1970)*, in “Embryo Project Encyclopedia”.
- Colomina B., (2019), *X-Ray Architecture*, Lars Müller.
- Connellan K., Due C., Gaardboe M., Mustillo L., Reinschmidt A., Riggs D., (2013), *Stressed spaces: Mental health and architecture*, in “Health Environments Research & Design Journal”, 6(4), pp. 127-168.
- Curtis S., Francis S., Gesler W., Priebe S., (2009), *New spaces of inpatient care for people with mental illness: A complex ‘rebirth’ of the clinic?*, in “Health & Place”, 15(1), pp.340-348.
- Davidson J., Henderson V. L., a cura di, Bates C., Imrie R., Kullman K., (2016), *The Sensory City: Autism, Design and Care*, in Care and Design: Bodies, Buildings, Cities, Oxford, Wiley Blackwell, pp. 74-94.
- Decker E.F., (2014), *A City for Mark. An inclusive urban design approach to planning for adults with autism*.
- Dennard L., (1997), Review of the book *More than bricks and mortar? Mental health and the built environment*. *Human Relations*, 50(4), 451-460.
- Di Prisco, M., Dordolin, A., Limoncin, P., (2020), Alterità fisica e mentale nella città. Quando una cura non c’è, a cura di Morandotti, M., Savorra, M., in La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria, AISU International 2020, Pavia.
- Duffy J., Dorner R., (2011), *The Pathos of “Mindblindness, Autism, Science and Sadness* in “Theory of Mind”.
- Eyal G., Hart B., Oncular E., Oren N., Rossi N., (2010), *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic.*, Cambridge, Polity.
- Esposito A., (2019), *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Ad Est dell’Equatore editori.
- Frampton S., Gilpin L., Schweitzer M., (2004), *Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health*, in “Journal of Alternative and Complementary Medicine”, 10(Suppl 1), pp.71-83.
- Frau G., (2015), *L’orientamento percettivo spontaneo per l’accessibilità urbana di anziani con AD iniziale*, in TECHNE, pp. 106-113.
- Frauenberger C., Spiel K., Makhaeva J., (2019), *Thinking Outside the Box. Designing Smart Things with Autistic Children*, in “International Journal of Human-Computer Interaction”, vol. 35, n. 8, pp. 666-678.
- Gallagher S., Zahavi D., (2008), *The Phenomenological Mind*, Routledge; (trad. ita.) a cura di Pedrini P., (2009), *La mente fenomenologica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Gaudion K., McGinley C. (2012), *Green spaces. Outdoor Environment for Adults with Autism*, London, Royal College of Art, The Helen Hamlyn Centre for Design.
- Sam F. et al., (2018), *Alzheimer’s Association Dementia Care Practice Recommendations*, in “Gerontologist “, Vol. 58, No. S1, pp.114-128.
- Basaglia F., (2005), *L’utopia della realtà*, a cura di Ongaro Basaglia, F., Giannichedda M.G., Einaudi, Torino, introduzione.

