

# L'ARCHITETTURA DELLA SOGLIA

Spazi di alterità tra cura, memoria e narrazione  
nella salute mentale





Il presente volume è pubblicato in modalità Open Access Gold, ossia il file della pubblicazione è liberamente scaricabile dalla piattaforma Anteferma Open Books.

Anteferma Open Books è la piattaforma per pubblicare volumi di ricerca, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto.

### **L'architettura della soglia**

Spazi di alterità tra cura, memoria e narrazione  
nella salute mentale

di \ by

Martina Di Prisco

ISBN 979-12-5953-100-1 (digitale - open access)

ISBN 979-12-5953-205-3 (cartaceo)

Immagine di copertina \ Cover Image

Padiglione d'ingresso del Parco Basaglia di Gorizia

Martina Di Prisco

Editore \ Publisher

Anteferma Edizioni Srl

via Asolo 12, Conegliano, TV

edizioni@anteferma.it

prima edizione \ first edition

novembre 2025

Copyright



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons

Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale

This book is published under a Creative Commons license

Attribution - Non Commercial - Share Alike 4.0 International

DOTs

DOTs is a multidisciplinary series that collects the results of PhD theses and makes them available in Open Access format.

The serie will collect books on Architecture, Arts, Design, Planning, Science and Technology.

The texts are elaborated in monographic opera, subject to double blind peer review.

*“Sia il medico che l’architetto devono dare una risposta al bisogno dell’oppresso e non già a quello della logica dominante. [...] Si esce dal luogo chiuso nel quale l’uomo non poteva essere altro che oggetto, mentre l’uomo, al contrario, si esprime come soggetto”.*

*Franco Basaglia, Hinterland.  
Segregazione e corpo sociale, 1978*



## INDICE

- 8      **Presentazione**  
*Tra luoghi dell'esclusione e memorie condivise di Giuseppina Scavuzzo*
- 10     **Prefazione**  
*Verso un'architettura del well-being di Donato Severo*
- 14     **Introduzione**

### Re-Mind. Nello spazio della Follia

- 23     **Le architetture della sragione**
- 42     **Il potere psichiatrico: sperimentazioni di forme tra utopia e realtà**
- 62     **L'inversione del soggetto e la ricerca identitaria**
- 75     **Hôpital de Sainte-Anne, Paris**
- 82     **I Musei della mente**
- 92     **Rethinking the Museums**
- 97     **Laboratorio-Museo della Mente di Santa Maria della Pietà, Roma**

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

- 108    **Dal manicomio alla salute mentale**
- 120    **Le architetture per la cura**
- 127    **Wooden Forest, Ipse de Bruggen Foundation, Nieuwveen**
- 136    **Le città sensibili**
- 144    **Questione di empatia: il Sé e l'Altro**
- 150    **Workshop di progettazione In my room, Fondazione Progetto Autismo FVG, Udine**



## Dialogo tra architettura, terapia e società

- 166      **Gli spazi soglia come esperienza dell'alterità**
- 171      **Learnig from: le architetture per la cura**
- 182      **Casi Studio**  
**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, Champcevais, Francia**  
**Trillium Centre. Corvallis, OR (USA)**  
**Unité de soins intensifs Garderose. Libourne, Francia**  
**Helsingør Psychiatric Hospital. Ellsinore (Helsingør), Danimarca**  
**HetGielsbos. Lille, Belgio**

## Ricordare il futuro

- 250      **Alterità fisica e mentale nella città**
- 259      **L'eredità dei corpi esclusi: l'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia**
- 279      **Caso studio: Progettare Oltre la Soglia nel Parco Basaglia, Gorizia**

## Apparati

- 294      **Bibliografia**
- 313      **Bibliografia dei casi studio**

# Presentazione

**Giuseppina Scavuzzo**

Professoressa ordinaria di Composizione architettonica e urbana,  
Università degli studi di Trieste

## Tra luoghi dell'esclusione e memorie condivise

Il testo di Martina Di Prisco esplora il complesso rapporto tra architettura e salute mentale, articolandolo lungo due direttrici principali: la memoria – ossia l'evoluzione storica di tale relazione – e la cura – vale a dire le sperimentazioni contemporanee sugli spazi dedicati alla terapia e all'accoglienza.

In entrambe queste prospettive, l'autrice concentra l'attenzione sulla dimensione narrativa dell'architettura, sulla sua capacità di generare e veicolare significati, di raccontarli e di renderli visibili all'interno della scena urbana.

L'indagine non si limita a considerare – o non soltanto – le architetture della “sragione”, come i complessi manicomiali e le successive istituzioni psichiatriche, ma si sofferma anche sui percorsi di recupero e sulle iniziative museali che raccontano il complesso rapporto tra follia e architettura. Un rapporto che riflette quello – altrettanto intricato – tra follia, città, comunità e società.

L'analisi si concentra, quindi, sulle strutture contemporanee di cura, rivolte non solo alla sofferenza psichiatrica, ma anche a condizioni oggi distinte come disabilità cognitive, atipicità sensoriali, dipendenze e fragilità: realtà che un tempo le istituzioni totali inglobavano e confondevano sotto l'unico denominatore della “devianza”.

Da queste esperienze emerge il ruolo decisivo dell'architettura, che non incide soltanto sul benessere di chi abita questi spazi, ma contribuisce anche alla rappresentazione sociale – e dunque, ancora una volta, alla narrazione – della disabilità, della sofferenza psichica e delle molteplici esperienze di vita delle persone che vi trovano forme differenti di accoglienza e di cura.

A fungere da luogo materiale e simbolico di questo racconto è la soglia: uno spazio di relazione possibile tra il mondo della cura e quello della comunità “sana”, nonché un punto di contatto in cui la memoria manicomiale diventa strumento per mettere in discussione questa rassicurante distinzione e aprire a una comprensione più sfumata e complessa della salute mentale.

La sezione che Di Prisco, con efficace sintesi, definisce “eredità dei corpi esclusi” prende in esame il Parco Basaglia di Gorizia, luogo storicamente centrale nel processo di deistituzionalizzazione e oggi sede di istituzioni contemporanee di cura e assistenza. Questo spazio diventa il campo ideale per indagare la praticabilità di una soglia: quella tra memoria e cura, tra cura e comunità consapevole.

È un percorso di consapevolezza che l'autrice stessa ha sperimentato direttamente, visitando e mettendo a confronto i luoghi basagliani della deistituzionalizzazione radicale italiana con quelli delle istituzioni di cura francesi, dove anche l'architettura viene chiamata a svolgere un ruolo attivo nel superamento del modello manicomiale.

Da questo dialogo nasce uno degli aspetti più originali della ricerca, che – per affrontare temi così intimamente legati alla complessità e alla varietà umana – ha intrecciato l'analisi di luoghi e architetture con un confronto diretto con medici, operatori e ospiti delle strutture, includendo anche un'esperienza di co-design condivisa con persone con disabilità sensoriali.

Forme diverse di ricerca, dunque, che tracciano un orizzonte di senso in cui l'architettura assume il proprio ruolo sociale, critico e trasformativo: capace di convertire i luoghi dell'esclusione in spazi di confronto e crescita collettiva, e di fare di una memoria scomoda un patrimonio condiviso, fondamento per costruire comunità più inclusive e consapevoli.

# Prefazione

**Donato Severo**

Professore Emerito, architetto e storico dell'architettura

## Verso un'architettura del *well-being*

“Bisogna distinguere accuratamente la soglia (*Schwelle*) dalla frontiera (*Grenze*). La soglia è un luogo. Le idee di variazione, di passaggio da uno stato all'altro, di flusso, sono contenute nel termine *schwellen* (gonfiarsi, dilatarsi) e l'etimologia è primordiale. È estremamente importante, d'altra parte, stabilire il contesto tettonico e cerimoniale che ha conferito a questa parola il suo significato” (Benjamin, 1982)<sup>1</sup>.

È nel libro *Despassages* il testo incompiuto sui *passages parisiens*, di cui restano una serie di note preparatorie, che Benjamin tratta in maniera estensiva della definizione della soglia. Tra l'altro queste note costituiscono l'abbozzo di una “scienza della soglia” come l'illustra la citazione. La forma della soglia, figura temporale e spaziale, è quella dell'intervallo contestuale situato tra due cose o tra due persone. Non è una cesura ma una zona formata da tettoniche precise, una regione di conoscenza. “Passaggi et peristili, pronao e portali, ingressi e vestiboli: queste linee immaginarie e tettoniche non creano dei limiti, essi creano lo spazio *tra*, lo spazio del *milieu*” (Benjamin, 1982; Menninghaus, 1986)<sup>2</sup>. Una regione spazio-temporale, “una zona intermedia dove l'estetica e il sociale non hanno acquisito delle forme distinte” (Bischof e Lenk, 1986)<sup>3</sup>. A dimostrazione delle sue tesi, Benjamin offre una topografia delle zone intermedie, che sono formate da tutti i luoghi di transito e di passaggio nella città. Questi spazi di transizione contengono il sogno collettivo. Essi sono paradossali: sono spazi pubblici della

1. Benjamin, W. (1982). *Das Passagen-Werk*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Konvolut O2a, 1, 618). Trad. it. di Donato Severo.

2. Benjamin, W. (1982). *Das Passagen-Werk*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Konvolut L5, 1-2). Trad. it. di Donato Severo. Vedi anche Menninghaus, W. (1986) “Science des seuils: la théorie du mythe chez Walter Benjamin”, in Tiedemann, R. and Lonitz, H. (eds.) *Benjamin et Paris*. Paris: Éditions du Cerf, pp. 529-557, p. 543.

3. Bischof, R., Lenk, E. (1986) “L'intricationsurréelle du rêve et de l'histoire dans les Passages de Benjamin”, in Tiedemann, R., Lonitz, H. (eds.) *Benjamin et Paris*. Paris: Éditions du Cerf, p. 184.

collettività che appaiono come degli interni. Calma, sicurezza, intimità, l'interno si trasforma in esterno.

Lo spazio terapeutico si situa sovente nelle soglie, negli interstizi e nelle porosità, tra l'interno e l'esterno degli edifici. La ricerca che ha sviluppato Martina Di Prisco sullo spazio di soglia è un contributo essenziale e di sicuro interesse sulle relazioni – complesse e contraddittorie – tra l'architettura, la terapia e la società. Da Edmund Husserl a Hermann Hertzberger, da Walter Benjamin a Michel de Certeau, dalla neuroarchitettura all'approccio "salutogenico", Martina Di Prisco ci offre un formidabile e documentato "stato dell'arte" delle architetture terapeutiche della soglia. L'esplorazione delle nozioni di spazio della soglia e di spazio terapeutico è articolata attraverso la narrazione e la mobilitazione di tre nozioni chiave: la sragione, l'inversione e l'alterità. Queste nozioni permettono di rivisitare la storia dell'architettura della salute mentale mostrando le discontinuità ma anche le metamorfosi dello spazio della salute mentale. I numerosi casi di studio sapientemente scelti, investigati in profondità, ridisegnati e comparati, offrono un panorama aggiornato dei diversi approcci. Questa conoscenza fine della problematica ha un obiettivo operativo e progettuale di grande attualità: poter formulare nuove possibili forme topologiche e architettoniche in grado di accogliere le alterità.

Analisi critiche e nuove esplorazioni che Martina Di Prisco offre agli architetti, ai pazienti e a tutti gli attori della salute mentale, attraverso una materia pregnante, sensibile, ricca di potenzialità e aperta a possibili inediti sviluppi progettuali: verso un'architettura del *well-being*.

Parigi, giugno 2025





# Introduzione

Il 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 soffre di malattie mentali, reintegrandoli gradualmente nella società. Lo psichiatra 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 esercitato fino a quel momento nei loro confronti. 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. Ad oltre quarant'anni dall'approvazione della legge che ha sancito la chiusura dei manicomi in Italia (L. 180 del 13 maggio 1978), 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.

L'interesse per la progettazione di spazi comuni inclusivi è nato durante il percorso di laurea dell'autrice<sup>1</sup>, focalizzandosi inizialmente sull'interazione delle persone con Alzheimer con l'ambiente costruito. Questa indagine iniziale si è evoluta verso la progettazione di ambienti che migliorassero la vita quotidiana di persone con diverse disabilità cognitive, rispondendo ad esi-

---

1. Laurea magistrale in Architettura dell'Università degli Studi di Trieste con la tesi *Abitare la memoria. Progettazione di un centro per malati di Alzheimer nell'area Ex O.P.P. di Trieste* (2017) con Seherzada Ahmetovic, di cui relatore il Prof. Giovanni Fraziano.

genze specifiche e promuovendo al contempo il recupero della loro identità e la loro inclusione sociale. L'autrice ha applicato le sue ricerche iniziali nella progettazione di allestimenti museali inclusivi, adatti a visitatori di tutte le età e abilità, e ha proseguito gli studi con un percorso di dottorato che ha permesso di approfondire ulteriormente questo tema, concentrandosi sull'allestimento di spazi espositivi dedicati alla narrazione della salute mentale all'interno di strutture sanitarie, in particolare ex manicomi riadattati a servizi psichiatrici. L'impegno nella ricerca prosegue attualmente con un focus sulle neurodivergenze e la loro interazione con il contesto architettonico, grazie a un assegno di ricerca legato al progetto europeo BeSENHome<sup>2</sup> che mira a trasformare gli ambienti destinati a persone con disabilità cognitive in spazi più accoglienti e sicuri, integrando soluzioni tecnologiche innovative.

La realizzazione della presente ricerca di dottorato<sup>3</sup> è stata possibile grazie a una borsa di studio finanziata dalla Cassa di Risparmio di Gorizia<sup>4</sup>, il cui obiettivo mira ad approfondire la conoscenza del territorio isontino. Tale indagine si è sviluppata in un percorso di valorizzazione dell'area, arricchito dall'analisi di esperienze nazionali e internazionali sul tema della salute mentale, ampliando così le conoscenze acquisite.

La tesi si articola dunque in un percorso che comincia e si conclude con le analisi e le ipotesi delle trasformazioni di un luogo significativo per la storia psichiatrica: l'ex Ospedale Provinciale Psichiatrico di Gorizia, oggi Parco Basaglia.

- .....
2. Progetto finanziato dal programma Europeo Interreg Italia-Austria 2021-2027 BeSENSHome – *Sensori applicati ad ambienti sensibili. Spazi inclusivi dove è normale essere speciali* CUP: J93C23001580002.
  3. Dottorato in Ingegneria Civile-ambientale e Architettura dell'Università degli Studi di Trieste, interateneo con l'Università degli Studi di Udine, con la tesi *Oltre la soglia: cura, memoria e narrazione della salute mentale nell'architettura* (2023) di cui relattrice la Professoressa Giuseppina Scavuzzo.
  4. Borsa di studio D/1- tema libero nell'ambito delle tematiche di ricerca del dottorato concernenti il territorio isontino, finanziata dal Dipartimento di Ingegneria e Architettura su fondi della Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia (2019-2023).

La ricerca esplora il complesso intreccio tra *cura*, *memoria* e *narrazione* della salute mentale nel contesto dell'architettura, con un'attenzione particolare alla progettazione inclusiva. L'analisi storica e tipologica delle architetture si combina con lo studio di mostre, installazioni e pubblicazioni scientifiche, ponendo un focus centrale sui *casi di studio*, ritenuti esemplificativi delle teorie trattate e approfonditi attraverso diversi strumenti narrativi, tra cui il ridisegno interpretativo. A supporto di questa indagine, la rassegna bibliografica è stata arricchita dall'analisi di progetti relativi a strutture ospedaliere, residenziali, semiresidenziali ed educative, tutte orientate verso la cura della salute mentale.

Gli anni iniziali del dottorato, seppur condizionati dalla pandemia di COVID-19 che ha limitato le ricerche sul campo, hanno incentivato nuove metodologie di studio e ampliato l'interesse scientifico verso la relazione tra salute mentale e ambiente costruito. Tale contesto ha altresì agevolato la partecipazione a congressi interdisciplinari, offrendo inedite opportunità di confronto e ridefinendo gli approcci di ricerca, integrando l'architettura a contributi provenienti da diverse discipline, tra cui la filosofia, la sociologia e le scienze psichiatriche. In tale contesto, la collaborazione con il progetto europeo *SENShome*<sup>5</sup> ha consentito di approfondire le tematiche inerenti alla progettazione inclusiva per le persone con neurodivergenze, offrendo l'opportunità di condurre studi partecipativi e di sviluppare strategie progettuali fondate su un approccio inclusivo. Non appena avuta la possibilità si è ritenuto fondamentale un processo di revisione e aggiornamento degli elaborati teorici e grafici attraverso esperienze dirette sul campo e la partecipazione in presenza a convegni e seminari, oltre allo svolgimento di un periodo di ricerca presso l'*École Nationale Supérieure d'Architecture Paris Val de Seine*, sotto la supervisione del Professore Donato Severo, esperto nell'am-

---

5. Progetto finanziato dal programma Europeo Interreg Italia-Austria 2014-2020 *La casa Sensibile SENSHOME: Sensori per Ambienti Speciali. La casa il più possibile normale e speciale quanto necessario* CUP: J94I19000920007.

bito di ricerca sulla relazione tra architettura e psichiatria. Qui è stato possibile condurre degli studi per analizzare l'evoluzione degli edifici per la salute mentale nel contesto francese quali le ex strutture manicomiali di *Sainte-Anne*, *Saint-Maurice*, *Ville Évrard* e *Nanterre*, nonché alcune cliniche psichiatriche di architettura contemporanea. Un'opportunità di grande valore per la ricerca è stata la possibilità di osservare e confrontare pratiche architettoniche e mediche applicate in diversi Paesi europei, grazie anche alla partecipazione a convegni e workshop formativi tenuti in Olanda, Inghilterra e Belgio, nonché in diverse città italiane. Ciò ha permesso di ottenere una visione globale necessaria a effettuare scelte ponderate negli studi mettendo a confronto le diverse realtà nel contesto architettonico. Altrettanto rilevanti per gli studi 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. Grazie a queste esperienze, è stato possibile analizzare le esigenze specifiche degli utenti, coinvolgendo attivamente esperti del settore, caregiver e le persone direttamente interessate, al fine di individuare soluzioni spaziali che favoriscono il benessere, l'autonomia e l'integrazione sociale. Il volume approfondisce la trasformazione degli spazi dedicati alla cura della salute mentale, dalle origini dei primi ospedali psichiatrici fino agli approcci contemporanei, con un'attenzione particolare agli spazi espositivi e alla narrazione del concetto stesso di salute mentale. L'opera è articolata in due sezioni principali: "Memoria e narrazione della cura" e "Cura e narrazione della salute mentale". Nel primo capitolo viene ripercorsa l'evoluzione storica degli spazi destinati alla cura della "follia": dalle prime forme di ospedale psichiatrico alle istituzioni totali del Novecento, fino alla chiusura dei manicomi e alla nascita di nuove architetture dedicate alla salute mentale. Sono presentati casi studio emblematici, come l'Ospedale di Sainte-Anne a Parigi e il complesso di Santa Maria della Pietà a Roma, che mostrano

come la memoria e la narrazione dei luoghi si intreccino con i percorsi di cura.

Il secondo capitolo affronta invece l'evoluzione del concetto di salute mentale e le nuove tipologie architettoniche per la terapia, con particolare attenzione alla progettazione inclusiva per persone con neurodivergenze. Vengono analizzate esperienze di progettazione partecipata in Italia e nei Paesi Bassi, dove l'attenzione è posta sull'esperienza corporea e sulle esigenze individuali.