- Giannichedda M.G., (2007), *Ospedale psichiatrico in D'Arcais*, Enciclopedia dei diritti umani, UTET.
- Golembiewski J., (2017), *Architecture, the urban environment and severe psychosis: Aetiology*, in "Journal of Urban Design and Mental Health", 2(1), pp.1-13.
- Grieves R. M., Jeffery K. J., (2017), *The representation of space in the brain*, *Behavioural Processes*, Vol. 135.
- Hall E. T., (1966), *The Hidden Dimension*, New York, Doubleday; Trad. it. (1968), *La dimensione nascosta*, Milano, Bompiani.
- Jaarsma P., Welin S., (Marzo 2012), *Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the neuro-diversity movement*, in "Health Care Analysis", 20(1), pp.20-30.
- Jackson P., Nicholas R., (1988), *Domesticating the Street: The Contested Spaces of the High Street and the Mall, in Fyfe*, *Images of the Street: Planning, Identity and Control in Public Space*, Routledge, London-New York, pp. 176-191.
- Jedlowski P., (2005), *Un giorno dopo l'altro: La vita quotidiana tra esperienza e routine*, Bologna, il Mulino.
- Leng X., McLachlan F., (2021), *Colour here, there, and in-between-Placemaking and wayfinding in mental health environments*, in "Color Research & Application", 46(1), pp.125-139.
- Leveratto J., (2017), *Addomesticare la città. Forme emergenti di inclusività urbana*, in "Forme dell'inclusività, pratiche spazi progetti" ii inclusive interiors 04, a cura di Longo A., Rabbiosi C., Salvadeo P., Santarcangelo, Maggioli Editore, pp.69-84.
- Mallgrave H. F., (2013), *L'empatia degli spazi*, *Architettura e Neuroscienze*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Mandich G., (2010), *Culture quotidiane. Addomesticare lo spazio e il tempo*, Carocci editore.
- Mazuch R., Stephen R., (2005), *Creating healing environments: Humanistic architecture and therapeutic design*, in "Journal of Public Mental Health", 4(4), pp.48-52.
- Mead G. H., (2015), *Mind Self and Society*, The University of Chicago Press.
- Medeghini R., Valtellina E., (2005), *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*, Milano, Angeli Editore.
- Medeghini R. (2013), *Quale Inclusione? Quali servizi nella prospettiva inclusiva? Una lettura attraverso "Disability Studies Italy"*, in Medeghini R. et al, *Inclusione Sociale e disabilità. Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi*, Trento, Erickson, pp.27-50.
- Miano, P., (2020), *L'architettura come cura: i nodi di salubrità nella costruzione dello spazio pubblico contemporaneo*, in *La città come cura e la cura della città. HealthScape: nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura*, Macerata, Quodlibet, pp. 23-41.
- Milton D., (2012), *On the ontological status of autism: the "double empathy problem"*, in "Disability & Society", vol. 27, n. 6, pp.884.
- Narzisi A., (2017), *Disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento*, in "Quaderni Associazione Culturale Pediatri", n.4.
- Neutra R., (1953), *Survival Through Design*, Università di Oxford, New York.
- Norberg-Schulz C., (1984), *L'abitare: L'insediamento, lo spazio urbano, la casa*, Milano, Electa.
- Ortega F., (2009), *The cerebral subject and the challenge of neurodiversity*, in "BioSocieties", n. 4.
- Osmond H., (1957), *Function as the Basis of Psychiatric Ward*, in "Mental Hospitals", n. 8, pp. 23-29.
- Park R. E., Burgess E. W., McKenzie, R. D., *The city: suggestions for the investigation of human behaviour in the urban environment*, in *The City*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 1-46. (1984, I ed. 1925).
- Premack D., Woodruff G., (1978), *Does the chimpanzee have a theory of mind?*, in "Behavioral and Brain Sciences", n.4, p. 515.

- Richer J., Nicoll S., (1971), *The physical environment of the Mentally and handicapped: a playroom for Autistic children, and its Companion Therapy Project*, in “British Journal of Mental Subnormality”, 2 (33), pp.132-143.
- Rosenfield K., (2012), *Minding Design: Neuroscience, Design Education and the Imagination*, in ArchDaily.
- Russo C., Capararo M., Valtellina E., (2013), *A sé e agli altri. Storia della manicomializzazione dell'autismo e delle altre disabilità relazionali nelle cartelle cliniche di S. Servolo*, Milano, Mimesis Frontiere della Psiche.
- Sachs N., Vincenta T., (2011), *Outdoor Environments for children with autism and special needs*, in “Implication”, pp. 1-18.
- Saitelbach J., (2016), *Therapeutic streetscapes: a new Bell Street designed to accommodate those on the autism spectrum*.
- Saldaña D., Álvarez R., Lobatón Ana S., Lopez Macarena M., Miguel Rojano M., (2009), *Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain*, in “Autism”, 13:303-16.
- Scavuzzo G., Limoncin P., Dordolin A., Bettarello F., (2023), *SENSHOME. Architettura e sensibilità atipiche / architecture and atypical sensitivities*, Siracusa, LetteraVentidue.
- Schena F., (2020), *Neuroarchitettura: quando le neuroscienze incontrano il design, per un mondo a misura d'uomo*, in MondoInternazionale.
- Schütz A., (1932), *The Phenomenology of the Social World*, in State of Mind.
- Schütz A., (1945), *On Multiple Realities*, in “Philosophy and Phenomenological Research”, n. 5, pp. 533-576.
- Sen A.K., (2000), *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Milano, Mondadori.
- Severo D., (2015), *Paul Nelson et l'Hôpital de Saint-Lô*, Paris, Picard.
- Sibley D., (1995), *Geographies of Exclusion*, Londra, Routledge.
- Simmel G., (1995), *La metropoli e la vita dello spirito*, a cura di Jedlowski P., Roma, Armando Editore.
- Singer, M. (2014), *A New Model for Shared Housing*
- Smithson, A. e P., (1957), *Urban Structuring*, Studio Vista, London.
- Söderström O., (2016), *I don't care about places: the whereabouts of design in mental health care*, in (a cura di) Bates C., Imrie R., Kullman K., Oxford, Wiley Blackwell, *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, pp. 56-70.
- Sommer R., (1959), *Studies in Personal Space*, in “Sociometry”, n. 22, pp. 247-50.
- Sternberg, E., (2009), *Healing Spaces: a Science of Place and Well-being*, Belknap Press, Cambridge, MA.
- Tajfel H., Turner J., (1979), *An integrative theory of intergroup conflict*, in W. G. Austin, & S. Worchel (a cura di), *The social psychology of intergroup relations*, Monterey, CA, Brooks/Cole, pp. 33-37.
- Talu V., Tola G., (2018), *Politiche e progetti integrati per la promozione e progettazione di città autism-friendly*, in Garau P., Sepe M. (a cura di), *Urbanistica informazione. Progetto urbano e spazi pubblici vivibili, salubri, felici*, n.5, pp. 121.
- Terzi L., (2010), *What metric of justice for disabled people? Capability and disability*, in Brighthouse H. Robeyens I. (a cura di), *Measuring justice. Primary goods and capabilities*, Cambridge University.
- Ulrich R., et al. (1984), *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*, in “Science”, n.224, p.420.
- Ulrich R., Zimring C., Joseph A., Quan X., Choudhary R., (2004), *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity*, Report to The Center for Health Design.
- Van Eyck A., (1962), *Dutch Forum on Children's Home*, in “Architectural Design”, n. 32, p.602.
- Vischer R., Vischer F.Th., (1872), *Simbolo e forma*; trad. It. Aragno, (2003), *Sul sentimento ottico della for-*

ma, Torino, pp. 35-106.

Wing L., Gould J., (1979), *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities*, in “Journal of Autism and Developmental Disorders”, n. 9, pp. 11-29.

### **Sitografia musei**

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348009>.

<https://www.artsonprescription.org/>.

<http://www.conferenzasalutementale.it/2020/05/28/ricominciamo-salute-mentale-e-servizi-di-comunita-problemi-pratiche-proposte-video-assemblea-sabato-30-maggio/>.

<https://www.culturunners.com/healing-arts-new-york>.

<https://www.doppiozero.com/la-tismo-oltre-lo-sguardo-medico>

<https://www.frescoparkinsoninstitute.com/contatti/>.

<https://www.gimbe.org/eb/definizione.html>.

<https://immaginar.io/musei-toscani-per-lalzheimer/>.

<https://ilpunto.it/cinema-e-psichiatria-rappresentare-la-sofferenza/>.

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Dopo-di-noi/Pagine/default.aspx>

<https://www.louvreabudhabi.ae/en/about-us/a-mindful-museum>.

<https://www.museumnext.com/events/museums-health-wellbeing-summit/>.

<https://www.nhs.uk/mental-health/>.

<https://www.ox.ac.uk/students/welfare/mentalhealthandwellbeing>.

<https://www.planning.org/pas/reports/report223/>.

### Capitolo 3

#### **Lo spazio soglia e l'architettura sanitaria**

Aceti E., (1994), *Abitare la soglia*, Milano, Tranchida editore.

Ahrentzen S., Steele K., (2015), *At Home With Autism: Designing for the Spectrum*, Policy Press.

Arneill A.B., Devlin A.S., (2002), *Perceived quality of care: the influence of the waiting room environment*, in “Journal of Environmental Psychology”, n. 22, pp. 345-360.