La seconda parte del volume si concentra sulle strutture terapeutiche dell'architettura contemporanea rivolte a persone con disabilità cognitive. In questo contesto vengono individuati gli "spazi soglia" – zone di transizione tra interno ed esterno – come luoghi capaci di facilitare l'adattamento fisico e sociale. Dieci progetti vengono analizzati attraverso un ridisegno interpretativo, che mette in evidenza spazi di transizione, attesa, filtro e rifugio.

L'ultimo capitolo propone un'ipotesi meta-progettuale, intesa come piano concettuale di riferimento per ripensare l'architettura della salute mentale in una prospettiva che la riconosce come processo sociale generatore di beni comuni. A partire dal confronto delle esperienze sviluppate nelle strutture ex manicomiali del Friuli Venezia Giulia, viene approfondito il caso del Parco dell'ex Ospedale Psichiatrico di Gorizia, per il quale si propone una strategia di "riattivazione" basata sugli spazi-soglia e su un focus specifico sulle strutture di Neuropsichiatria Infantile e sul Centro di Salute Mentale.

Gli interventi delineati nel metaprogetto sono stati concepiti in coerenza con gli obiettivi di valorizzazione del territorio, in vista della proclamazione di Gorizia come Capitale Europea della Cultura 2025. Si ringraziano gli architetti dello studio StarAssociati e l'architetto Luigi Di Dato per i preziosi confronti sul tema del Parco Basaglia e sugli interventi di riqualificazione; i medici e gli operatori sanitari che lavorano, o hanno lavorato, all'interno del Parco Basaglia – in particolare il dott. Devid Cescon, la dott.ssa Michiei Paola Zanus, il dott. Franco Rotelli e Roberto Mezzina – per la

collaborazione e le testimonianze condivise. Un ringraziamento speciale va al dott. Pompeo Martelli per la generosa intervista sul complesso di Santa Maria della Pietà a Roma; alla Fondazione Progetto Autismo, che ha reso possibile la collaborazione con i ragazzi del centro nel workshop partecipato; a Rebecca Vitulano per la revisione editoriale; e ai docenti Giuseppina Scavuzzo, Donato Severo e Lila Bonneau per l'accompagnamento nel percorso di ricerca, reso particolarmente ricco grazie alla loro approfondita conoscenza del tema.



Re-Mind.

Nello spazio della follia

# Le architetture della sragione

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

I luoghi destinati ad accogliere i folli hanno assunto, nel corso della storia, molteplici forme, così come mutevole è stato il significato stesso della follia, interpretato secondo visioni culturali e scientifiche differenti (Foucault, 2011). Solo in epoca relativamente recente essa è divenuta oggetto di studio delle scienze psichiatriche. La condizione clinica e sociale attribuita al malato mentale ha influenzato profondamente, nelle diverse epoche, la sua collocazione all'interno dello spazio urbano (Di Prisco *et al.*, 2021).

I primi santuari di guarigione, noti come *asklepieia*, sorsero in Grecia nel III secolo a.C., generalmente edificati in luoghi ritenuti salubri, su colline isolate, circondate da boschi e vicine a sorgenti d'acqua, elementi considerati essenziali per il processo di guarigione (Capolongo, 2006). Con l'espansione dei centri abitati, questi santuari lasciarono il posto a templi monumentali composti da porticati e ambienti di degenza, solitamente esposti a nord, destinati all'attesa e alla preparazione rituale del malato prima di accedere all'area sacra dedicata alle cure (De Mattia, 2012).

Tali luoghi divennero ben presto mete di pellegrinaggi: gli infermi, una volta giunti o condotti sul posto, sostavano davanti al recinto esterno, in attesa di essere accolti dal sacerdote, che decideva l'ammissione solo se giudicati degni. Una volta varcata la soglia del tempio-ospedale, il malato si sottoponeva a un periodo di tre giorni di digiuni e abluzioni purificatrici, noto come fase di "incubazione", finalizzata al raggiungimento di uno stato idoneo alla guarigione, che si manifestava attraverso il sogno. L'interpretazione di questi sogni, spesso indotti dalla debilitazione fisica, costituiva la base per la diagnosi e la cura, senza distinzione tra sofferenza fisica o mentale. Le terapie consistevano prevalentemente in bagni rituali o in pratiche simboliche con serpenti non velenosi considerati sacri (Warburg, 1988), che venivano lasciati strisciare sul pavimento dei dormitori (Risse, 1990, p. 56). Un'immagine, questa, che richiama la favola orientale del serpente (Davydov, 1966), di cui si servì anche Franco Basaglia per

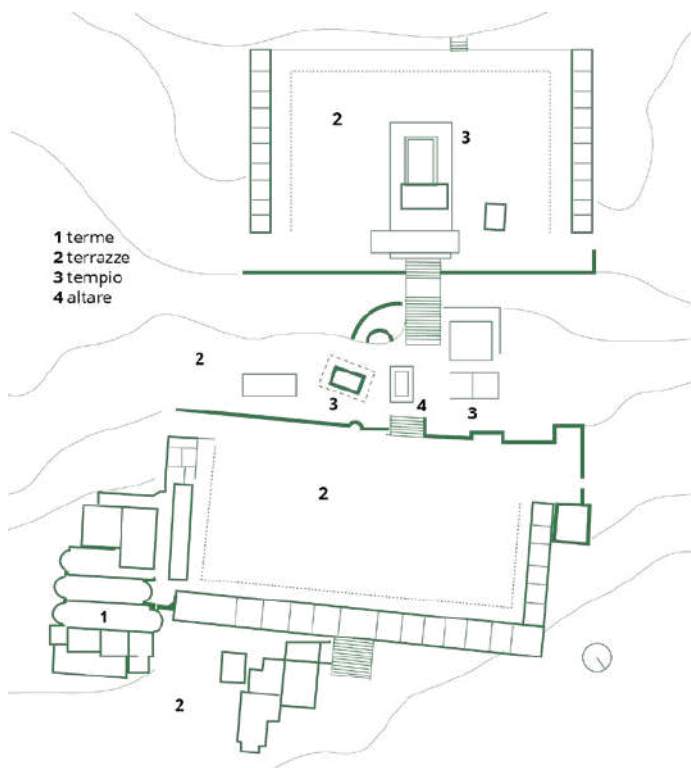


Fig. 1 • Planimetria di Asklepieion a Kos, III sec. a.C. Elaborazione grafica dell'autrice.

costruire una potente analogia<sup>1</sup> con la condizione istituzionale del malato mentale (Basaglia, 1968, p. 150).

Nel mondo islamico, l'interesse per le cure riservate al folle si manifestò con particolare intensità: il malato veniva considerato vittima della possessione di un demone<sup>2</sup>, che lo privava della 'aql – ovvero della facoltà di discernere tra giusto e sbagliato (Biesterfeldt, 2002). I primi trattamenti, di natura esorcistica e rituale, vennero progressivamente affiancati da pratiche terapeutiche più strutturate, somministrate in luoghi appositamente destinati alla cura mentale. A Damasco, nel 707 d.C., fu fondato il primo ospedale per volontà del califfo Walid Mansûrî. Con l'avvento dell'Impero Abbaside (750 d.C.), furono costruite nuove strutture ospedaliere che contribuirono in modo decisivo allo sviluppo della medicina e alla cura dei disturbi psichici<sup>3</sup> (De Maio, 2002). Dal 790 Baghdâd divenne il principale centro ospedaliero del mondo arabo, con dieci ospedali distribuiti nei diversi quartieri cittadini, dotati di farmacie, biblioteche pubbliche e camere di degenza affacciate su patii ottagonali con fontane centrali (Tschanz, 2017).

Alcuni ambienti erano riservati ai pazienti con gravi forme di agitazione psichica: finestre protette da inferriate e catene per l'isolamento temporaneo impedivano alla luce di filtrare se non dall'alto, attraverso fessure triangolari. L'azione combinata del suono dell'acqua, della penombra e dell'isolamento, unita ai trattamenti medici, mirava a sedare il paziente, il quale, superata la fase acuta, veniva trasferito in un padiglione intermedio, composto da sette stanze più ampie e luminose, disposte attorno a un cortile con una fontana di dimensioni maggiori rispetto alle precedenti (Lo Jacono, 2003).

Nel 805, sempre a Baghdâd, nacque una delle più importanti istituzioni culturali del mondo arabo: la *Dâr al-Hikma* ("Casa della Sagghezza"), che ospitava una vasta biblioteca medica e reparti di degenza per malati, senza distinzione di genere o etnia, comprendendo anche sezioni specifiche per gli alienati (Dols, 1987). Con il progressivo declino dell'Impero Abbaside e l'affermazione di dinastie locali, si assistette alla proliferazione di strutture sanitarie in tutto il mondo islamico, alcune delle quali dedicate esclusivamente alla cura delle malattie mentali. Tra queste, l'ospedale di Aleppo, fondato nel 1157 e ricostruito nel 1260, è ar-

---

1. Ne *L'istituzione negata. Rapporto ad un ospedale psichiatrico* Franco Basaglia riporta la descrizione di una favola narrata nel libro di Jurij Davydov, *Il lavoro e la libertà* del 1966, da cui Peltonen Pirkko prenderà spunto per intitolare il suo film-documentario *La favola del serpente* del 1968, ambientato nell'Ospedale psichiatrico di Gorizia.

2. 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".

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

ticolato in tre reparti: accoglienza, trattamento e cronici (Dols, 1987). Successivamente, simili istituzioni (*ibimaristan*) si diffuse- ro in Marocco, Algeria, Maghreb e Turchia, spesso con architet- ture monumentali (Virk, 2017). Uno degli esempi più significativi fu il complesso ospedaliero di Edirne, fondato nel 1484 e proget- tato da Mimar Hayreddin. Esso comprendeva un'infermeria, una mensa pubblica, una scuola di medicina, due scuole coraniche e una grande moschea preceduta da un cortile porticato. In tale contesto vennero adottate terapie innovative per l'epoca, come la musicoterapia, la cromoterapia e l'idroterapia, applicate a di- sturbi che oggi si assocerebbero alla schizofrenia (Kuban, 2010). Il *bimaristan*, o asilo dei malati, può essere dunque considerato un precursore dell'ospedale moderno: accoglieva pazienti di ogni provenienza, ceto e genere, garantendo loro cure gratuite fino alla completa guarigione (Tschanz, 2017).

Mentre nel mondo arabo, l'evoluzione delle conoscenze mediche portò al riconoscimento della necessità di spazi specifici per la cura della mente, in Occidente, al contrario, con l'inizio dell'epo- ca medievale, la follia continuava a essere interpretata secondo lo schema morale della lotta tra bene e male. La medicina cristiana non era ancora in grado di distinguere tra folle, malato e povero, *che venivano assistiti indistintamente negli hospitalia*<sup>4</sup> (Canezza et al., 1935), edifici modesti, talvolta composti da un solo ambien- te, fondati e amministrati da ordini religiosi (Giannantonio, 2013). Sebbene già sulla via dell'alienazione e della punizione, il folle era ancora considerato parte integrante della società, dove l'isola- mento non gli precludeva un ruolo sociale. Talvolta si trovava ad assumere un ruolo simbolico di personaggio stereotipato dell'i- nesattezza della condizione umana, oggetto di rappresentazioni artistiche e allegoriche.

Nel Medioevo, dunque, la follia non era ancora riconosciuta come malattia o questione sociale, ma piuttosto interpretata in chiave spirituale. Le opere di carità a favore dei malati mentali erano ritenute vie per ottenere meriti nell'aldilà. Il folle diventava così uno strumento attraverso cui Dio trasmetteva la propria volontà (Foucault, 2011).

Con la progressiva scomparsa della lebbra in Europa, l'esperienza dell'isolamento e della reclusione si trasferì gradualmente verso la follia: gli spazi un tempo destinati ai lebbrosi furono trasfor- mati in luoghi di esclusione per i "matti", ma anche per poveri, mendicanti, vagabondi e pellegrini. In un primo momento, tali individui venivano espulsi dalle città, lasciati vagare nelle campa- gne o imbarcati su navi dirette verso terre lontane, con l'obiettivo

4. 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 de- stinati ai pellegrini; molto più tardi assunse il significato di luogo di cura per gli ammalati.

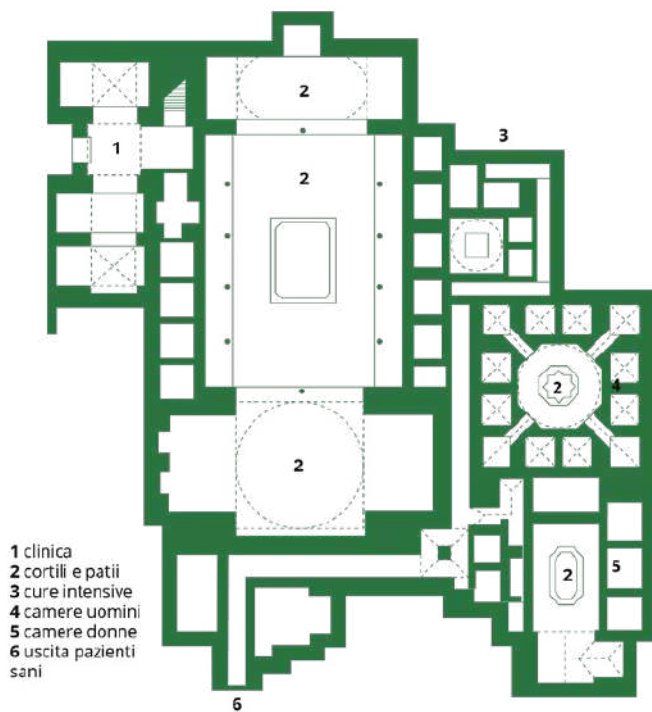


Fig. 2 • Bimaristan al-Sultan Qalawun, 1283. Pianta del piano terra. Elaborazione grafica dell'autrice.

di impedirne il ritorno. In seguito, vennero internati in strutture detentive, considerati una minaccia per l'ordine pubblico. Il folle, al pari del povero e del criminale, fu progressivamente percepito come individuo "inutile" alla società produttiva, e quindi da escludere. Con il mutare del paradigma culturale, cambiò anche il trattamento riservato alla follia: se nel Medioevo il folle era tollerato ai margini della società, nel Rinascimento, con l'affermazione di nuovi assetti economici e sociali, fu ritenuto incapace di provvedere a sé stesso e quindi da rinchiodare. La reclusione divenne così lo strumento attraverso cui garantire, insieme, la sicurezza dell'individuo e quella della collettività (Foucault, 2011). La necessità di individuare un *diverso* ha portato la follia a essere percepita come il principale pericolo da cui difendersi, confinando 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. Rinchiodato 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 (Foucault, 2011).

### **Dalle case di correzione agli ospedali dei pazzi**

La conseguenza di tale emarginazione è la diffusione, in tutta Europa, di una serie di *domus* destinate a isolare e *correggere* il folle, così come il meno abbiente e il malavitoso. Queste strutture diventano uno strumento di potere basato su misure arbitrarie: case di correzione come gli *Hôtel-Dieu*<sup>5</sup> in Francia e le *Workhouses*<sup>6</sup> inglesi o le *Zuchthäuser* tedesche, delimitate da cancelli e inferriate, con porte e finestre sempre chiuse, catene e lucchetti ovunque, dove le cure consistevano principalmente nell'internamento e nell'isolamento.

Nel 1656 viene fondato a Parigi l'*Hôpital Général*<sup>7</sup> per volontà del re Luigi XIV, definito da Foucault "il terzo stato della repressione"<sup>8</sup> (Foucault, 2011). Esso rappresenta l'emblema dei primi

- .....
5. Si trattava di strutture assistenziali sorte in prossimità delle cattedrali e assoggettate all'autorità vescovile. Inizialmente destinate a ospitare pellegrini e viaggiatori da evangelizzare, poi hanno assunto funzioni ospedaliere fino a trasformarsi in *Hôpitaux généraux* o in veri e propri ospedali.
  6. Nel 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.
  7. Diverse 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.
  8. "L'opposizione tra poveri buoni e cattivi è essenziale alla struttura e al significato dell'in-

ospedali atti alla “correzione” dell’alienato, ma con l’unico reale intento autoritario di imprigionare ogni forma estranea all’etica sociale dominante.

Risulta evidente fin da subito che non si tratta 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 destinati a gestire l’inutilità sociale dei folli, dei malati, dei poveri e dei criminali, fungendo da meccanismo di eliminazione, segregazione e spersonalizzazione degli “elementi che gli sono eterogenei o nocivi” (Foucault, 2011, p.126). Così come a Parigi, anche a Londra si diffondono strutture dedicate alla reclusione dei lunatici, come il noto Saint Mary Bethléem<sup>9</sup>, 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 e in siti diversi. 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 (Mindham, 2021), 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 (Topp, 2005). 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 (Andrews *et al.*, 1997).

.....  
ternamento. L’Hôpital 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, 2011, p.106).

9. 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. Nel 1676 viene trasferito a Moorfields, poi a St George’s Fields a Southwark nel 1815, prima di trasferirsi nella sua sede attuale a Monks Orchard nel 1930. Oggi è meta turistica per molti visitatori del museo psichiatrico contenuto al suo interno, argomento approfondito in seguito nel seguente volume.

L'intero complesso, con il suo ingresso curato e il prospetto imponente, rappresenta solo una facciata di apparenza. Esso suscita tanto scalpore da attirare 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 nuovo quadro, nazionale e internazionale, per il trattamento della follia (Scull, 1979).

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 di reclusione viene inizialmente attenuato dall'adeguamento degli ospedali che prima ospitavano lebbrosi e poveri, con l'intento di far fronte al problema del vagabondaggio e circoscrivere il contagio virale. Questo si dimostra però 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, rappresentino una forma di cura per il malato (Roscioni, 2003).

Ne sono alcuni esempi il lazzaretto di Santa Maria Maddalena, edificato ad Aversa nel 1269 per gli appestati e destinato poi ad ospitare i poveri, vagabondi e folli; così come l'ospizio di 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 da parte di una confraternita spagnola vicina ad Ignazio Loyola 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 a uso esclusivo di questi ultimi.

### **La cura della follia: la nascita degli Asylums, le Maisons 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 a operare il discrimine tra pazzia e normalità. È, dunque, un nuovo discorso che esclude e che giustifica l'internamento" (Palermo e Perrella, 2020, p. 11).

Una delle istituzioni manicomiali che maggiormente hanno influenzato e modificato la successiva concezione e progettazione architettonica nel campo psichiatrico è lo *York Retreat*, istituito

sul finire del XVIII secolo in Inghilterra dalla comunità quacchera guidata da William Tuke.

Sebbene non sia mai esistita una versione replicata di questo modello, appare evidente nei testi di riferimento la consapevolezza di quanto l'ambiente possa influenzare il trattamento terapeutico (Edginton, 2003). La struttura viene realizzata dopo la morte misteriosa nel 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" (Smith, 2007), diventa oggetto di indagini, sorrette dalle preoccupazioni riguardanti sospetti maltrattamenti e abusi sui pazienti all'interno del manicomio, già comprovati e testimoniati nel *Bethlem Asylum*. Lo *York Retreat* nasce, 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, insinuando l'idea che la salute sia un diritto accessibile a tutti, e che l'ospedale non debba più essere luogo di "buona morte", ma piuttosto di trasmissione di un sapere scientifico (Giannantonio, 2013). La *cura della follia* diventa una delle priorità terapeutiche, portando 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 *Asylums*<sup>10</sup> in Inghilterra, le *Maisons pour 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" (Goffman, 1968, p. 29).

.....  
<sup>10</sup> Il termine *Asylum* significa letteralmente "luogo di rifugio", ossimoro rispetto allo stato insalubre e disumano delle celle in cui venivano confinati pazienti.