Bassanelli M., (2015), *Interno-Esterno: lo spazio soglia come nuovo luogo della domesticità*, in “BDC, Università degli studi di Napoli Federico II, Vol.15, n.2.

Bressan M., (Giugno 2012), *Spazio pubblico e zone di transizione*, in “Cambio”, Anno II, n.3.

Benjamin W., (1983), *Das Passagen-Werk*, in Tiedemann R. (a cura di), *Das Passagen-Werk*, Francoforte, Suhrkamp Verlag.

Bosia D., Darvo G., (2015), *Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura*, in “Journal of Technology for Architecture and Environment architecture for health and education”, TECHNE, architetture per la salute e la formazione, n.09.

Cali, C. (2012), *La natura della percezione*, in “La fenomenologia”, n.3, pp.225-240.

Costa V., (2010), *Fenomenologia dell'intersoggettività*, Roma, Carocci.

Crotti S., (2000), *Figure architettoniche: soglia*, Edizioni Unicopli, Milano.

- De Simone A., (2016), *L'inquieta prossimità. Lo straniero e il migrante secondo Simmel*. in "Postfilosofie", n.9.
- Del Nord R., Peretti, G., (2012), *L'umanizzazione degli spazi di cura. Le linee guida*, Firenze, TESIS.
- Di Chiro, A., (2021), *Un pensiero della soglia. Figure dell'alterità in Simmel, Schütz e Waldenfels e politiche dell'ospitalità*, in ARETÈ, Vol.6.
- Di Prisco, M., (2021), *Gli interni soglia come esperienza dell'alterità*, in Leveratto, Jacopo, Saitto, Viviana, Sansoni, Valeria, (a cura di), *Interni. Nuove geografie della ricerca*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editori.
- Di Prisco, M., (2022), *Waiting areas as places of encounter between therapy and society*, in ARCH22 Enabling health, care and wellbeing through design research. 5 International Conference Rotterdam-Delft 2022.
- Faré I., Piardi S., (2003), *Nuove specie di spazi*, Napoli, Liguori.
- Fornasari F., (2020), *Social Inclusion and Museum. Communities, Places, Narratives*. in "European Journal of Creative Practices in Cities and Landscapes", a.3, n.2, p. 160.
- Giardiello, P., (2010), *Waiting. Spazi per l'attesa*, Napoli, Clean edizioni.
- Giofrè, F., (2010), *Autismo. Protezione sociale e architettura*, Firenze, Alinea editore.
- Hertzberger H., (1991), *Lessons for students in architecture*, Rotterdam, 010 Publisher; trad. It. (1996), *Lezioni di architettura*, a cura di M. Furnari, Roma-Bari, Laterza.
- Helle, H. J., (2014), *The Social Thought of Georg Simmel*, SAGE Publications Inc.
- Husserl E., (2015), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, (trad. It.) Filippini E., il Saggiatore.
- Giddan J. J., Ucelli Di Nemi S., (2003), *L'alternativa non urbana: le farm communities per adulti con autismo*, in *Il disturbo autistico in età adulta*, ΝΟΪΣ, 4:2003; pp.341-350.
- Kinnaer M., Baumers S., Heylighen A., (2015), *Autism-friendly architecture from the outside in and the inside out: An explorative study based on autobiographies of autistic people*, in "Journal of Housing and the Built Environment", 31(2), pp.179-195.
- Mcallister K., Maguire B., (2012), *Design considerations for the autism spectrum disorder-friendly Key Stage 1 Classroom environment*, in "British Journal for Learning Support", Vol.27, n.3.
- Napoli, V., (2028), *Spazi di transizione tra strutture sociosanitarie e città. Condividere funzionalità in ambiente urbano*, Università di Roma La Sapienza.
- Scavuzzo, G., Dordolin, A., Di Prisco, M., (2020), *Tra città e casa: lo spazio-tempo della soglia come esperienza dell'alterità*, in «Urbanistica Informazioni», n. 289 s.i., pp.55-58
- Shepley M. M., Dilani A., (2001), *Research on healthcare for children and their families*. in "Design & Health - The Therapeutic Benefits on Design", Stoccolma, Elanders Svensk Tryck AB.
- Scott I., (2009), *Designing learning spaces for children on the autism spectrum*, in *Good Autism Practice (GAP)*, 10(1).
- Spirito G., (2015), *In-between places. Forme dello spazio relazionale dagli anni Sessanta a oggi*, Macerata, Quodlibet.
- Teyssot G., (2000), *Soglie e pieghe. Sull'intérieur e l'interiorità*, in "Casabella", n. 681, pp.26-35.
- Teyssot G., (2005), *Le cose perturbanti e nomadiche*, in "Area", n. 79, pp.12-13.
- Thompson, D.A., Yarnold, P.R., Adams, S.L. et al., (1996), *How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?*, in "Annals of Emergency Medicine", n.28, pp.652-656.
- Verderber, S., Reuman, D., (1987), *Windows, views, and health status in hospital therapeutic environments*, in "The Journal of Architectural and Planning Research", n. 2, vol. 4, pp. 120-133.
- Zanini, P., (2002), *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*, Milano, Mondadori.

## Capitolo 4

### Il Parco Basaglia di Gorizia

Dell'Acqua P., D'Autilia S., (luglio/settembre 2017), *Un'architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale*, in AA.VV., Rapporto sullo stato degli ex Ospedali Psichiatrici in Italia, a cura di D'Agostino A., «Festival dell'Architettura Magazine, ricerche e progetti sull'architettura e la città», n.41, pp.30-45.

Lenza C., (2013), *Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in AA.VV., I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento, Milano, Electa.

Marin A., (2007), *Gorizia. Piani e progetti per una città di confine*, Udine, Ed. Casamassima Libri.

Scavuzzo G., (luglio/settembre 2017), *Progetto e libertà terapeutica. Parco Basaglia a Gorizia*, in AA.VV., Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia, a cura di D'Agostino A., «Festival dell'Architettura Magazine, ricerche e progetti sull'architettura e la città», n.41.

Scavuzzo G., (2020), *Il parco della guarigione infinita.*, Letteraventidue, Siracusa.

Scavuzzo, G. (2019), *Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro*, in "Ardeth", n. 4.

Scavuzzo, G., Pratali Maffei, S., Guaragna G., (2018), *Riparare l'umano. Lezioni da un manicomio di frontiera*, Siracusa, Letteraventidue.

Slavich, A., (2018), *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Merano, Edizioni alpha beta verlag.

### Tesi di laurea e di dottorato

Amore, M.P., (2019), Relazioni inediti. La definizione del margine tra gli ex manicomii e la città, Tesi di Dottorato in Architettura presso il Diarc - Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Balisha J., (2017), Autism-friendly design. Centro per adulti autistici a Tirana, Master Degree Thesis, Architecture, University of Florence.

Bellini, E., (2017) Dsa Architecturability. Ambienti sensoriali "terapeutici" per rendere Abili. Un progetto di vita integrato rivolto alle persone con Disturbi dello Spettro Autistico, PhD Thesis, Architecture, XXX Cycle, 2017, University of Florence.

Bello, V., (2019), Memories of the Manicomio: Representations of Mental Illness and Psychiatric Institutions in Contemporary Italian Writing, Victoria University of Wellington in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Italian, Victoria University of Wellington

De Franceschi, S., (2010) Progettare Per L'autismo, Master Degree Thesis, Architecture, Sapienza University Of Rome.

Leestma David P., (2015) Designing for the Spectrum: An Educational Model for the Autistic User, Master's degree Thesis, Architecture, University of Maryland.

Rispoli M., (2019), Architecture in Crisis. Experiments with Participation and the challenge of More than Human Worlds, PhD Thesis, Philosophy of Interior Architecture, XXXIII Cycle, 2019-2020, University of Naples Federico II.

### Filmografia

Litvak A., (1948) *The Snake Pit*. Di Cui è stato scritto l'omonimo romanzo di Mary Jane Ward.

Peltonen, P., (1968), *La favola del serpente.*, RAI TV

Zavoli S., (1968), *I giardini di Abele*, RAI TV

Depardon R., (2017), 12 jours.

Agosti, S., Bellocchio, M., Petraglia, S. e Rulli, S., (1975), *Matti da Slegare*.