I primi cambiamenti si devono alle riforme nate in Inghilterra con l'introduzione del *County Asylum Act*<sup>11</sup> (1808) e alle iniziative delle “*moral treatment*” (1813) condotte dal quacchero Samuel Tuke<sup>12</sup>; oltre alla liberazione degli incatenati dell'ospedale di Salpêtrière da parte di Philippe Pinel<sup>13</sup> nel 1795 in Francia (Pinel, 1798; Pinel, 1809). È proprio allo psichiatra Pinel che viene ricondotto il tentativo di distinguere i soggetti affetti da disturbi mentali da coloro che si trovano 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*, Pinel 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. Questi avvenimenti significativi vengono interpretati come momenti fondativi dell'archetipo di quello che sarà il manicomio, costringendo la follia in una struttura, sia idealmente che fisicamente. Con l'istituzione di questi “paradisi ben ordinati” (Topp, 2015), 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, intento dichiarato da un certificato medico e secondo precise norme di legge. In Francia, le teorie di Pinel verranno riprese dallo psichiatra Jean-Étienne Dominique Esquirol (Esquirol, 1838), ispirando il regolamento psichiatrico del 1838, la legge *Lois des aliénés* emanata dal re Luigi Filippo, che rimarrà in vigore sino 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<sup>14</sup>. Viene

- .....
11. Atto 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.
  12. Nipote di William Tuke, mercante che fonda l'asylum nazionale per quaccheri *The Retreat*, 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.
  13. Philippe Pinel (1745-1826) è lo 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 di fatti classifica alcune malattie mentali in base alle lesioni organiche (come la melancolia, la mania, la demenza, l'idiotismo).
  14. Jean-Étienne Esquirol, tra i principali promotori della *Loi du 30 juin 1838*, sostenne con l'art. 1 che “*chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés*”, imponendo così la localizzazione territoriale di

istituita al contempo, in Inghilterra, la pratica del *no restraint* – pratica di “non contenimento”, già sperimentata da Robert Hill nel Lincoln Asylum – voluta dalla Regina Vittoria nel 1837, che postula l’abbandono di qualsiasi contenzione meccanica. Il medico John Conolly, primario del più grande asylum inglese dell’epoca, il *Middlesex County Asylum* di Hanwell<sup>15</sup> – con più di mille posti letto – raggiunge una fama internazionale grazie all’applicazione della sua pratica del *no restraint*, e alle sue pubblicazioni di orientamento più umanitario (Conolly, 1830; 1856). Viene varata in questo periodo la *Lunacy Act* (1845), una legge che riconosce ai lunatici lo status di individuo affetto da malattia mentale. Da questo momento, ogni *asylum* (ad eccezione del Bethlem Royal Hospital, sotto inchiesta per le condizioni igienico-sanitarie e i metodi di contenzione ancora vigenti) dovrà dotarsi di un regolamento scritto e di un medico che risieda al suo interno, privando il paziente del diritto di opporsi alla detenzione, e affidando al medico la totale responsabilità del malato.

Con la nascita della psichiatria si affida così a una struttura ospedaliera specifica il compito di custodire *l’uomo di sragione* (Foucault, 2011) separandolo dai poveri e dai criminali, allontanandolo definitivamente da carceri e case lavoro, portando alla conseguente differenziazione delle architetture atte ad accoglierlo. Una differenziazione questa che però non ne modifica 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 quindi 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 un disegno del filosofo Jeremy Bentham dell’*Inspection House*: meglio conosciuto come il *Panopticon*, ovvero “occhio che tutto vede”<sup>16</sup>.

.....  
manicomi pubblici e ampliando i poteri del medico al potere decisionale in merito alla degenza. Esquirol concepiva l’ospedale psichiatrico come “uno strumento di cura”, e affermava che la progettazione architettonica non poteva essere lasciata agli architetti ma dovesse essere diretta dal medico, principale responsabile terapeutico dell’istituto.

15. Il progetto, elaborato dall’architetto William Alderson, prevedeva una struttura a pianta a “C”, con edifici disposti in modo simmetrico attorno a un corpo centrale e due padiglioni laterali – destinati rispettivamente ai reparti maschile e femminile – ispirati al modello panottico, con base ottagonale. Questa configurazione architettonica era concepita per limitare la diffusione delle infezioni, in linea con le prime teorie germinali che stavano emergendo in quel periodo.
16. Ci sono testimonianze delle innumerevoli ricerche ossessive e cambiamenti nei progetti realizzati da Bentham, ma resterà per lo più fedele a dei piccoli moduli, replicabili

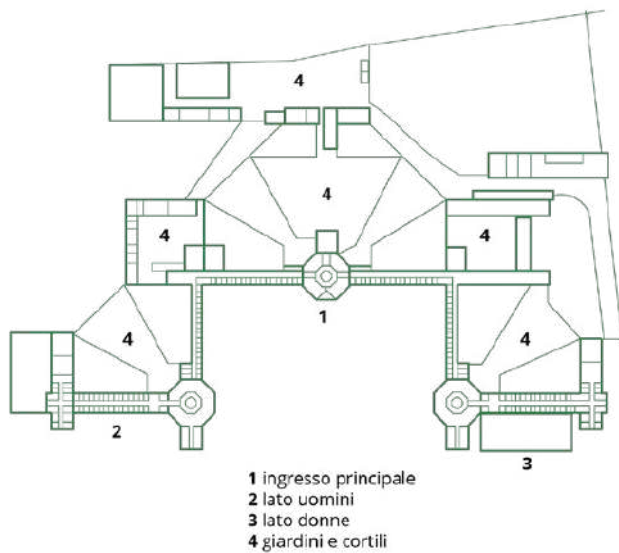


Fig. 3 • Middlesex County Asylum di Hanwell. Progetto di William Alderson, 1831. Pianta del piano terra. Elaborazione grafica dell'autrice.

L'Inspection House viene pensata come la struttura, secondo il filosofo Bentham, che meglio risponda al concetto di “non restrizione”, già anticipato dalla famiglia Tuke per lo York Retreat (Evans, 1971, pp. 12-37).

La sua composizione architettonica 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 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” e di cui Michelle Foucault fa tale descrizione degli spazi:

“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 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 segreta; la piena luce e lo sguardo di un sorvegliante captano meglio dell'ombra, che in ultima analisi proteggeva” (Foucault, 1976, p.233).

Bentham progetta delle persiane per le finestre della sala centrale di sorveglianza (definita *torre* da Foucault, ma meglio identificabile con il termine *lodge*<sup>17</sup>, ossia residenza di piccole dimensioni) per far sì che l'osservatore resti in penombra passando inosservato. L'architetto 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

---

in caso di necessità di maggiore superficie. Privilegia 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 (Bentham, 1791; 1983; Evans, 1971; Foucault, 1976).

17. 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.

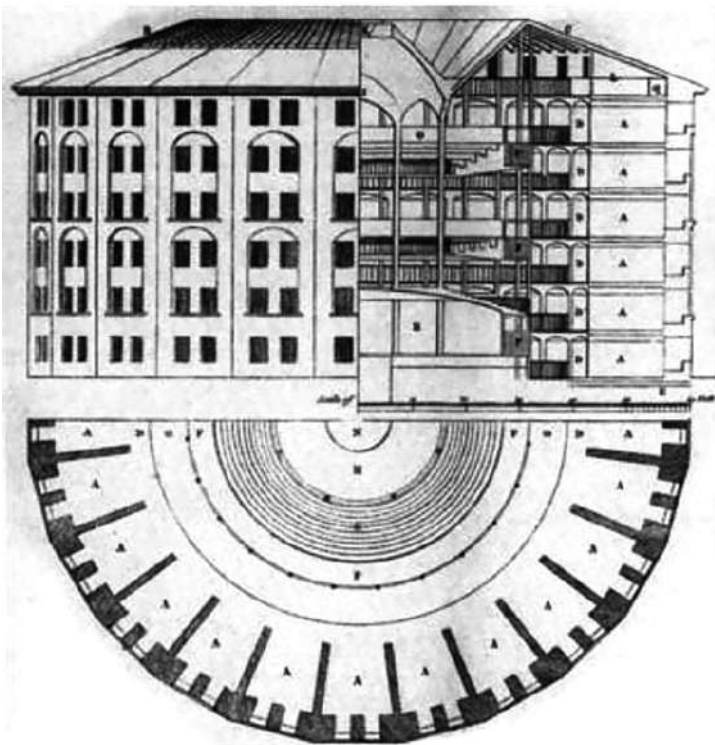


Fig. 4 • Panopticon di Jeremy Bentham. Pianta, sezione e prospetto disegnati da Wiley Reveley, 1791.

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, ecc. (Bentham, 1791).

L'organizzazione delle celle viene analizzata nel dettaglio: questa 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 "Tante gabbie, altrettanto piccoli teatri, in cui ogni attore è solo, perfettamente individualizzato e costantemente visibile" (Foucault, 1976, p.218).

Questo progetto ritenuto esemplare da molti studiosi e architetti nel risolvere delle problematiche di funzionalità e di organizzazione spaziale interna, non verrà mai realizzato, anche se il suo *panoptismo* influenzerà molte architetture del XIX secolo, specialmente di carattere detentivo<sup>18</sup>.

Il concetto posto alla base delle ricerche tipologiche delle seguenti strutture è il quesito su quale sia il modo migliore per punire, e si traduce nell'indurre a 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 manicomi, ospedali e scuole, oltre che luoghi di lavoro (Bentham, 2019)<sup>19</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

.....  
**18.** La proposta di Bentham suscita molto interesse nel governo britannico, che finanzia la costruzione di numerose prigioni su questo modello. I primi esempi più vicini al panopticon vengono costruiti per le carceri di Breda e Arnheim (1886), poi Haarlem (1901) e Millbank a Pentonville (1902). Quest'ultimo è ritenuto il caso più noto poiché i detenuti svilupparono malattie mentali e casi di schizofrenia a causa del costante controllo a cui erano sottoposti. Si diffonde la tipologia anche negli stati Uniti dove nel 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 rari modelli di carcere con il medesimo schema, come il Santo Stefano delle isole Ponziane (1795).

**19.** In *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.

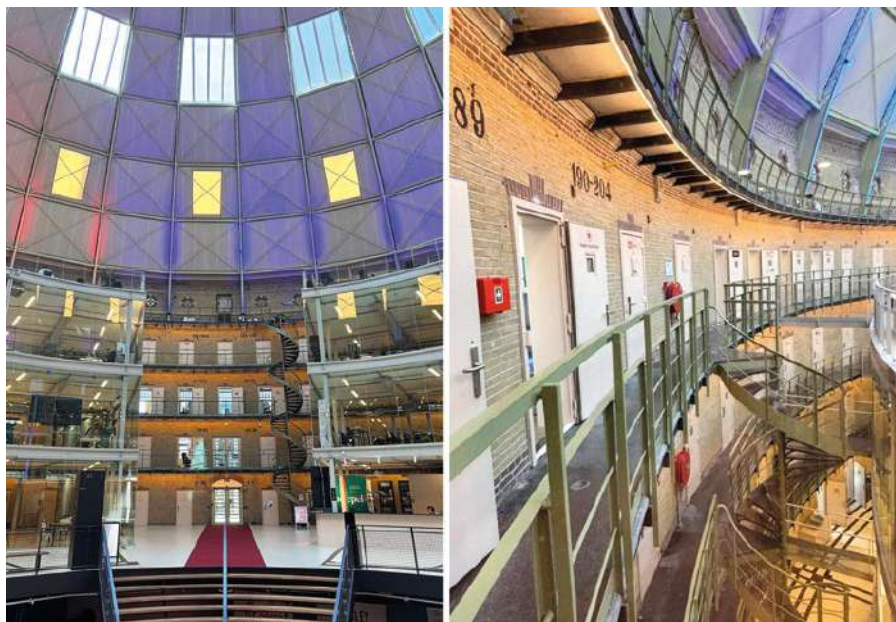


Fig. 5 • Carcere di Haarlem, o Koepelgevangenis in stile panottico, progettato dall'architetto W.C. Metzelaar e completato nel 1901. Dopo la chiusura nel 2016, l'edificio è stato riquilibrato per diventare una sede di studi universitari internazionali, trasformandosi in un campus moderno. Fotografie gentilmente concesse da Ester Noemi Costa, 2025.

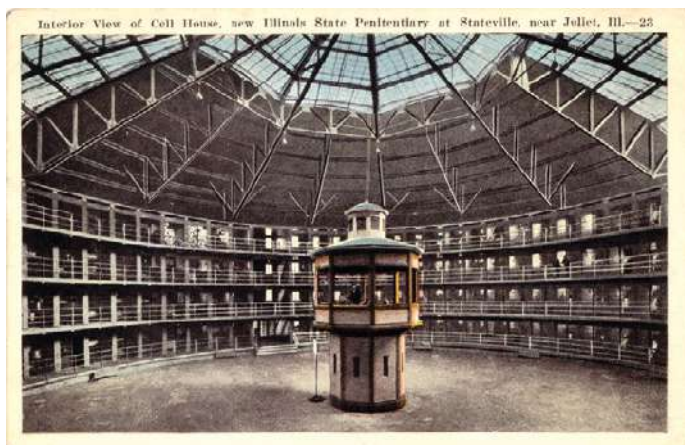


Fig. 6 • Carcere costruito in Illinois nel 1925 dal progetto dell'architetto W. Carby Zimmerman, sul modello del Panopticon e tuttora esistente. Fonte: Postcard di un panopticon Americano "Interior view of cell house, new Illinois State Penitentiary at Stateville, near Joliet, Ill." Scansione dalla collezione di cartoline di Alex Wellerstein.

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.” (Bentham, 1983, lettera 19).

Bentham 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?” (Bentham, 1983, lettera 20).

È molto probabile che il “modello ideale” sia stato influenzato dal *Mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital de malades*, pubblicato nel 1774 dal medico Antoine Petit (Petit, 1774). In quest'opera, l'autore raccomanda una disposizione circolare con corridoi disposti a raggiera, privilegiando un'organizzazione fondata sull'ordine visivo e spaziale. Questo principio viene ripreso nel progetto di Bernard Poyet del 1785 per il nuovo *Hôtel-Dieu* di Parigi (Poyet, 1874), in cui è evidente il richiamo allo schema del panopticon di Jeremy Bentham, proposto pochi anni dopo come modello ideale per gli spazi detentivi. Ne risulta una chiara similitudine architettonica tra il luogo di cura e quello di contenzione.

Nello stesso periodo, a Vienna, viene edificato un importante ospedale esclusivamente psichiatrico, il *Narrenturm* (letteralmente “Torre dei Pazzi”), realizzato nel 1784 durante il regno dell'imperatore Giuseppe II. L'attribuzione del progetto non è univoca, alcune fonti lo assegnano all'architetto Josef Gerl, responsabile della realizzazione esecutiva, mentre altre lo riconducono all'architetto di corte Isidore Canevale, al quale si deve con ogni probabilità l'impostazione generale dell'edificio. Oggi sede



del campus universitario di medicina e del museo anatomico-patologico austriaco, il *Narrenturm* si presenta come una sorta di fortezza a pianta circolare. Distribuito su cinque piani, ospitava 28 celle per livello, tutte chiuse da inferriate, con finestre alte e strette simili a feritoie. Una struttura che, per concezione e forma, appare ben lontana da finalità terapeutiche e che fu presto dismessa dalla sua funzione originaria.

Questo è lo stesso modello sul quale verrà costruito anni dopo uno dei rarissimi esempi di architettura panottica con fini sanitari in Italia, l'attuale Padiglione Conolly<sup>20</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 (Vannozzi, 2007).

Oltre alla riconoscibile pianta circolare ispirata al modello benthamiano, la struttura presenta un originale sistema di celle con angoli stondati, progettato per garantire maggiore sicurezza. Sul retro, un piccolo spazio verde racchiuso da mura era liberamente accessibile ai pazienti, con finalità terapeutiche e, come scrive Azzurri, necessario per godere dell'aria, del sole e del profumo dei fiori (Azzurri, pp. 61-62).

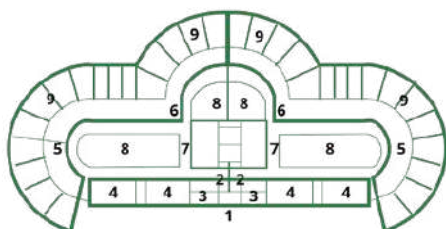
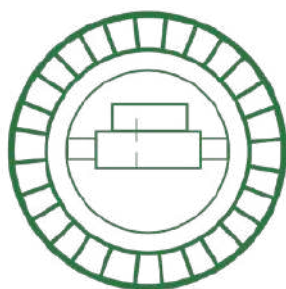
Uno spazio apparentemente nato con un intento benefico, ma che in poco tempo sarà reso inagibile per dare spazio al canonico modello di reclusione dei malati.

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

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 a una guarigione imposta all'internato da un potere superiore (Scavuzzo, 2020).

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

.....  
**20.** In 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".



- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 ingresso comune                         | 5 celle                             |
| 2 ingresso alla sezione<br>donne e uomini | 6 sorveglianza                      |
| 3 residenza sorveglianti                  | 7 passaggi coperti                  |
| 4 dormitori                               | 8 passaggi scoperti                 |
|   | 9 giardinetti annessi<br>alle celle |

Fig. 8 • Narrenturm, attuale sede del campus universitario di medicina e del museo anatomico-patologico di Vienna. Progetto del 1784. Foto dell'autrice, 2024.

Fig. 9 • Torre dei pazzi, Narrenturm, Vienna. Progetto del 1784. Pianta del piano terra. Elaborazione grafica dell'autrice.

Fig. 10 • Padiglione Conolly del manicomio San Niccolò di Siena. Progetto di Francesco Azzurri, 1875. Pianta del piano terra. Elaborazione grafica dell'autrice.

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

È soprattutto con il nuovo quadro legislativo francese e inglese dell'Ottocento che i luoghi deputati a dare accoglienza al folle iniziano a distinguersi dalle case lavoro o dalle prigioni, prevalentemente incentrate sullo schema panottico o di tipo radiale. Emerge invece 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, venivano realizzati un numero considerevole di complessi manicomiali che si differenziano architettonicamente, dimostrando l'evidente sperimentazione in atto nel ricercare la tipologia più adatta a ospitare 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 a 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

Il variare del rapporto tra i diversi 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 circola-

zione dell'aria porta ad abbandonare tale 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*: composto da 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, dove le donne e gli uomini più abbienti venivano collocati nei corpi edilizi esposti a sud-est e sud-ovest (Thompson e Goldin, 1975).

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 e 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.

Con l'introduzione del Lunacy Act del 1845 (Roberts, 1981), 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 all'abolizione dei metodi di contenzione imposti da John Conolly, fa del Middlesex County Asylum il complesso esemplare per eccellenza (Hunter e Macalpine, 1968).

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* (Conolly, 1847), 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>21</sup>, edito dall'architetto George Godwin,

.....  
21. Fondato 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

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 (Godwin, 1859).

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

Nel medesimo periodo si affermano nello scenario architettonico inglese figure come Charles Fowler, William Dawes e G. T. Hine, i quali hanno potuto narrare e diffondere le loro opinioni anche grazie alle pubblicazioni comparse sulla rivista *The Builder* (Taylor, 2007).

Fowler – membro fondatore dell'Institute of British Architects e noto per la progettazione del *Devon County Pauper Lunatic Asylum* ad Exminster nel 1845 – 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 (Fowler, 1846).

William Dawes, noto per la costruzione di istituti scolastici ed ecclesiastici, acquisisce fama nell'ambito del design manicomiale grazie al suo intervento "*Asylums for the Insane*" presentato presso l'*Architectural Association* di Londra e riportato nella rivista *The Builder* (1880). Le sue scoperte, pubblicate 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" (Dawes, 1880, p. 330).

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" (Sine, 2008).

Progettista di oltre 15 manicomi, Hine nel 1897, diventa architetto consulente del Commissary of Lunacy, in sostituzione a Charles Henry 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*

.....  
amante dell'arte". La rivista viene ribattezzata *Building* nel 1966 ed è ancora pubblicata.

*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 a 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”* (Hine, 1901, p. 162).

Nell’articolo Hine 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 ricevere il folle in una fase di passaggio dall’*incarcerazione* al *mondo reale*; il secondo, noto come “Piano Kirkbride” (Kirkbride, 2019)<sup>22</sup> e già diffuso negli Stati Uniti, basato sull’impiego del trattamento morale, o meglio sulla nozione di “architettura morale” che vada oltre i semplici principi di separazione e osservazione.

Il manicomio deve essere un luogo che incoraggi l’attività fisica, le relazioni sociali tra paziente 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 di-

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

ventano elementi fondamentali sia per una questione igienica che terapeutica, per contrastare la depressione e i disturbi sociali correlati (Tomes, 1994).

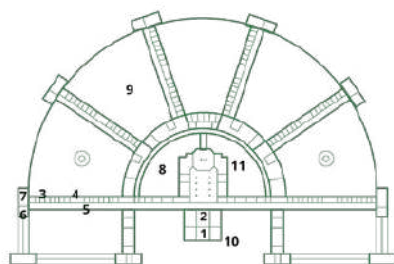
Garantire *simplicity* era alla base degli ideali architettonici dello studioso, il quale sosteneva che sono i luoghi a dover essere modificati per adattarsi alle caratteristiche degli *asylum*, e non viceversa. Hine propone un collegamento diretto tra il blocco amministrativo e i vari reparti, ritenendo opportuna la realizzazione di dormitori in sostituzione delle singole celle, che ricorrono 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*), costituito da una serie di blocchi disposti radialmente e collegati da dei brevi corridoi posti in diagonale. 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 a un'ala.

Seppur il documento redatto da Hine sulle ipotesi di un manicomio ideale mirasse a offrire un contributo innovativo 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 in precedenza la progettazione del manicomio si era basata sullo schema della ripresa dell'architettura carceraria, ora l'architetto è chiamato a rispondere alla necessità di un'edilizia sanitaria specifica, 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 (Kovess-Masfétyet *al.*, 2004, p.19). Diventa normalità ricevere commissioni o essere incoraggiati a partecipare a concorsi per la costruzione di edifici di questo tipo. L'espansione dei complessi ausiliari, 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

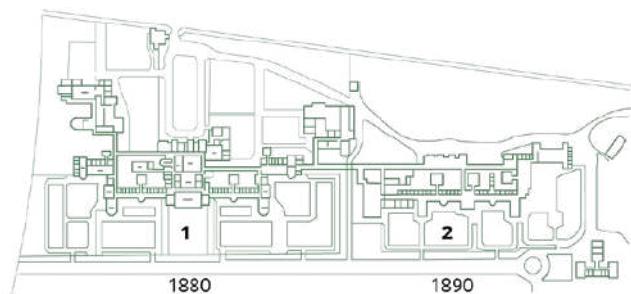


- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| A medico responsabile              | 4 dormitori 4 letti |
| B economo                          | 5 gallerie          |
| C ala divisa per genere e malattia | 6 dormitori 5 letti |
| 1 ingresso comune                  | 7 dormitori 7 letti |
| 2 sala visite                      | 8 cortili           |
| 3 dormitori letti singoli          | 9 zone d'aria       |



Fig. 11 • Devon County Pauper Lunatic Asylum, Exminster, 1842-45. Radial Plan. Elaborazione grafica dell'autrice.

Fig. 12 • Pianta di una tavola dei piani originali del progetto Kirkbride. Elaborazione grafica dell'autrice.



1 lato donne  
2 lato uomini

Fig. 13 • Mapperley Hospital, Nottingham. Pianta del piano terra. Ora chiamato Hine Hall, in onore dell'architetto e designer Thomas Chambers Hine, e sede dal 1994 di appartamenti residenziali e della Facoltà di Medicina dell'Università di Nottingham. Inaugurato inizialmente a Coppice nel 1859, viene ricostruito e ampliato nel nuovo sito nel 1880, con il progetto di George Thomas Hine, figlio dell'architetto originale. Elaborazione grafica dell'autrice.

una sorta di campus istituzionale, distribuito su un'ampia fascia di terreno (Ivi, p.25). 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>23</sup>, in Italia e in Francia. Già nel 1788, la tipologia a padiglione viene dichiarata la struttura sanitaria più idonea dall'Académie Royale des Sciences di Parigi, la quale decide di fornire dei precisi criteri progettuali su cui basare la nuova edilizia ospedaliera. Questa doveva essere 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 a ricevere non più di 1500 degenti, possono raggiungere un massimo di 36 unità, distribuiti lungo due file (Capolongo, 2006).

Tutti questi criteri erano già stati anticipati nel dibattito che seguì l'incendio dell'Hôtel-Dieu di Parigi (29-30 dicembre 1772), in cui si confrontarono il medico-chirurgo Jacques-René Tenon, attivo presso la Salpêtrière e autore del *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* (Tenon, 1788), e architetti come Antoine Petit e Bernard Poyet. Quest'ultimo propose inizialmente un progetto grandioso e centralizzato, a pianta radiale, da realizzarsi sull'Îles des Cygnes, capace di accogliere oltre 5.000 pazienti. Tale concezione entrava però in netto contrasto con i modelli alternativi sostenuti da Tenon e da altri membri della Commissione Reale, i quali promuovevano una configurazione ospedaliera basata su padiglioni isolati, ventilazione naturale e spazi aperti. Tra il 1772 e il 1788 furono presentati oltre 200 progetti di ricostruzione dell'Hôtel-Dieu, molti dei quali aderivano alla nuova dottrina spaziale dell'ospedale come "macchina a guarire" (*machine à guérir*), concetto chiave dell'approccio di Tenon (Kovess-Masfétyet al., 2004, p.30). Le proposte vennero infine esaminate dalla Commissione dell'Académie Royale des Sciences tra il 1786 e il 1788, che rigettò i modelli centralizzati su larga scala, approvando invece la formula dei padiglioni separati con spazi verdi e dispositivi di aerazione naturale, secondo i principi igienico-terapeutici allora in discussione.

Tuttavia, tali principi troveranno applicazione concreta solo a partire dal 1875, con la costruzione dell'ospedale Lariboisière, pensato proprio come sostituto del vecchio Hôtel-Dieu. Da quel momento in poi, la maggior parte dei complessi manicomiali francesi adotterà la tipologia a "padiglioni collegati da gallerie" o

.....  
<sup>23</sup>. Anche se la prima realizzazione compare nel 1750 a Londra con l'Ospedale di S. Bartolomeo.

“padiglioni distanziati e isolati”, tra cui si distinguono l'Hôpital auxde Saint-Maurice a Charenton e il vasto complesso di Ville-Évrard.

## **I sistemi manicomiali in Europa: diverse relazioni tra forma e funzione**

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. Parchappe (Parchappe, 1853), dove sono illustrati e messi a confronto i sistemi adoperati fino ad allora, per la costruzione dei manicomi francesi, inglesi, tedeschi e anglo-americani. Si evince dal testo che in Francia prevalgono edifici a 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.

Si diffondono rapidamente anche nel resto d'Europa le innovazioni introdotte dai due Paesi: in alcuni casi vengono proposti degli adeguamenti alle strutture esistenti (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>24</sup>, considerata in seguito “la culla della psichiatria umana” per gli approcci morali utilizzati nel trattamento (Bassoe, 1945). 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 (Perez, 2017).

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, una modalità di trattamento ha origini molto antiche ed è legata al culto di Santa Dymphna, patrona degli insani di mente (Benassi, pp. 53-54). Durante il Medioevo, difatti, Gheel diventa centro di pellegrinaggio per le persone in cerca di guarigione,

.....  
<sup>24</sup>. Nel XV secolo, la Spagna istituì numerosi ospedali esclusivamente dedicati ai malati mentali: a Valencia (1409-1410), Saragozza (1425), Siviglia (1436), Valladolid (1436), Palma di Maiorca (1456), Toledo e Barcellona (1481). Queste strutture erano concepite con lo scopo di proteggere i malati, non emarginarli (Chamberlain, 1966).



Fig. 14 • Sanit-Maurice, Charenton, Parigi. Foto dell'autrice, 2022.



Fig. 15 • Ville Évrard,  
Neuilly-sur-Marne,  
Parigi. Foto dell'autrice,  
2022.

creando un consistente flusso di persone assistite dagli stessi abitanti del luogo (Villa, 1980, pp. 503-526).

Definito come “Trattamento Familiare”, il sistema fu riproposto da Augusto Tamburini in occasione del *Congresso Internazionale di Anversa per l'Assistenza agli Alienati* del 1902. Successivamente, fu introdotto anche in Francia, dove nelle colonie di Dun-sur-Auron, Bussy e Levet, numerose famiglie offrirono ospitalità a pazienti psichiatrici provenienti dalle *maisons d'aliénés* di Villejuif, nella regione della Senna, e di Sainte-Anne, a Parigi (quest'ultima verrà trattata più approfonditamente nel primo caso studio del presente volume).

Il modello si diffuse rapidamente anche in altri Paesi europei, dando origine a nuove colonie basate sull'assistenza familiare in Scozia, Olanda, Russia, Austria, Norvegia e Svizzera. In Germania, tuttavia, tale pratica era già documentata sin dal 1764, in particolare nella città di Brema (Tamburini, 1902).

Nonostante ciò, gli psichiatri tedeschi inizialmente si distanziarono dalle tendenze europee, continuando a trattare i disturbi mentali all'interno degli ospedali civili, in linea con la concezione secondo cui tali disturbi avessero un'origine prevalentemente somatica-organica. Questa impostazione cominciò a mutare nella seconda metà dell'Ottocento, anche grazie al viaggio intrapreso dall'architetto Oskar Pichler con il Dottor Heinrich Hoffmann, direttore della Clinica per dementi ed epilettici di Francoforte, in numerosi manicomi europei tra Parigi, Londra e Berlino. Al loro ritorno, si impegnarono nella realizzazione del primo manicomio tedesco ispirato a un modello architettonico neogotico, inaugurato nel 1864 a Francoforte sul Meno.

Il sistema manicomiale tedesco mantenne tuttavia alcune specificità rispetto agli altri Paesi europei, introducendo un'ospedalizzazione differenziata: i pazienti venivano distinti tra “curabili” e “incurabili”, con il conseguente sviluppo di due approcci terapeutici separati. Ciò si tradusse nella creazione di strutture distinte o nella divisione funzionale degli edifici 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 (Canosa, 1979). Un esempio paradigmatico e un'architettura di riferimento dei primi anni del Novecento, diventa il complesso dello Steinhof di Vienna, 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>25</sup>. Il complesso viene

.....  
<sup>25</sup>. Facente parte oggi di nazioni diverse quali Italia, Austria, Polonia e Repubblica Ceca e di alcuni di essi svolgono ancora funzioni psichiatriche (Scavuzzo, 2020, p.21).

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* – che 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 – 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 (Topp, 2005).

## Il sistema Open Door in Italia

Nel 1897, sotto il dominio austro-ungarico, viene indetto un concorso per la realizzazione dell'ospedale psichiatrico di Trieste, il cui progetto doveva rispondere a criteri innovativi ispirati al modello delle *porte aperte*, già applicato nei manicomi tedeschi. Questo approccio rinuncia alla tradizionale struttura chiusa e simmetrica, per favorire una maggiore libertà e dignità del malato, compatibilmente con le condizioni cliniche. Il bando richiedeva inoltre la possibilità di futuri ampliamenti, la suddivisione dei padiglioni per genere e patologia, la presenza di una colonia agricola, ville per paganti, un centro di servizi generali (cucina, lavanderia, uffici), laboratori, chiesa e sala necroscopica (Barillari, 2008, pp. 118-133).

Dei dodici progetti presentati, tre vengono premiati per l'eterogeneità architettonica, rispondente alla volontà di differenziare gli edifici. Inizialmente, l'incarico è affidato a Ettore Lorenzutti, direttore dell'Ufficio Tecnico Comunale e segretario della commissione, il cui progetto, consegnato nel maggio 1899, viene sospeso poco dopo l'inizio dei lavori, a causa della decisione governativa di far passare la nuova linea ferroviaria Trieste-Gorizia sull'area individuata.

Il progetto viene quindi ripensato, con una diversa localizzazione, una riduzione della volumetria e un contenimento dei costi. L'incarico passa all'ingegnere Lodovico Braidotti – che nel 1903 progetterà anche il manicomio Franz Joseph di Gorizia – il cui progetto viene approvato l'anno successivo. L'impianto sorge su una vasta area collinare, con una planimetria simmetrica che organizza i padiglioni secondo reparti e generi, per una capienza prevista tra i 480 e gli 800 pazienti (Barillari, 2008, pp. 118-133).

Al centro del complesso trovano posto i servizi generali, mentre al posto della colonia agricola si opta per un *villaggio del lavoro*, articolato in chiesa, serre, laboratori e casette rustiche. Un percorso viario in pendenza attraversa l'intero complesso, collegando i padiglioni per pazienti paganti, la direzione, i reparti clinici

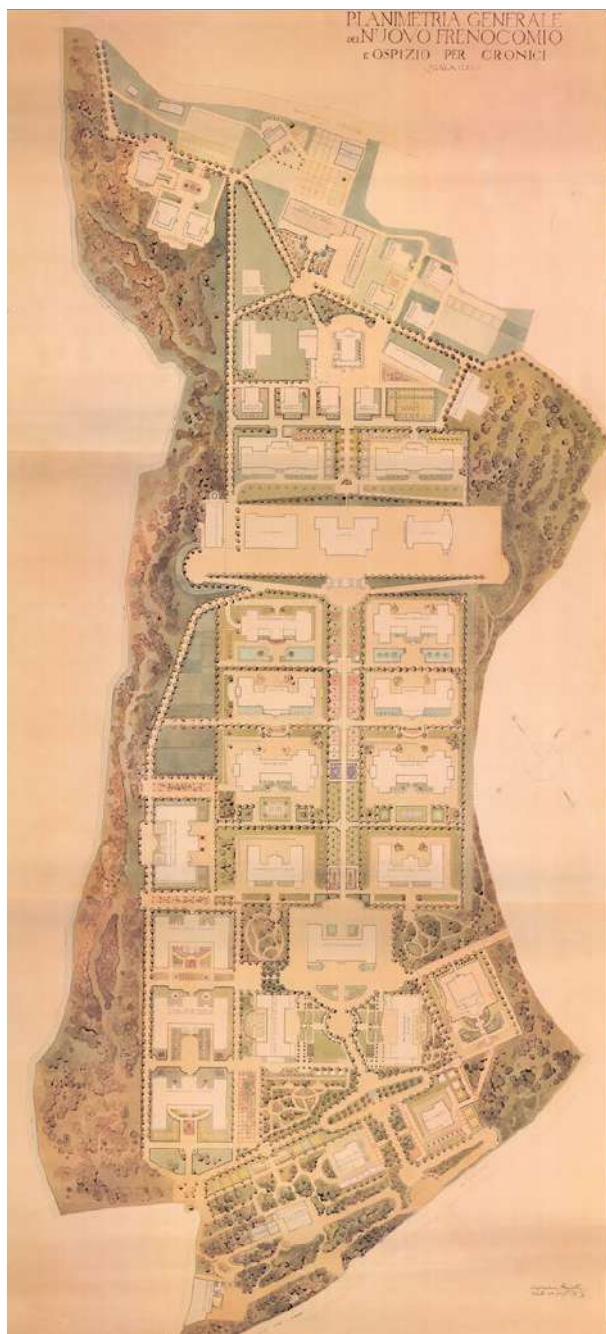


Fig. 16 • Planimetria generale del Nuovo Frenocomio e Ospizio per cronici a Trieste, 1903. Progetto di Ludovico Braidotti. Scala originale 1:500. Riproduzione donata dal Presidente della CNA di Trieste, Giancarlo Carena.

(osservazione, agitati, tranquilli, sudici e paralitici), i servizi comuni e l'ospedale per malattie infettive. L'adozione del principio open door impone una progettazione a scala urbana e paesaggistica, con grande attenzione alla viabilità interna e alla relazione tra architettura e verde.

Alla base del principio architettonico delle istituzioni manicomiali nascenti vi è quindi l'idea di tenere 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**

È evidente come nel corso del secolo le esigenze mediche e gli aspetti terapeutici ritenuti più consoni vadano a incidere 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 a un fenomeno 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 e il suo trattato "Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico analitico con una centurie di osservazioni" (Chiarugi, 1794).

Le teorie all'avanguardia di Chiarugi – che 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 – hanno assunto un ruolo fondamentale nel cam-

biamiento 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 a edifici preesistenti, quali ospedali e 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 a un cambiamento del sistema, con la dislocazione del paziente in diverse sedi o con il riadattamento di spazi ecclesiastici ormai abbandonati.

Le realizzazioni ex novo di strutture dedicate esclusivamente all'internamento dei folli sono ancora rare, con poche eccezioni che rivelano la difficoltà di definire un'identità architettonica distinta rispetto a quelle già 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>26</sup> (Canossa, p.28). 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.

Altre realtà si differenziano invece 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 e patologico (Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, 2010). È lo stesso Miraglia che già dal 1849 protesta la mancanza di un model-

.....  
26. Inizialmente il progetto viene affidato all'architetto Carlo Barabino e al tecnico Domenico Antonio Cervetto, ma a causa di pareri discordanti e difficoltà del terreno, viene affiancato l'architetto Celestino Foppiani, che apporterà delle varianti nel 1840. Qui il riferimento con il già citato Glasgow Lunatic Asylum è evidente.

lo 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 (Lenza, 2013, p. 15-16).

## **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 (come la pellagra padano-veneta che portava a deliri) conducono alla necessità di edificare nuove strutture manicomiali apposite, che diventano il passaggio obbligatorio per il reinserimento nella società dei sani (Canosa, 1979, p. 214). L'istituzione del manicomio così, in poco tempo, diventa la risposta moderna della società borghese al problema della follia.

Il dibattito sull'architettura manicomiale tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento si intensifica attorno all'individuazione di nuove tipologie edilizie, culminando in una serie di concorsi pubblici che contribuiscono all'affermazione del cosiddetto modello "a padiglioni" (Neri). Tale configurazione prevedeva padiglioni ravvicinati e collegati da gallerie coperte, oppure distanziati e autonomi, disposti su ampie superfici extraurbane<sup>27</sup> (Luciani, 1998). Questa scelta architettonica rispondeva a esigenze igienico-sanitarie, di controllo sociale e alla volontà di allontanare la follia dalla città, in linea con la cultura medico-morale dell'epoca (Canosa, 1979).

Tra i primi esempi significativi si segnalano: l'Ospedale "Pietro Pisani" di Palermo, che sostituì la "Real Casa dei matti" e fu strutturato con padiglioni collegati da gallerie; il Manicomio di San Salvi a Firenze (1891), progettato da Giacomo Roster e Augusto Tamburini, con ampi spazi verdi e una disposizione regolare degli edifici (Barillari, 2008); il progetto Ophelia a Potenza (1906), realizzato da Giuseppe Quaroni e Marcello Piacentini, esempio di razionalizzazione e monumentalità architettonica; il manicomio di Voghera (1876), con edifici disposti lungo assi ortogonali secondo una pianificazione razionale e modulare; il nuovo manicomio di San Niccolò a Siena, costruito a integrazione del

.....  
<sup>27</sup> La 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 e 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 (Luciani, 1998).

preesistente corpo panottico progettato da Francesco Azzurri, con una disposizione “a padiglioni distanziati”, associata a una colonia agricola e industriale (Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, 2010).

Quest'ultima struttura fu realizzata sotto la supervisione dell'alienista Carlo Livi, convinto sostenitore dell'ergoterapia (terapia del lavoro), e rappresentò uno dei primi esempi di villaggio manicomiale autosufficiente, concepito per garantire isolamento, controllo e un presunto recupero attraverso l'attività produttiva (Livi, 1862; Foot, 2014).

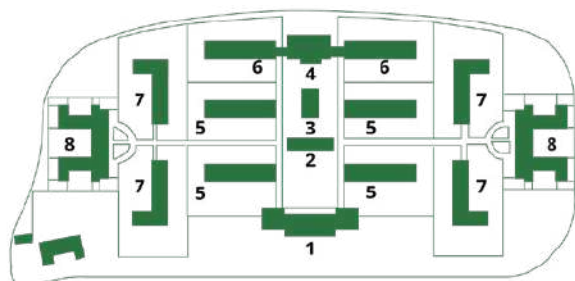
Il sistema a padiglioni si diffuse capillarmente in Italia, con declinazioni locali: a Reggio Emilia e Imola, dove fu costruito un secondo manicomio; in Lombardia, con l'imponente struttura di Mombello; a Trieste, con l'ospedale psichiatrico di San Giovanni; a Napoli, con il Leonardo Bianchi, costruito a supporto dell'Ospedale di Aversa.

Il Leonardo Bianchi, in particolare, fu uno dei primi istituti ad essere designato come “Manicomio Provinciale”, in virtù della riforma legislativa del 1865 (Art. 174 n.10 del 20 marzo 1865), che trasferiva l'onere economico del ricovero del “mentecatto” dalle municipalità alle province, marcando un passaggio cruciale nella gestione pubblica della psichiatria (Canosa, 1979, p.130).

All'inizio del nuovo secolo, anche in Italia prende forma il dibattito sui temi del *no restraint* e dell'*open door*. Quest'ultima viene descritta nel 1901 da Ruggero Tambroni, direttore del manicomio di Ferrara, come una pratica architettonica basata sulla sottrazione di mura e gallerie coperte, in favore invece di porte e finestre aperte ai ricoverati, ma comunque 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” (Tambroni, 1901, p. 121-163).

Tra il 1867 e 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 (Tamburini, 1902).



- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>1</b> direzione e amministrazione | <b>5</b> padiglioni tranquilli           |
| <b>2</b> servizi generali            | <b>6</b> padiglioni infermi e paralitici |
| <b>3</b> generatori del vapore       | <b>7</b> padiglioni semi agitati         |
| <b>4</b> chiesa                      | <b>8</b> padiglioni agitati              |

Fig. 17 • Planimetria del nuovo manicomio di San Salvi a Firenze, 1900. Elaborazione grafica dell'autrice.

## Dalla nascita della psicanalisi ai nuovi metodi di cura

Con l'avvento della scuola psicoanalitica freudiana, il concetto di follia subisce una profonda trasformazione. Ora intesa come una malattia dell'anima, la follia viene indagata dalla psicoanalisi attraverso lo studio del disagio psicologico, portando a una nuova concezione del folle: non più un individuo anormale, ma un soggetto attraversato da complessi e tormentosi conflitti interiori<sup>28</sup>. Nonostante la visione più umana e psichica della follia, non verrà a mancare il carattere personalizzante di questi *spazi altri* (Foucault, 1984)<sup>29</sup>, 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 e 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, sviluppatasi tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, si traducono in esiti legislativi fortemente emarginanti, culminando con la promulgazione della Legge n. 36 del 1904<sup>30</sup>, nota come "Legge Bianchi". Essa stabilisce che il ricovero manicomiale è previsto per chiunque sia affetto da un qualsiasi disturbo mentale ritenuto pericoloso per sé, per gli altri o *causa di pubblico scandalo*<sup>31</sup>, segnando di fatto una svolta giuridica verso la segregazione istituzionale dei soggetti "devianti". Nello stesso anno si tiene, a Genova (18-22 ottobre 1904), il XII Congresso della Società Freniatria Italiana, durante il quale il medico Ernesto Belmondo (Lugiato, 1939) presenta una relazione in favore dell'abbandono dei metodi di contenzione fisica, proponendo invece nuove pratiche terapeutiche basate su diete controllate, idroterapia e l'uso di sedativi vegetali (Canosa, 1979, p. 151). Queste tecniche riflettevano un tentativo di umanizzazione del trattamento, seppure ancora entro i confini dell'internamento manicomiale.

Tuttavia, pochi anni più tardi, a partire dal 1917, si assiste a una nuova ondata di trattamenti psichiatrici, questa volta basati su interventi biologici e chimici. Si diffondono tecniche come la

.....  
28. Dal lat. mediev. *anormalis*, incrocio di *anomâlus* 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 (Istituto della Enciclopedia Italiana Giovanni Treccani).

29. 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.

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

31. Atti parlamentari Camera dei deputati, legislatura XXI, II sessione, discussioni, tornata del 10 febbraio 1904, Progetto di Legge Giolitti.

malarioterapia, lo shock insulinico, l'elettroshock e la lobotomia frontale, che, pur presentate come innovazioni terapeutiche, erano spesso invasive, sperimentali e scarsamente efficaci, contribuendo piuttosto a rafforzare il processo di ospedalizzazione cronica del disagio psichico.

Nemmeno nel periodo fascista si riscontrano sostanziali cambiamenti, se non un consolidarsi del ricorso all'internamento<sup>32</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 a 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.

.....  
**32.** Dimostrato anche dalle registrazioni dei ricoveri tra 1926 e il '42 nella Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali del 1946.

# L'inversione del soggetto e la ricerca identitaria

## Le prime comunità terapeutiche

Sul finire degli anni Cinquanta si assiste quindi, in tutta Europa, a 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 (Foucault, 1961). 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.

Parallelamente alla critica al modello manicomiale, iniziano a sorgere importanti iniziative alternative, come il *sistema di settore* francese, ideato a Parigi da Philippe Paumelle, che prevede la suddivisione dell'assistenza psichiatrica in settori territoriali, integrando i servizi di salute mentale nel tessuto urbano. Un'altra innovazione significativa è rappresentata dalla nascita delle prime *Comunità terapeutiche*<sup>33</sup>, sviluppate in Gran Bretagna a partire dal 1946 (Main, 1946), che si basano su una revisione della struttura gerarchica sanitaria, promuovendo un rapporto paritario tra pazienti e personale medico. La prima comunità terapeutica viene fondata da Maxwell Jones nel 1952, con l'obiettivo di coinvolgere attivamente i pazienti nella gestione istituzionale; diversamente dal sistema di settore francese che mira a stabilire un collegamento tra il manicomio e la società, entrando in contatto con il territorio attraverso servizi esterni (Jones, 1968; Bonnafé *et al.*, 1973).

Negli anni Sessanta e Settanta, si intensifica la contestazione delle pratiche psichiatriche tradizionali, grazie anche alla diffusione delle teorie dell'*Antipsichiatria* elaborate da David Cooper e Ronald Laing (Cooper, 1967). Pur con alcune differenze nelle

.....  
<sup>33</sup>. Termine introdotto da Thomas Main nel 1946 ma reso ufficiale nel 1953, per indicare il lavoro svolto dagli psichiatri nell'ospedale di Northfield in Scozia.

diverse declinazioni nazionali<sup>34</sup>, le posizioni antipsichiatriche condividono la messa in discussione dei concetti fondamentali su cui si basa l'istituzione psichiatrica. Si passa da una visione medico-centrica della malattia mentale a una prospettiva esistenziale, che interpreta il disagio psichico come una reazione dell'individuo a un contesto sociale e familiare patologico.

La pubblicazione di opere fondamentali come *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) segna un punto di svolta nel dibattito sulla malattia mentale in Italia. Queste opere contribuiscono a riconoscere la follia come una condizione umana complessa, con implicazioni sociali e culturali, e a considerare la salute mentale non solo un diritto individuale fondamentale, ma anche una priorità per la collettività.

In Italia, l'istituto di Gorizia, sotto la direzione di Franco Basaglia, è il primo esempio di trasformazione in linea con questi nuovi modelli. In quegli anni la forte critica verso il sistema manicomiale italiano verrà mossa ad opera di Franco Basaglia, che si espone raccontando le vicende dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia attraverso l'opera *L'Istituzione negata* (Basaglia, 1968)<sup>35</sup>. Basaglia introduce un nuovo metodo di cura basato sul rapporto tra il personale e i pazienti, focalizzandosi sull'efficacia della psicoterapia individuale e di gruppo oltre che 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>36</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<sup>37</sup>, avviando una fase di "decostruzione" degli edifici ospedalieri. Basaglia dà inizio a una tale innovazione attraverso il processo lento e tortuoso della *deistituzionalizzazione*, che ha previsto interventi diversificati di recupero di alcune di queste strutture,

---

34. Negli Stati Uniti, il movimento antipsichiatrico si diffuse grazie all'opera di Thomas Szasz, psichiatra e psicoanalista, che criticò aspramente il concetto di malattia mentale, considerandolo una costruzione sociale piuttosto che una realtà medica.

35. Nello stesso anno 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.

36. La legge "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 dell'assistenza ai pazienti psichiatrici. L'Italia resta l'unico Paese ad avere attuato in modo così radicale il processo di deistituzionalizzazione.

37. Si fa riferimento all'Art.7 del decreto: "È 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."

e talvolta un cambio di destinazione d'uso (Ajroldi et al., 2018)<sup>38</sup>. In entrambe le circostanze sembra emergere la volontà di superare le soglie che definiscono i confini di queste aree. Tuttavia, ci si è frequentemente confrontati con l'indissolubile intreccio tra la storia dell'architettura manicomiale e quella di un'istituzione "violenta, coercitiva e discriminante" (Basaglia, 1969). Questo legame ha spesso alimentato la necessità di rimuovere una "memoria scomoda", portando all'oblio molte di queste architetture, fino alla completa dismissione di alcune di esse. Una legge ad oggi ritenuta la più libertaria sui diritti della salute mentale, ma che probabilmente per Basaglia e 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 reinserite in un sistema gerarchico.

La chiusura definitiva dell'Ospedale psichiatrico avverrà appena nel 1994<sup>39</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**

Nel 1978 viene pubblicato il terzo numero della rivista *Hinterland*, dal titolo *Segregazione e corpo sociale*. In esso compaiono analisi architettoniche dedicate agli spazi della "cura" e della "devianza": il manicomio, il carcere e l'ospizio. Si tratta di quelle che Michel Foucault definisce, nel 1984, *eterotopie della deviazione* – luoghi destinati a contenere e disciplinare soggetti ritenuti "anormali" secondo le norme imposte dalla società (Foucault, 1984). Tali spazi, lungi dall'essere neutrali, esercitano una funzione correttiva e disciplinare attraverso l'architettura, agendo *sul corpo e dentro il corpo* dei soggetti esclusi (Cannas e Di Prisco, 2022, p.815).

Il coesistere di queste eterotopie si fonda sulla volontà di controllare la devianza, declinata alternativamente come malattia mentale, reato o fragilità sociale (Basaglia e Ongaro, 1975). Non è un caso che, alla fine degli anni Settanta, le istituzioni totali del manicomio e del carcere siano tornate ad affrontare una critica

.....  
38. Vedi Programma PRIN 2008, dedicato alla conoscenza e alla valorizzazione del patrimonio storico-architettonico degli ex complessi manicomiali dove si mira a 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 et al., 2018).

39. Con la 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.

comune, in un contesto attraversato da profondi cambiamenti sociali, politici e culturali<sup>40</sup>. Entrambe subiranno trasformazioni radicali, fondate su un ribaltamento della figura del soggetto e della sua posizione rispetto all'istituzione<sup>41</sup>.

A conferma di ciò, citando Foucault in un'intervista pubblicata nel 1978 su *Hinterland*, "il potere politico, ancor prima di agire sull'ideologia, sulla coscienza delle persone, si esercita in modo molto più fisico sul loro corpo" (Foucault, 1978, p. 26). Parlare del corpo, in questo contesto, significa inevitabilmente riflettere sulle conseguenze ideologiche che esso genera nello spazio architettonico e sul ruolo del progetto come veicolo di inclusione o esclusione.

Nel momento in cui si prende atto che la malattia mentale non può più giustificare l'esclusione sociale, l'architettura si allinea progressivamente alle nuove istanze ideologiche. È in questo quadro che nasce il processo di superamento degli ospedali psichiatrici, dando avvio a nuovi modelli progettuali orientati alla cura e non più alla reclusione. Si tratta, tuttavia, di un cambiamento lento e complesso, che implica una ridefinizione radicale del ruolo stesso dell'architettura psichiatrica.

In questo senso si parla di una vera e propria "socializzazione della sofferenza psichica" (Basaglia, 1978, p.24-25), che prende le mosse da un ripensamento critico delle relazioni tra spazio, potere e malattia. Il manicomio, da luogo di controllo, diventa il simbolo di un sistema da dismettere, in favore di un'architettura che risponda non più alla logica del dominio, ma al bisogno reale dell'individuo. Come afferma Franco Basaglia, la trasformazione deve essere anche interdisciplinare:

"sia il medico che l'architetto devono dare una risposta che risponda al bisogno dell'oppresso e non già a quello della logica dominante [...]. Si esce dal luogo chiuso nel quale l'uomo non poteva essere altro che oggetto, mentre l'uomo, al contrario, si esprime come soggetto" (Ivi, p. 25).

Tale alternativa tuttavia, non dovrebbe limitarsi alla creazione di nuove architetture residenziali, che rischierebbero di riprodurre schemi di potere, ma piuttosto promuovere la partecipazione attiva dei cittadini nella gestione della salute mentale, valorizzando il loro ruolo e il loro coinvolgimento diretto. L'espressione di

.....  
40. Tematiche affrontate durante il percorso di dottorato e riportate dall'autrice 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* (Cannas e Di Prisco, 2022).

41. Ci si riferisce alla nuova riforma penitenziaria del 1975, che si sostituisce al regolamento fascista del 1931, che considera 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; e all'entrata in vigore della Legge 180 del 1978 che dall'avvio alla fase di chiusura e dismissione dei manicomi.

questa soggettività può trovare concreta attuazione attraverso un progetto di emancipazione che offra un'alternativa all'istituzione manicomiale.

Nell'obiettivo di perseguire un cambiamento sostanziale della conduzione manicomiale e della relazione tra assistenza psichiatrica e realtà esterna, non viene adottato un modello operativo di riferimento, ma una visione contestualizzata alle problematiche delle singole realtà (Lenza, 2017). 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 stato una risposta definibile privilegiata rispetto alla costruzione di nuove strutture, con l'ampliamento dell'assistenza a un'utenza con necessità non esclusivamente di tipo psichiatrico, per garantire maggiore permeabilità tra l'interno e l'esterno dell'istituzione (Severo e Bonneau, 2019).

Allo stesso tempo, tuttavia, si assiste a una fase contraddittoria. Mentre si affermano sempre più le istanze di superamento del modello manicomiale, le Amministrazioni Provinciali promuovono una serie di concorsi per la progettazione di nuovi Ospedali Psichiatrici, nel tentativo di sopperire alla carenza di strutture sanitarie dedicate alla salute mentale (Pastor, 2016, p.155). Tra gli esempi più significativi si segnalano i concorsi indetti a Salorno e Bolzano nel 1966, Mirano e Venezia nel 1967, Girifalco e Catanzaro nel 1969, e Reggio Calabria nel 1971.

Da questa occasione emergono evidenti ostacoli della cultura architettonica nell'affrontare le potenti istituzioni manicomiali esistenti al fine di dar vita a nuove istituzioni sanitarie. Seppure con interventi di qualità diversificate, risulta difficoltoso discostarsi dalla logica architettonica "a reazione psicologica" (Basaglia, 1978, p. 25) caratterizzata da una serialità e ripetitività degli spazi, o ancora 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, i quali a loro volta ri-assumono il carattere "a padiglione", simbolo di controllo e segregazione.

Nel tentativo di ripensare la configurazione delle istituzioni psichiatriche, ci si scontra ancora una volta con le profonde complessità di un sistema che conserva, sotto nuove forme, tratti repressivi e segreganti. Malgrado gli sforzi volti al recupero e all'integrazione nel tessuto urbano, tali strutture continuano a perpetuare barriere – tanto fisiche quanto simboliche – che risultano difficili da abbattere, alimentate da convinzioni culturali radicate e scarsamente disposte alla messa in discussione (Foot, 2014).

Un caso significativo in tal senso è rappresentato dal concorso promosso nel 1967 dall'Amministrazione Provinciale di Venezia

per la progettazione di un nuovo ospedale psichiatrico a Mirano, destinato ad accogliere i pazienti provenienti dagli istituti di San Servolo e San Clemente. La proposta fu rapidamente revocata, come discusso nel convegno “Psichiatria e servizio sanitario locale” del 1969, a testimonianza della persistenza di una visione istituzionale della malattia mentale. Il nuovo complesso sarebbe sorto in un’area periferica, isolata e priva di collegamenti infrastrutturali adeguati, in perfetta continuità con la logica manicomiale che si cercava teoricamente di superare.

Nonostante il piano programmatico del concorso, noto come “Piano ideale”<sup>42</sup>, enunciasse tra i suoi principi fondamentali la creazione di un “mondo aperto alle relazioni con l’esterno” – una comunità ospedaliera aperta, fondata su spazi terapeutici diffusi – l’esito progettuale rivelava profonde ambivalenze. I quindici progetti selezionati, ciascuno identificato da un motto, mostravano infatti un tentativo di conciliare le istanze terapeutiche con una nuova identità architettonica per la psichiatria, senza tuttavia riuscire, nella maggior parte dei casi, a svincolarsi pienamente dalla logica istituzionale tradizionale. Alcuni progetti, più consapevoli della necessità di un cambiamento radicale e orientati verso un’“architettura di comunità”, sollevavano interrogativi profondi, tra cui spiccava la domanda: “È possibile individuare uno spazio specifico per la malattia mentale?” La risposta implicita a tale quesito metteva in luce la contraddizione di fondo: se lo spazio è concepito come forma chiusa – secondo il modello dell’ospedale psichiatrico tradizionale – non può che generare nel soggetto un senso di estraneità, ostacolando qualsiasi processo di elaborazione critica e di storicizzazione della propria condizione esistenziale.

Preso coscienza dell’irrisolutezza della proposta ci si adoperava verso una continuità terapeutica che smobilitava gradualmente i servizi psichiatrici esistenti. 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 (San Servolo) e di quello femminile l’altro (San Clemente). 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 1978. 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 (Studio Simonetti, 2012). 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.

.....  
42. Documentazioni reperite nell’Archivio Generale Città Metropolitane di Venezia.

Nel 1994 anche l'Ospedale dell'isola di San Servolo perde la sua funzione effettiva e avvia un recupero edilizio per dare vita a un centro di promozione multiculturali 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 a una *damnatio memoriae* (D'Agostino, 2017b) ma anzi enfatizzando la dimensione emarginante dell'epoca. Uno dei pochi casi in cui si assiste a un efficace ribaltamento della logica determinista insita nello schema manicomiale è rappresentato dal progetto del nuovo Ospedale psichiatrico di Marzana, costruito in sostituzione dello storico manicomio veronese (Trabucchi, 2016). 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 (Simioli, 2013, p.180). Un progetto che viene inizialmente contestato proprio per la sua natura innovativa, e infine approvato l'anno successivo con alcune modifiche, che aumenteranno fino alla sua completa realizzazione nel 1969, anche a causa della scomparsa prematura del progettista, nel 1964. L'Ospedale psichiatrico resterà in funzione fino al 1980, quando verrà riconvertito come presidio sanitario dell'unità territoriale, mantenendo dunque lo scopo sanitario, ma non più nella direzione della 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>43</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 a esterni, creando un motivo di connessione con il resto della comunità (Simioli, 2013).

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>44</sup> presentata

.....  
<sup>43.</sup> Il 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.

<sup>44.</sup> "[...] avviene tuttavia che i nostri ospedali psichiatrici corrispondono per la maggior parte ancora a ambienti, che sono di per sé luoghi di segregazione. Dagli antichi conventi, ai più recenti lazzaretti o padiglioni distaccati, molti degli ospedali esistenti denunciano

Un interessante simposio internazionale a Treviso

# L'architettura al servizio della psichiatria moderna

L'attuale squallida situazione in cui si trovano i centri ospedalieri va risolta anche in termini di valide post-azioni urbanistiche, ponendo fine a un sistema ingustamente lesivo della dignità della persona umana

**NOSTRO SERVIZIO**  
TREVISO, 14 - Si apre domani, presso la Camera di commercio di Treviso, il 15. Convegno internazionale sugli aspetti socio-psico-patologici dell'architettura e dell'urbanistica, organizzato dal Centro psicografico di Maserà con la partecipazione di architetti e sociologi di varie città italiane e di un centinaio di paesi stranieri. Il convegno si svolgerà dal 14 al 16 aprile nelle sale della sede della Società di lavoro pubblico ca. Manzoni, e si richiama il presidente della D.C. di Francesco Rocchi.

### Spazi e ambiente

Il convegno, che prevede relazioni e comunicazioni di personalità medico e studiosi, l'apertura della mostra "Psicopatologia e architettura" e un ciclo di seminari, si aprirà alle 16 con una prefazione del prof. Francesco Rocchi, presidente del convegno, e non di interventi del vicepresidente prof. Giorgio Paderno, dell'Arch. Ettore Achituv e sociologia e psicologia.

Per Rocchi definire la relazione fra l'architettura e le prospettive del convegno abbiamo avuto un'inter-

vista e radiazione le premesse indispensabili per una effettiva forma dell'attuale stato di cose. I contatti ospedalieri devono essere diversi come luoghi di soggiorno e non di segregazione, senza per questo dover ricorrere ad un'antica formula architettonica, in cui si deve puntare su di una terapia d'isolamento. In un'architettura moderna deve sopravvivere una struttura costruttiva ed una spaziale, avvalorata di un'architettura subordinata alle esigenze psichiatriche. Il che vuol dire centri ospedalieri, inseriti in un contesto urbano di vita sociale e non di pura contemplazione psichiatrica, con una risposta massima al loro bisogno, la possibilità di essere utilizzati come strutture sanitarie in modo da permettere collegamenti rapidi, i servizi devono essere funzionalmente integrati. La ricerca riferita di questi spazi deve aumentare grazie al trattamento che si può ottenere aumentando ai spazi protetti, e pensati cittadini e le altre, devono essere assolutamente eliminati per far posto a moderni centri di elevata resistenza sociale. E' necessario ancora mantenere l'uso di molti alloggi di degenza, creare sale specializzate (ergo-terapie) ed infine il controllo del modo di vivere dove

che l'architettura si rivela al servizio della psichiatria moderna, che vuol dire mettere in discussione dell'uomo, delle sue tare e della sua sofferenza per un ricambio che non deve essere soltanto di carattere fisico, ma sostanzialmente sociale, capace di poter restituire al concetto di vita e non già un ricambio ma un'architettura integrata nella sua dignità e delle sue società.

A questo scopo sarebbe opportuno, per evitare anche un errore capitale, una architettura non isolata ed esclusiva, come, che potrebbe tradursi in una inaccessibilità, ma, anzi, si dovrebbe, insieme a questi, il concetto delle strutture - ospedali psichiatrici, strutture che si siano particolarmente attenti nella progettazione e nel criterio di vero ricambio sociale. Ciò richiederebbe un'alta delle commissioni di esperti per vigilare sulla costruzione degli edifici ospedalieri, i quali, per non tradire essere effettivamente il direttore dei lavori (cosa che non si verifica quasi mai) in modo da verificare la corrispondenza di informazioni e di uffici tecnici provinciali. Oltre a ciò, molto importante, da parte presente è che la commissione di giudizio di un lavoro di questo genere, che prevede l'attuazione di un piano psichiatrico, sia

L'AVVENIRE DI ITALIA

I lavori del congresso internazionale di Treviso

# Un'architettura più umana per gli ospedali psichiatrici

Le strutture urbanistiche devono adeguarsi alla realtà ambientale, coprendo alla eliminazione delle incidenze patologiche - Due tesi contrastanti emerse dalle diverse relazioni

**NOSTRO SERVIZIO**  
TREVISO, 14 - Si è aperto oggi, sotto la presidenza di Francesco Rocchi, il 15. Convegno internazionale sugli aspetti socio-psico-patologici dell'architettura e dell'urbanistica, organizzato dal Centro psicografico di Maserà con la partecipazione di architetti e sociologi di varie città italiane e di un centinaio di paesi stranieri. Il convegno si svolgerà dal 14 al 16 aprile nelle sale della sede della Società di lavoro pubblico ca. Manzoni, e si richiama il presidente della D.C. di Francesco Rocchi.

Il convegno, che prevede relazioni e comunicazioni di personalità medico e studiosi, l'apertura della mostra "Psicopatologia e architettura" e un ciclo di seminari, si aprirà alle 16 con una prefazione del prof. Francesco Rocchi, presidente del convegno, e non di interventi del vicepresidente prof. Giorgio Paderno, dell'Arch. Ettore Achituv e sociologia e psicologia.

Per Rocchi definire la relazione fra l'architettura e le prospettive del convegno abbiamo avuto un'inter-

vista e radiazione le premesse indispensabili per una effettiva forma dell'attuale stato di cose. I contatti ospedalieri devono essere diversi come luoghi di soggiorno e non di segregazione, senza per questo dover ricorrere ad un'antica formula architettonica, in cui si deve puntare su di una terapia d'isolamento. In un'architettura moderna deve sopravvivere una struttura costruttiva ed una spaziale, avvalorata di un'architettura subordinata alle esigenze psichiatriche. Il che vuol dire centri ospedalieri, inseriti in un contesto urbano di vita sociale e non di pura contemplazione psichiatrica, con una risposta massima al loro bisogno, la possibilità di essere utilizzati come strutture sanitarie in modo da permettere collegamenti rapidi, i servizi devono essere funzionalmente integrati. La ricerca riferita di questi spazi deve aumentare grazie al trattamento che si può ottenere aumentando ai spazi protetti, e pensati cittadini e le altre, devono essere assolutamente eliminati per far posto a moderni centri di elevata resistenza sociale. E' necessario ancora mantenere l'uso di molti alloggi di degenza, creare sale specializzate (ergo-terapie) ed infine il controllo del modo di vivere dove

Una conferenza a Bolzano

# Due progetti per il tracciato dell'autostrada del Brennero

La soluzione prospettata con la variante della Val Fassiria, nonostante il traforo del passo del Giovo, prevede una

**A sei**

# Dante

**A conclusione di un'immersione i presentimenti il mini**

Fig. 18 • Stralci di articoli di giornale pubblicati sul quotidiano "Avvenire" il 15 e 17 aprile del 1966. Fonte: Archivio Generale Città Metropolitana di Venezia.

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 e 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, però andranno a ridurre l'area verde centrale, fulcro e simbolo dell'evoluzione del concetto di struttura psichiatrica, con la costruzione di un Hospice, una casa per anziani entrata in funzione nel 2007 (Simioli, 2017, pp. 60-65).

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 Calabi per uno *Studio preliminare per il riordinamento dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia*<sup>45</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 (Scavuzzo, 2020, p.248). 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 dei setti per modificare gli ambienti degli edifici (Ivi, pp. 249-253).

Nel primo caso si parla 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 e 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 è accompagnata da una specifica qualità della dimensione spaziale, caratterizzata dalla creazione di un ambiente accogliente che evoca un senso di domesticità, promuovendo la relazione e il dialogo, sia con i pazienti sia tra di essi. In un certo senso, anticipa i principi fondamentali su cui si baserà l'intero processo di *deistituzionalizzazione*.

.....  
per la loro stessa origine i concetti con cui vennero organizzati e concorrono a determinare la psicologia dell'alienato" (archivio provinciale di Verona).

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

## Entrare fuori uscire dentro

Dal 1962 inizia così l'esperimento Basagliano<sup>46</sup> verso le prime pratiche di trasformazione dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia in Comunità Terapeutica. Tali trasformazioni furono motivate anche dallo stato di degrado delle strutture e dalle condizioni disumane in cui versavano i pazienti all'arrivo di Basaglia in qualità di nuovo direttore (Basaglia e Ongaro, 1969). 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 (Guglielmi, 2018).

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" (Foot, 2014, p. 96). Con l'esperimento goriziano viene 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." (Ongaro Basaglia e Giannichedda, 2000, p.11)

Comincia quindi una fase "migratoria" e di osservazione di metodi e saperi tra le diverse realtà psichiatriche esistenti sul territorio (Foot, 2014, p.97), dove ognuna assorbe e rielabora a modo proprio il processo di "distruzione" del manicomio. Iniziando 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

.....  
<sup>46</sup>. Che coinvolse tutte le realtà psichiatriche gestite da Basaglia dal 1961 fino alla sua morte (Parma, Gorizia e Trieste).

cittadini esterni insieme, nella sfilata del dispositivo narrativo e teatrale Marco Cavallo, dall'interno dell'Ospedale psichiatrico di San Giovanni verso la città (Scabia, 2024).

Un periodo quindi di fermento e di denuncia sociale, che precede la riforma, accompagnato da rappresentazioni artistiche, grafiche e visive, tra le quali il documentario televisivo *I giardini di Abele* (Zavoli, 1968) e il reportage fotografico *Morire di Classe* (Basaglia e Ongaro, 1969) a testimoniare la realtà goriziana, così come *Matti da Slegare* (1975) che entra nel manicomio di Colorno, o il fotoreportage *Gli Esclusi* (D'Alessandro e Piro, 1969) in quello di Nocera, per non parlare delle numerose opere letterarie<sup>47</sup>. Si tratta di documentazioni forti che testimoniano l'emarginazione del malato mentale dal resto della società, ma che ora irrompono nelle case delle persone mostrando le verità di questi luoghi (Babini, 2009, p. 152). È ora possibile entrare e uscire liberamente, riprendendo il modello originario *open door*, favorendo l'interazione sia tra i cittadini "del dentro e del fuori" sia con gli spazi e i luoghi dell'istituzione. Queste cittadelle ai confini delle città, 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.

## La logica del cambiamento

In conclusione, abbiamo osservato che, verso la fine del Novecento, l'Italia assume un ruolo fondamentale nella rivoluzione psichiatrica, che abolisce il manicomio e i luoghi destinati alla reclusione dei malati mentali, a favore di una distribuzione su reti terapeutiche locali. Queste reti si basano sul modello delle

.....  
<sup>47</sup>. Un 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 a 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, 2009, p.152).

comunità terapeutiche già sperimentate 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 (Goffman, 1963). 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 un significativo traguardo per le terapie per la salute mentale, seppur dovendo affrontare non poche difficoltà. Si è andati incontro a 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 spinge a 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 e artistici che si svolgono sia all'interno che all'esterno delle strutture degli ex complessi manicomiali. Queste occasioni permettono di custodire una memoria fondamentale, enfatizzando il valore dell'approccio narrativo fondato sulla *logica del cambiamento*<sup>48</sup> (Ongaro Basaglia e Giannichedda, 2000, p. XIII), sostenuta e promossa 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 e incontri organizzati da *È storia*<sup>49</sup> sul tema della follia. Il Festival offre l'occasione di trasformare la storia in un motivo di dialogo, rendendo Gorizia – in particolare gli spazi aperti del parco – un luogo simbolico di incontro. Qui si intrecciano la *cura*, la *memoria* e la *narrazione* legata alla salute mentale, dando forma a un processo condiviso.

Se in passato la devianza e la pena erano sufficienti a giustificare l'allontanamento e la segregazione, oggi esse vengono invece considerate come punti di partenza per un processo evolutivo, orientato verso la riabilitazione e, quando possibile, verso la reintegrazione nella collettività, o almeno questo è quello che ci si auspica.

.....  
**48.** Si fa riferimento al ciclo di conferenze tenute in Brasile nel 1979 poco prima della prematura scomparsa di Franco Basaglia, dove si fa nuovamente portavoce della sua esperienza e dei contenuti concreti della sua pratica.

**49.** *È Storia* 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.



# Hôpital de Sainte-Anne, Paris

I reportage fotografici delle immagini del manicomio hanno ricoperto molteplici funzioni nella storia manicomiale: inizialmente utilizzati per analizzare gli aspetti patologici degli internati, successivamente impiegati come strumenti di denuncia sociale e, oggi, come importanti testimonianze di memoria storica.

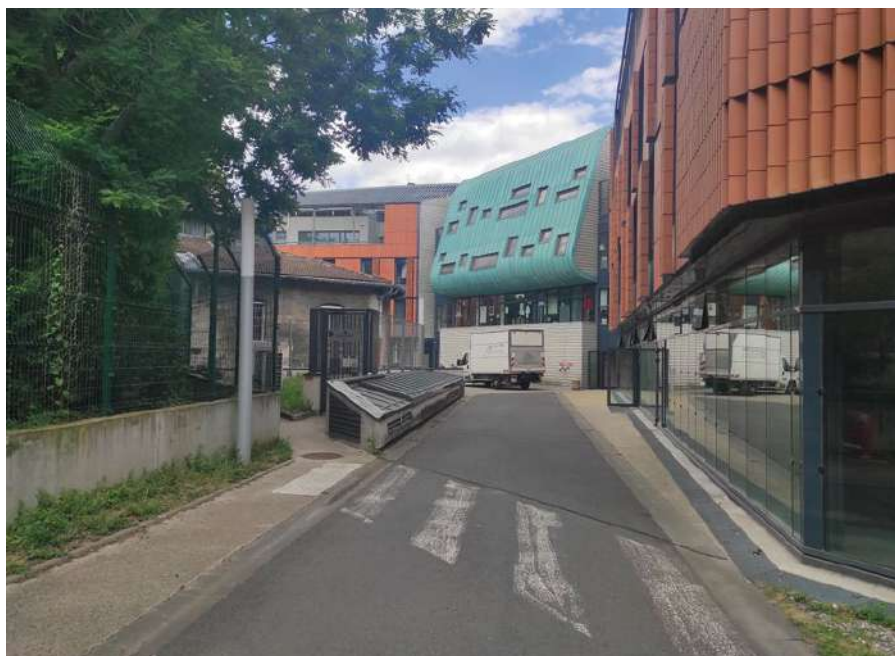
Contestualmente ai primi studi fotografici sul paziente, si diffondono terapie e sperimentazioni di tipo artistico, a partire dai primi anni del Novecento, in particolare con lo psichiatra e storico dell'arte tedesco Hans Prinzhorn (Prinzhorn, 2011, p.143)<sup>50</sup>, medico nel manicomio di Heidelberg, che nel 1922 si occupò di uno studio dei disegni e delle pitture effettuate dai pazienti in alcune sedute terapeutiche. Per anni Prinzhorn ha custodito numerosissimi elaborati che diventarono la collezione privata dell'attuale Museo dell'Ospedale psichiatrico tedesco, ora meta e attrazione per moltissimi turisti. I testi e le teorie di Prinzhorn ispirarono successivamente, nella fase antipsichiatrica, molti artisti, portando a istituire musei e a realizzare mostre in cui esporre e far conoscere le opere d'arte legate al tema della follia.

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 nel 1946 da Jean Dubuffet, all'interno del manicomio di Sainte-Anne di Parigi (Babini, 2009, p.165). 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>51</sup>. In questa occasione vennero presentate opere di oltre 300 *alienati* di vari paesi, attirando l'interesse

50. 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 l'io e l'esterno mediante, appunto, produzioni plastiche." (Prinzhorn, 2011).

51. Si fa riferimento all'*Esposizione Internazionale di Arte Psicopatologica*, svolta all'interno del manicomio di Sainte-Anne a cui partecipano 17 Paesi con quasi 2000 opere di "artisti-pazienti" (<https://musee.mahhsa.fr/presentation-de-la-collection/>).

Fig. 19 • Hôpital de Sainte-Anne, Parigi: gallerie coperte di collegamento tra gli edifici. Foto dell'autrice, 2022.



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 (Babini, 2009, p. 163) e si tramanderà come tecnica terapeutica anche dopo la chiusura dell'istituzione manicomiale. Allo stesso tempo diventava 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<sup>52</sup>costituisce le fondamenta del "Dipartimento d'Arte Psicopatologica" (Volmat, 1956) – l'attuale *Centre d'Étude de l'Expression-CEE*<sup>53</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 viene riportata in questo volume una documentazione storica e fotografica 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 invece un centro sanitario che fungeva da succursale dell'HôtelDieu per i malati di peste, costruito 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 a dare accoglienza a malati di mente "curabili".

Nel 1867, nella Parigi haussmaniana, incomincia la costruzione del manicomio di Sainte-Anne con il progetto dell'architetto Charles-Auguste Questel, secondo il seguente piano architettonico: servizi generali e una cappella posti al centro di un ampio terreno rettangolare recintato, mentre ai lati si distribuiscono simmetrica-

52. Presso la Clinica delle Malattie Mentali e Cerebrali. Responsabile del dipartimento era il medico Robert Volmat, il quale compose un testo su *L'art psycho pathologique* nel 1956 aprendo la strada a una corrente di analisi sulle opere del malato mentale (Volmat, 1956).

53. 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.

Fig. 20 • Hôpital de Sainte-Anne, Parigi: padiglione d'ingresso per le cure psichiatriche intensive "Pavillon Esquirol"; edificio di ricovero ospedaliero di nuova costruzione per adulti con problemi psichici. Foto dell'autrice, 2022.

mente le unità abitative aperte sui cortili (Archives de Paris, 2014). È interessante la descrizione accurata degli spazi che riportò lo psichiatra Paolo Funaioli nel testo scritto in seguito a un viaggio di studio dei modelli manicomiali svizzeri e francesi:

“Questo Manicomio gode fama d'uno dei più bei Manicomi 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 e il secondo per i 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.” (Funaioli, 1877, pp. 70-72).

Con i progressi psichiatrici il manicomio subì diverse modifiche, che portarono a implementare la superficie costruita. L'Ospedale storico restò ordinato in una composizione ortogonale di edifici bassi e collegati da gallerie e giardini, circondati da una cinta verde in cui si innestano le strutture più recenti. I nuovi edifici, oltre a rompere lo schema ordinato e simmetrico, scompongono la leggibilità architettonica dell'intero complesso, faticando nello stile a integrarsi con l'esistente, rappresentando al contempo una forte componente visiva che mette in risalto il distacco dall'architettura ospedaliera manicomiale da quella psichiatrica odierna (Kovess-Masfétyet al., 2004, pp. 114-117).

Dopo la seconda Guerra Mondiale, come abbiamo avuto modo di osservare poc'anzi, la Francia adotta 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 (circa 70.000 abitanti). Si vengono quindi 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>54</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 (Henry *et al.*, 2017). 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 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 e un centro di informazione e incontro per pazienti e famiglie. La struttura 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 dell'intero 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. 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 métiers*" che, con la collaborazione del museo MAHSA, ha illustrato e raccontato con eventi e mostre la storia e le trasformazioni del complesso manicomiale fino all'attuale Ospedale psichiatrico (Henry *et al.*, 2017), attirando l'interesse dei cittadini del quartiere, e non solo. Il museo è attualmente accessibile in occasione di alcune mostre temporanee e per la visita della collezione permanente, che comprende opere di arte psicopatologica realizzate da artisti-pazienti a partire dagli anni Cinquanta, affiancate da lavori più recenti prodotti nei laboratori terapeutici del centro CEE. Il centro museale ha come finalità la conservazione, il restauro, lo studio e l'ampliamento della collezione, con l'obiettivo di renderla fruibile a un pubblico il più possibile ampio. Promuove inoltre attività educative e divulgative, per garantire un accesso equo alla cultura, sostenere la ricerca e favorire la diffusione delle conoscenze.

54. 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.



Fig. 21 • Nuovo Centro di Neuroscienze dell'Ospedale Sainte-Anne di Parigi, progettato da Pargade Architectes e completato nel 2024. Fotografia gentilmente concessa da Charly Broyez.

## Considerazioni: le soglie e i confini

Nel 2023 si sono conclusi dei lavori di ampliamento che hanno previsto all'interno del complesso psichiatrico la costruzione del nuovo centro di Neuroscienze progettato dallo studio di Pargade Architetti. Nel progetto risulta 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. 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 neuro-scientifica.

L'inserimento dell'*Hôpital* 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 una logica dell'esclusione, anche se adoperata per intenti terapeutici ritenuti efficaci. L'accesso 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.

Delle altre strutture di ricovero, di dimensioni più modeste, è stato possibile visitare soltanto 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 degli edifici, in contrapposizione all'ampia permeabilità tra l'interno e l'esterno del resto del complesso, da parte della comunità. L'*Hôpital Sainte-Anne* rappresenta un caso raro di integrazione nel contesto urbano, in netto contrasto con la collocazione periferica o esterna delle altre strutture ex manicomiali visitate a Parigi. La sua presenza nel tessuto cittadino favorisce un dialogo attivo tra la società, gli spazi della cura e la loro storia, configurandosi come un luogo di conoscenza e cultura attraverso pratiche potenzialmente replicabili. Tuttavia, permangono alcune criticità nel rapporto con l'alterità, che evidenziano i limiti ancora presenti in un processo di piena apertura.

# I Musei della mente

## Convivere con una memoria scomoda

Con la Legge 180 del 1978, l'Italia ha vissuto una profonda trasformazione, essendo il primo Paese a riconoscere e garantire i diritti civili delle persone con disturbi mentali. Le conseguenze hanno avuto effetti nelle sfere sociali e umanitarie, apportando modifiche a livello giuridico nel campo psichiatrico e hanno influenzato l'ambito architettonico e urbanistico.

Tuttavia, come abbiamo avuto modo di vedere, 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 loro architetture (D'Agostino, 2017a). Nonostante la natura propositiva nella "logica del cambiamento", la deistituzionalizzazione ha determinato una fase di abbandono, svuotamento e degrado delle strutture, confrontandosi con un passato doloroso e ingombrante. In alcuni casi, questo processo ha portato alla completa cancellazione delle tracce, con la conseguente e inevitabile perdita della memoria storica dei luoghi (Lenza, 2017).

Negli anni Novanta, si avvia un nuovo ciclo di cambiamento, orientato alla riattivazione di questi luoghi. Vengono infatti indetti concorsi ed elaborati progetti per la riqualifica degli spazi aperti e il recupero, il restauro e la rifunzionalizzazione degli spazi edificati (Ferrante, 2012). Comincia un periodo di valorizzazione con interventi diversificati, che hanno 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 a 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 consiste, dunque, nella possibilità di entrare e uscire liberamente e di usufruire di questi

luoghi non solo per scopi terapeutici, ma anche per esplorare spazi interni trasformati in veri e propri musei (Guglielmi, 2019). Questi musei sono dedicati sia alla divulgazione che alla conservazione del patrimonio materiale, come le strutture architettoniche e gli oggetti della storia della psichiatria, sia del patrimonio immateriale, custodendo la memoria e l'eredità storica del luogo (Sorbo, 2016). 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 (Sandell, 2007). Diventa un 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 e 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 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.

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 a 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 (Babini, 2009; Foot, 2017), 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 (Guglielmi, 2019), ma sotto altri aspetti può essere inteso come uno strumento di *narrazione delle diversità* (Aime e Papotti, 2012) 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 in-

terrogativi, e auspicabilmente qualche direzione di risposta, verso l'identità del *noi* e del *qui*" (Aime e Papotti, 2012, p.191).

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 (Cirifino *et al.*, 2019). Le architetture e 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 differenzi anche il metodo narrativo.

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.

Questo avviene ad 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. Un altro chiaro esempio è rappresentato dal Museo del Manicomio "La follia reclusa" dell'ex Ospedale psichiatrico, già menzionato, 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. Qui il percorso museale si sviluppa tra il piano terra, dove si può visitare la ricostruzione dell'antica sala anatomica, 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 immortalava i loro volti prima e dopo il ricovero nel manicomio.

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 (Giacobini, 2010). Il San Lazzaro, attraverso il suo restauro conservativo, trasmette una fedele raffigurazione della storia del luogo nella sua conformazione originale. Vengono qui valorizzati persino i graffiti realizzati con le suole delle scarpe nelle celle dei pazienti, e sembrerebbe essere Lombroso uno dei primi collezionisti e studiosi delle opere dei pazienti, interessato a individuare nelle rappresentazioni artistiche del "mattoide" (Amedei, 1908) una connessione tra il genio e la follia, una pratica molto utilizzata nel contesto europeo, come vedremo in seguito. È nella Biblioteca-museo del Frenocomio di San Girolamo a Volterra (Castiglia, 2013, pp. 207-209) che si trovano, oltre agli strumenti dedicati alla cura, vestiti di infermieri e camicie di forza, anche fotografie che documentano l'opera dei graffiti di Oreste Fernando Nannetti, ormai in via di scomparsa dalle mura del reparto Ferri del vecchio manicomio. Di particolare rilievo è un graffito, in origine, alto 2 metri e lungo 180 m, inciso con le fibbie del panciotto della divisa che l'artista indossava come paziente. Quest'opera proietta lo spettatore in una dimensione astrale e immaginaria, la cui comprensione è stata possibile grazie all'unico infermiere con cui Nannetti, mentre era ricoverato, riusciva a comunicare, Aldo Trafeli (Trafeli e Quirici, 2022).

L'opera verrà valorizzata anche all'estero nella *Collection de l'Art brut* di Losanna, che proprio a Oreste Fernando Nannetti dedicò un'intera mostra nel 2011 (Peiry, 2011). 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.

È nel 1985 che ci ritroviamo a parlare del caso di Nannetti grazie a un film-documentario *L'osservatorio nucleare del signor Nanof* (Rosa, 1985), prodotto da un team di ricerca e di artisti che indagano i linguaggi comunicativi di alcuni strumenti tecnologici del tempo. Con questo documentario sperimentale, quasi casualmente, *Studio Azzurro* si ritrova a intraprendere un percorso di allestimenti museali su tematiche sensibili, in cui poter raccontare delle storie per immagini, venendo a creare 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 tra Studio Azzurro e il *Museo Laboratorio della Mente* dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma.

Unico nel suo genere il Museo-Laboratorio realizzato dalla sinergia con l'ASL di Roma, 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" (Armiato e Martelli, 2019) nel cittadino, dando voce alle pratiche odierne della salute mentale, mostrando il concetto che non esiste distinzione tra corpi, abili o disabili, ma che tutti sono corpi narrativi dotati di storie importanti.

Il museo diventa un modello esemplare di narrazione della salute mentale per la sua capacità di coinvolgere il cittadino e inserirlo all'interno di un contesto molto spesso sconosciuto. Sulla base di questi stessi principi, è stato avviato il progetto del *Museum of Mind* di Sydney, situato nel Callan Park Hospital for the Insane di Rozelle<sup>55</sup>. Analogamente, il *Museum of the Mind* di Bethlem a Londra nel 2015 è stato ispirato da questi stessi concetti.

Per ultimo, grazie a questa stessa filosofia, è nato anche il *Museo della mente, c'era una volta il manicomio* di Rieti, pur con dimensioni più contenute. Quest'ultimo, inaugurato nel 2019, si focalizza su un racconto diverso, sulla storia e sulle 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 a 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.

"In questa mostra 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 le quali cercavo di catturare e descrivere le espressioni di sofferenza dei degenti, spingendomi attraverso i loro volti, fin in

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

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.” (Intervista al Dott. Manlio Paolucci, curatore della mostra, 2019).

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>56</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, facendo entrare degli artisti con l'obiettivo di trasformare l'Ospedale in un luogo di incontro attraverso l'arte<sup>57</sup>. Un luogo 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 un dispositivo narrativo e terapeutico.

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. Tuttora 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* (prima esibizione estiva nata a Milano), che è riuscito a condurre il pubblico milanese verso la periferia per far rivivere uno spazio abbandonato.

.....  
**56.** Sorto in collaborazione con il Dipartimento di SaluteMentale dell'OspedaleNiguarda e con l'Accademia d'arte di Brera.

**57.** 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.

## Museum of the mind: i musei della mente nello scenario internazionale

Nello scenario europeo, come abbiamo visto per l'Ospedale psichiatrico di Sainte-Anne di Parigi, gli atelier e le opere realizzate dai pazienti-artisti sono diventati i principali materiali espositivi all'interno di mostre e musei ospitati negli stessi spazi ospedalieri. Si tratta di vere e proprie collezioni d'arte che attirano un pubblico eterogeneo e che, quasi inconsapevolmente, spingono i visitatori a varcare la soglia di luoghi storicamente associati all'emarginazione e alla sofferenza. Queste opere, a lungo invisibili, sono state riconosciute, catalogate e infine etichettate come espressioni artistiche fuori dal comune, non riconducibili ai canoni tradizionali dell'arte accademica. È con l'artista francese Jean Dubuffet che nasce il termine *Art Brut*, con cui si identifica una forma d'arte spontanea, priva di influenze culturali convenzionali, prodotta da autori autodidatti, spesso emarginati o internati in istituti psichiatrici. Nel 1976, Dubuffet dona la propria collezione al *Musée de l'Art Brut* di Losanna, che diventa il primo centro istituzionale dedicato a questa produzione artistica. Secondo Dubuffet, l'Art Brut rappresenta opere create da soggetti "indenni della cultura artistica" (Dubuffet, 1949), come pazienti psichiatrici, detenuti o persone socialmente escluse.

Nel Regno Unito, nel 1972, lo storico dell'arte Roger Cardinal pubblicò il volume *Outsider Art* (Cardinal, 1972), coniando un nuovo termine per descrivere queste forme artistiche "esterne" al sistema dell'arte ufficiale. Cardinal amplia la prospettiva dell'Art Brut, offrendone una visione più aperta e flessibile, ma al tempo stesso ribadendo una separazione rispetto all'arte riconosciuta dalle istituzioni. Gli outsider, secondo questa definizione, sono artisti che operano al di fuori di ogni consapevole appartenenza al mondo artistico.

L'Outsider Art si diffonde rapidamente in Europa e negli Stati Uniti, suscitando crescente interesse. Nascono numerosi spazi espositivi e gallerie specializzate nella conservazione e valorizzazione di queste opere. Nel 1989 viene fondata la rivista internazionale *Raw Vision*, ancora oggi attiva, che ha svolto un ruolo fondamentale nella promozione dell'Outsider Art presso un pubblico sempre più vasto, contribuendo alla legittimazione di questa produzione artistica nel panorama culturale contemporaneo. In Italia questo fenomeno resta poco esplorato, se non in qualche raro caso<sup>58</sup>, mentre nel resto d'Europa l'arte dei pazienti psichiatrici diventa il metodo narrativo e attrattivo principale nell'acqui-

---

58. 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.

sizione di conoscenza della storia manicomiale, spesso accompagnato in maniera contraddittoria dall'esposizione di fotografie e reperti che raccontano il carattere repressivo dell'istituzione. Un esempio emblematico si trova in Belgio, nell'imponente complesso edilizio dell'*Hospice Guislain* di Gand, primo manicomio belga fondato nel 1857, oggi sede del *Museo Dr. Guislain*<sup>59</sup>, di un centro psichiatrico attivo e di un centro di formazione. Qui, l'arte prodotta dai pazienti è esposta accanto a documenti storici, oggetti medici e testimonianze che illustrano il passato istituzionale della psichiatria, in un allestimento che intreccia denuncia, memoria e creatività, offrendo al visitatore una visione complessa e stratificata dell'esperienza manicomiale.

Il museo dispone di due collezioni principali. La prima è di carattere storico e documentario: include una significativa raccolta fotografica che risale al periodo compreso tra il 1860 e il 1887, utilizzata originariamente per ritrarre i degenti allo scopo di studiarne i tratti fisici ritenuti indicatori di patologia. A partire dal 1930, si aggiungono fotografie che testimoniano le attività quotidiane e il lavoro svolto all'interno dell'istituto psichiatrico. Questa documentazione visiva ha rappresentato il nucleo fondativo del museo, aperto nel 1986, che da allora continua a evolversi con nuovi materiali. Accanto alle immagini storiche, infatti, il museo ospita anche opere di fotografi contemporanei che riflettono in modo critico e sensibile sui temi della salute mentale e della malattia, contribuendo a mantenere vivo il dialogo tra passato e presente.

La seconda collezione è dedicata all'*Outsider Art* e raccoglie opere realizzate da artisti marginali, inizialmente costituita da una selezione di lavori visivi prodotti da pazienti psichiatrici. Nel tempo, la raccolta si è ampliata notevolmente fino a includere, a partire dal 2002, opere provenienti da tutto il mondo. Oggi la collezione ha un respiro internazionale e comprende anche arte contemporanea legata all'ambito della salute mentale e dei percorsi terapeutici.

Una modalità narrativa analoga si ritrova nel *Museo Psichiatrico di Berna*, dove vengono esposte le opere d'arte realizzate da persone con disturbi mentali, collezionate dallo psichiatra Walter Morgenthaler (Morgenthaler, 1921; 2007). Queste opere sono presentate in dialogo con mostre temporanee, all'interno di un percorso espositivo che ripercorre la trasformazione dell'istituzione: dalla "casa dei matti" fondata nel 1749, alla successiva evoluzione in "casa di cura", fino a diventare l'attuale clinica psichiatrica universitaria. La narrazione museale si sviluppa così su più livelli, intrecciando memoria storica, ricerca scientifica e valorizzazione dell'espressione artistica dei pazienti.

.....  
59. 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.

Un approccio simile si riscontra anche presso il *Museo Dolhuys* (oggi noto come *Museum of the Mind*), nei Paesi Bassi. Questo museo conserva un ampio repertorio storico sulle pratiche di assistenza rivolte a persone con disabilità cognitive e disturbi psichici, illustrando l'evoluzione delle cure in ambito sanitario e scientifico attraverso oggetti, immagini, testi e documentazione. Accanto a questo patrimonio storico, è presente una collezione di Outsider Art, che conferisce ulteriore profondità al racconto museale, mettendo in luce le dimensioni umane ed espressive della malattia mentale.

Uno degli aspetti più innovativi del Museo Dolhuys è l'introduzione della modalità di visita a "basso stimolo", sviluppata in collaborazione con l'*Unlimited Enjoyment Foundation* – un'organizzazione specializzata nell'accessibilità sensoriale nei luoghi culturali. Questa modalità prevede una serie di accorgimenti volti a ridurre il carico sensoriale: illuminazione soffusa, accessi contingentati, assenza di suoni disturbanti e la predisposizione di spazi tranquilli. I visitatori possono inoltre usufruire di un manuale visivo e di una mappa orientativa, strumenti pensati per facilitare l'esperienza museale soprattutto per persone neurodivergenti o con ipersensibilità sensoriale.

Anche nel celebre *Bethlem Royal Hospital* di Londra, si è affermato un percorso museale che valorizza l'arte e la storia della psichiatria. In origine, i "primi a essere esposti" erano paradossalmente gli stessi internati, osservati dal pubblico come parte integrante del paesaggio ospedaliero. Con il tempo, l'istituzione ha radicalmente mutato volto e oggi ospita il *Bethlem Museum of the Mind*, inaugurato nel 2015 in un edificio indipendente, l'ex sede amministrativa dell'ospedale. Nato inizialmente in uno spazio ridotto, con una selezione limitata di opere provenienti dalla collezione artistica dell'ospedale, il museo è oggi un centro culturale di rilievo, che raccoglie e promuove opere di pazienti-artisti, insieme a documenti e materiali che raccontano la lunga e complessa storia della salute mentale nel Regno Unito.

Il *Bethlem Museum of the Mind* ospita attualmente una collezione permanente di opere realizzate da artisti *Outsider*, molti dei quali sono o sono stati pazienti dell'ospedale psichiatrico. Oltre a questa raccolta, il museo accoglie regolarmente mostre temporanee che approfondiscono vari aspetti della salute mentale e della sua rappresentazione. La mostra permanente documenta la storia dell'istituto attraverso display interattivi, che invitano il visitatore a riflettere sul cambiamento della psichiatria nel tempo e sulle dinamiche tra medico e paziente.

L'allestimento museale (progettato da FBM Architects) è stato pensato rispettando la simmetria architettonica dell'edificio originale, ristrutturato appositamente per ospitare il museo. Il percorso espositivo ha inizio nell'atrio, dove sono state colloca-

te due statue a grandezza naturale che in passato ornavano l'ingresso principale del manicomio, rievocando simbolicamente il passato dell'istituzione.

Il percorso prosegue al piano superiore, articolato in due sale concepite come spazi contrapposti: una più scura, con luci soffuse, dedicata alla mostra permanente e alla narrazione storica; l'altra luminosa, caratterizzata da ampie vetrate affacciate sui giardini, riservata alle esposizioni temporanee. Al piano terra sono stati invece mantenuti alcuni ambienti con funzione originale: da un lato gli spazi amministrativi e le aree di lavoro un tempo utilizzate dai pazienti; dall'altro, la raccolta degli archivi storici, che custodisce documenti fondamentali per la ricostruzione della storia della psichiatria britannica.

Nel progetto museale è stata integrata una costante attività di monitoraggio ambientale, con l'obiettivo di garantire non solo la conservazione ottimale delle opere, ma anche il benessere sensoriale del personale e dei visitatori. Questa attenzione alla qualità dell'esperienza museale si è estesa anche alla raccolta di feedback post-visita. Alcuni visitatori hanno dichiarato che la decisione di visitare il Museum of the Mind è stata innescata dalla curiosità legata al mito di "Bedlam" – il celebre soprannome dell'ospedale – e dall'interesse verso un luogo storicamente associato alla reclusione psichiatrica. Altri hanno ammesso di essersi sentiti inizialmente a disagio per motivi personali, legati al tema della salute mentale. Tuttavia, molti di questi timori sono stati attenuati dall'approccio interattivo del museo, che invita i visitatori a immedesimarsi nei ruoli di psichiatra e paziente, contribuendo così a scardinare preconcetti e a promuovere una visione più empatica e umanizzata della malattia mentale (Lotzof, 2016).

Nonostante i profondi cambiamenti nelle rappresentazioni della follia e nei metodi per comprenderla, risulta ancora difficile immaginare una cesura definitiva con l'ingombrante eredità dell'istituzione manicomiale. Tuttavia, in alcuni casi, assistiamo a tentativi riusciti di riconciliazione tra le architetture dell'ex internamento e nuove funzioni legate al benessere e alla cura. Un esempio emblematico è rappresentato dal riutilizzo dell'edificio Saint Jozef, parte del Centro Psichiatrico Caritas di Melle, in Belgio (con il progetto di Architecten de Vylder Vinck Tailieu). Costruito nel 1908 per ospitare donne affette da disturbi mentali, l'edificio ha subito nel tempo molte trasformazioni fino a diventare oggi uno spazio monumentale a cielo aperto, senza una funzione terapeutica specifica, ma capace di esercitare comunque un effetto positivo sul benessere psico-sociale di pazienti, familiari e operatori sanitari. Uno spazio che cura senza curare, in cui la memoria dell'istituzione si trasforma in luogo di incontro, riflessione e apertura.

# Rethinking the Museums

## I limiti e il paradosso del Progetto Inclusivo

Il processo di ridefinizione identitaria dei cosiddetti “non-luoghi” (Augé, 2018) ha condotto, in alcuni casi, a ripensare l'ex istituzione manicomiale come spazio dedicato oggi alla cura della salute mentale. Questo riuso non avviene tuttavia in modo neutro o cancellando il passato: al contrario, si cerca di preservarne e valorizzarne la memoria storica, trasformandola in patrimonio collettivo attraverso la creazione di musei e spazi culturali che ne raccontano la complessità. 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” (Guglielmi, 2019, pp. 177-204) 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 e sul 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 e 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 problemi legati alla salute mentale o 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” (Sandell, 2007, p. 39). 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.

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 (Colin, 2014).

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 online 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” (MeLa Consortium, 2015).

Nel futuro il museo potrebbe farsi carico di 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>60</sup>, non sempre tende a considerare la nozione di accessibilità ampliata alle disabilità cognitive, ol-

.....  
60. Come l’Inclusive Design, il Design for All, Universal Design.

tre che fisiche. Se l'idea di un design inclusivo prescrive la progettazione di ambienti per le esigenze di un'utenza il più ampia possibile, allora implica automaticamente un interrogativo paradossale su cosa sia giusto o sbagliato fare per includere, senza esclusioni. Se da un lato è corretto rivolgersi a 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 (Heylighen e Bianchin, 2018).

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 – tutte condizioni verificate per esempio nelle persone ipo- o ipersensibili nello spettro autistico (Bogdashina, 2003). Così una barriera fisica, come può essere un gradino, è significativa per orientarsi nello spazio per chi è non vedente, ma può diventare 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 (Keates, 2015), 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 di workshop partecipativi (Vermeersch et al, 2018) tra architetti e persone con disabilità. Una sorta di galleria multisensoriale 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 a una migliore comprensione reciproca ed empatica.

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 Craziness: Encounter* allestita a Taiwan del 2013 (Barnes et al, 2014, p.9), 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, che ha organizzato una mostra nel 2007, *Remembering Goodna*, basata sulla condivisione e il dialogo tra i visitatori con alcuni degli ex pazienti ricoverati nel centro e le loro famiglie, amici e il personale dell'ospedale, per sensibilizzare il pubblico sulla repressione e la discriminazione che subiscono nella società (Pasley, 2019). Un membro del team curatoriale dell'esposizione riporta quanto sia stato un momento chiave 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 [...]” (Besley e Finanne, 2011, p.21-34)

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” (Nussbaum, 1996, p.38).



# Laboratorio Museo della Mente di Santa Maria della Pietà, Roma

Il Museo Laboratorio della Mente, ospitato nell'ex Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma, rappresenta un punto di riferimento essenziale in questa ricerca, coniugando in modo efficace la narrazione della memoria storica con le moderne pratiche terapeutiche nel campo della salute mentale.

Attualmente, il parco della Santa Maria della Pietà è oggetto di un progetto di riqualificazione che prevede la creazione del nuovo Museo-Laboratorio, con una mostra interattiva ancora più avanzata di quella attuale.

Situato al piano terra del padiglione 6, il Museo-Laboratorio della Mente viene inaugurato nel 2000, offrendo un'esperienza interattiva unica nel suo genere. Progettato da Studio Azzurro, il museo coinvolge il visitatore attraverso la percezione sensoriale, raccontando la storia di operatori, pazienti e familiari nel contesto della malattia mentale e delle sue modalità di cura.

Di seguito viene descritta e documentata attraverso testimonianza fotografica la visita al Museo durante la quale ha avuto luogo l'incontro con il Dottor Pompeo Martelli, Psicologo del Dipartimento di Salute Mentale e attuale direttore del Museo-Laboratorio della Mente. L'incontro ha permesso di sottolineare come il Parco del Museo sia diventato un luogo di aggregazione per l'intera comunità.

Grazie a una ricostruzione storica che traccia l'evoluzione dell'area e permette di osservare le trasformazioni architettoniche e sociali avvenute nel complesso ospedaliero a partire dalla riforma basagliana e fino all'idea di creare un museo narrativo, risulta evidente come attraverso le attività promosse all'interno del Parco e la partecipazione attiva di cittadini e collaboratori, venga restituita un'immagine consapevole della salute mentale, sensibilizzando un tema complesso come quello della paura del diverso. Incontri con esperti, come la storica d'arte Gianna Capannolo e la dott.ssa Annamaria Angelilli del Centro di Neuropsichiatria Infantile, hanno evidenziato l'importanza di sensibilizzare il pub-

Fig. 22 • Centro di Neuropsichiatria Infantile di Santa Maria della Pietà di Roma: l'ingresso. Foto dell'autrice, 2020.



Fig. 23 • Centro di Neuropsichiatria Infantile di Santa Maria della Pietà di Roma: la stanza per le terapie. Foto dell'autrice, 2020.

blico attraverso attività culturali e interazioni dirette<sup>61</sup>. A causa della pandemia da COVID-19, non è stato possibile documentare gli spazi interni del Distretto di Salute Mentale (DSM), mentre nel reparto di Neuropsichiatria Infantile non erano presenti pazienti al momento della visita. Dall'osservazione dei due centri, è emersa una differenza significativa: il reparto di Neuropsichiatria Infantile richiede spazi specificamente curati e adattati, come aree per colloqui con i genitori, palestre e luoghi terapeutici, mentre il DSM dispone di spazi già ben organizzati. All'esterno del DSM, vi sono ampie aree per attività di aggregazione e corsi, con gli utenti generalmente soddisfatti degli spazi disponibili. All'interno, il centro offre camere di degenza temporanea, saloni e una cucina comune. Un aspetto interessante è stato notare la costruzione di un piccolo gabbiotto in legno vicino all'ingresso del centro, realizzato durante la pandemia per consentire incontri tra familiari, medici e pazienti, rispettando la privacy. È inoltre in corso una rigenerazione del Parco portata avanti da un team di architetti di Genova<sup>62</sup> che prevede la riqualificazione di alcune aree verdi, la ristrutturazione di buona parte degli edifici in uso e l'apertura del Nuovo Museo-Laboratorio della Mente, che occuperà l'interno dell'intero padiglione per ospitare una mostra interattiva più all'avanguardia di quella attuale.

## **Il manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma: la storia e le trasformazioni<sup>63</sup>**

### **Prima fase (1907-1926): il concorso**

Nel 1904 fu indetto un concorso per la costruzione di un nuovo manicomio a Roma. Dopo varie modifiche progettuali, nel 1906 si decise di realizzare la struttura sul Monte Mario, in una zona periferica rispetto al centro abitato. Il progetto, firmato dagli ingegneri Edgardo Negri e Silvio Chiera, prevedeva la costruzione di 37 padiglioni e 23 edifici agricoli distribuiti su 93 ettari, organizzati lungo tre percorsi circolari: ingresso principale, servizi generali e padiglioni di degenza (Negri e Chiera, 1909). I padiglioni, caratterizzati da uno stile rinascimentale e da una disposizio-

61. Nelle giornate di sopralluogo è stato possibile inoltre confrontarsi con 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.

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

63. Portale: Gli spazi della follia.

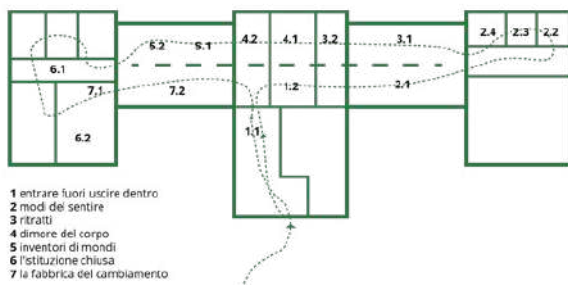


Fig. 24 • Museo Laboratorio della Mente di Roma. Planimetria del museo con le varie sale espositive e foto dei quadri esposti nella sala dei ritratti. Elaborazione grafica e foto dell'autrice, 2020.

ne simmetrica che separava uomini e donne, si sviluppavano su due livelli: il piano terra era destinato agli spazi comuni, mentre il piano superiore ospitava i dormitori e le aree di isolamento. Alcuni edifici furono appositamente adattati per accogliere bambini, pazienti a rischio suicidario e persone con comportamenti violenti (Donghi, 1927).

## **Seconda fase (1927-1990): da manicomio a centro di salute mentale**

Il complesso arrivò a ospitare fino a 3.500 pazienti, rendendo necessaria la creazione delle succursali di Ceccano e Rieti, successivamente divenute manicomi provinciali. Nel tempo, furono convenzionate cliniche private per accogliere i pazienti in esubero. Nonostante il sovraffollamento, furono istituiti nuovi reparti specializzati: l'Istituto psico-pedagogico Sante De Sanctis (1933-1975) per minori "recuperabili", l'Istituto Regina Elena (1937-1970) per l'encefalite e il parkinsonismo, e nel 1952 il Centro d'Igiene Mentale (CIM), con lo scopo di decentralizzare l'assistenza.

Tra il 1913 e il 1955, il manicomio di Roma fu considerato uno dei più prestigiosi d'Italia. Tuttavia, la Seconda Guerra Mondiale interruppe i contatti scientifici con l'Europa. Per rilanciare la ricerca, nel 1945 i medici dell'istituto fondarono la rivista *Il lavoro neuropsichiatrico* (Cerletti e Bonfiglio, 1965), che documentò anche studi sperimentali sull'uso dell'LSD in ambito psichiatrico. Le osservazioni indicavano un linguaggio più introspettivo nei pazienti, come se l'esperienza indotta dalla sostanza favorisse l'emersione di emozioni e pensieri altrimenti inespresi:

“[...] 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 dell'esperienza interiore. [...] ne risulta un linguaggio che può definirsi 'introspettivo', che ha per oggetto soprattutto la forma oltre che i contenuti dell'esperienza interiore” (Priori, 1957, p. 223).

Negli anni Sessanta, mentre la psichiatria si orientava sempre più verso le cliniche universitarie, i manicomi continuarono a operare come luoghi di reclusione. I mutamenti sociali evidenziarono l'inadeguatezza di tali strutture nel rispondere ai bisogni dell'assistenza psichiatrica. Un momento decisivo fu l'approvazione della legge 18 marzo 1968, n. 431, che impose agli istituti di riorganizzarsi in "divisioni" e di non superare le 625 degenze giornaliere, segnando così un passaggio fondamentale verso la dismissione delle grandi strutture manicomiali (Bonella *et al.*, 2002). L'Ospedale Santa Maria della Pietà venne diviso in due strutture psichiatriche con direzioni separate e dopo il 1976, i

servizi comuni furono riorganizzati e si istituì un unico ufficio amministrativo non sanitario.

La vita interna divenne progressivamente più democratica, con maggiore libertà di movimento, partecipazione dei pazienti alle assemblee e possibilità di espressione, in linea con le pratiche basagliane (si inserirono pratiche come la socioterapia, ludoterapia, musicoterapia, corsi didattici, soggiorni estivi).

Con la Legge 180/78, l'ex manicomio passò dalla gestione provinciale a quella del Comune di Roma e, dal 1979, entrò a far parte delle competenze delle Unità Sanitarie Locali (USL). Nel 1999, con la dimissione dell'ultimo paziente, l'istituzione manicomiale fu definitivamente chiusa. Gli edifici, svuotati e in parte riconvertiti, diedero vita a un centro dedicato alla memoria e alla testimonianza storica dell'ospedale.

### **Terza fase (1990 - oggi): conservazione della memoria storica**

Tra il 1988 e il 1990, la Soprintendenza archivistica per il Lazio avviò un primo intervento di ordinamento dell'archivio dell'Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà, curato da Anna Lia Bonella. Nel 1992 fu pubblicato l'inventario della documentazione, che copre il periodo dal XVI al XX secolo, sottolineando l'importanza della tutela del patrimonio archivistico sanitario per fini di ricerca e consultazione.

Nel 2000, grazie ai fondi destinati al Giubileo, furono restaurati cinque padiglioni da destinare ad attività culturali. Il 6 aprile dello stesso anno fu sottoscritto un primo protocollo d'intesa<sup>64</sup> per il riuso e la valorizzazione del complesso, assegnando 18 padiglioni all'Azienda Sanitaria Locale, 4 alla Casa dello Studente, 1 ad attività sociali e culturali, e 8 all'Università. Tuttavia, quest'ultima nel 2010 rinunciò all'acquisizione degli spazi previsti per il campus universitario.

Sempre nel 2000, il Ministero dei Beni Culturali approvò il progetto nazionale Carte da legare, volto al recupero degli archivi degli ex ospedali psichiatrici italiani. L'anno successivo, la società "Memoria" riorganizzò e catalogò nuovamente la documentazione della Santa Maria della Pietà, arricchendo il lavoro svolto da Bonella. Attualmente, l'archivio è conservato e consultabile presso la Biblioteca Scientifica Alberto Cencelli<sup>65</sup>, situata nell'edificio 26 dell'ex complesso manicomiale.

.....  
<sup>64</sup>. Tra la Regione Lazio, la Provincia, il Comune e l'Università degli Studi La Sapienza di Roma, confermato poi nel 2007.

<sup>65</sup>. Nata nel XVIII secolo da fondi privati appartenenti a medici che avevano "esercitato l'arte nell'ospedale dei pazzerelli", 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.

Secondo il Direttore Generale ASL Roma e dell'epoca, Dott. Franco Condò, tali iniziative hanno contribuito a riflettere sulla persistenza della soggettività del malato mentale anche in condizioni di segregazione istituzionale, offrendo una comprensione più autentica della sofferenza psicopatologica (Salera *et al.*, 1994). Oggi, la maggior parte dei padiglioni ospita servizi dell'ASL Roma 1, erogando servizi e prestazioni ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali, concentrate su cure per tutte le età. Mentre il Parco continua a essere un patrimonio botanico e naturalistico di valore. Dopo la chiusura definitiva dell'ospedale psichiatrico, l'Azienda Sanitaria ha promosso la memoria storica con iniziative scientifiche e culturali, come il Museo-Laboratorio della Mente. Tra le installazioni del Museo, spiccano "Portatori di Storie" – realizzato da Studio Azzurro nella biblioteca Cencelli – che racconta le storie di persone coinvolte nell'esperienza della malattia mentale, e "Ricordare il futuro", un'installazione innovativa – presente all'interno dell'archivio – in cui compare l'ologramma di un archivist che guida il visitatore nella ricostruzione storica del luogo.

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

Il Museo è uno dei simboli del progetto di riqualificazione del Parco di Santa Maria della Pietà, promosso dalla collaborazione tra l'ASL Roma 1 e la Regione Lazio. La sua integrazione all'interno del Dipartimento di Salute Mentale non rappresenta soltanto una scelta architettonica, ma è il risultato di un lungo percorso storico, culturale e scientifico, orientato alla promozione dell'inclusione sociale.

Dopo la chiusura definitiva dell'ospedale psichiatrico, nel 1999, fu avviato un programma di tutela e valorizzazione del patrimonio storico e documentale, che pose le basi per la nascita del Museo. Subito dopo le dimissioni degli ultimi pazienti, gli operatori coinvolti nel processo di superamento dell'istituzione manicomiale intrapresero la creazione di un percorso espositivo con l'obiettivo di trasformare un luogo di segregazione in uno spazio aperto alla cittadinanza, capace di promuovere l'inclusione e contrastare l'ideologia dell'esclusione.

Nel 2008, con il contributo di *Studio Azzurro*, il Museo si trasformò in uno spazio narrativo in cui arte, tecnologia e memoria territoriale si intrecciano in un'esperienza emotiva e immersiva. Due anni dopo, nel 2010, il Museo ricevette il prestigioso Premio ICOM Italia come *Museo dell'anno*, grazie alle sue innovazioni in ambito museografico e narrativo. Questo riconoscimento aprì la strada a collaborazioni internazionali, posizionando il Museo come punto di riferimento nella riflessione sulla memoria delle istituzioni manicomiali.



Fig. 25 • Museo Laboratorio della  
Mente di Roma. Foto  
delle sale "L'istituzione  
chiusa" e "La fabbrica  
del cambiamento".  
Foto dell'autrice, 2020.

Il percorso espositivo è documentato da una selezione fotografica, che illustra le tematiche affrontate e le modalità narrative adottate. La mostra si articola in sette sezioni tematiche che guidano il visitatore in un'esperienza interattiva e multisensoriale. Si inizia con un "muro simbolico" che rappresenta la separazione tra il mondo del manicomio e l'esterno, per poi proseguire con installazioni che esplorano le percezioni corporee e il vissuto emotivo, mettendo in discussione il confine tra normalità e diversità.

Durante il percorso, il visitatore è accompagnato dagli sguardi intensi di 24 ritratti realizzati dallo psichiatra Romolo Righetti nel 1930, durante il suo servizio presso l'ospedale. Queste immagini evocano le pratiche fisiognomiche di analisi dei tratti somatici, un tempo applicate ai pazienti. Seguono le storie individuali dell'internamento di Gianfranco Baieri e Oreste Fernando Nannetti, che contribuiscono a restituire voce e identità ai vissuti personali dei reclusi.

La visita si conclude con una serie di testimonianze storiche: la ricostruzione di camere di contenzione, la sala delle visite mediche, la consultazione digitale delle cartelle cliniche e, infine, video-documentari che raccontano le fasi della chiusura dell'ospedale psichiatrico.



# Architecture as Therapy? Nello spazio della salute mentale

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

Il ruolo sociale dei musei e delle istituzioni culturali è dunque fondamentale, poiché esse agiscono come strumenti del cambiamento attraverso le azioni e le pratiche inclusive che promuovono. L'arte e le istituzioni museali sono pertanto chiamate a farsi promotrici di inclusione, a sfidare 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 e scomodi.

In tal senso, tra i più recenti strumenti di sensibilizzazione alla salute mentale nell'ambito museale troviamo un progetto avviato nel 2022 dal *Cultural Welfare Center (CCW)*<sup>2</sup> il quale consisteva in un ciclo di seminari intitolato "Musei e salute"<sup>3</sup>. I seminari, inizialmente focalizzati su diverse attività nelle regioni del Piemonte e della Valle d'Aosta, approdano poi a Roma, dove il progetto si concretizza nell'esperienza del Museo Laboratorio della Mente del Direttore Pompeo Martelli, e a Milano con il progetto del MAPP. Altre regioni come Lombardia, Veneto e Toscana vengono coinvolte in quanto promotrici di percorsi diversificati all'interno dei luoghi di cultura, per sensibilizzare la comunità alle malattie mentali e degenerative, come l'Alzheimer e il Parkinson<sup>4</sup>. Tali progetti, come precedentemente osservato, si rivelano esemplari grazie al coinvolgimento degli artisti, intesi sia come strumenti terapeutici sia come narratori dell'identità del luogo.

La ricerca medica ha inoltre dimostrato che l'impegno culturale può essere uno strumento per l'autoesplorazione e per migliorare la sa-

- 
1. Titolo tratto dal testo *La follia gentile. Dal manicomio alla salute mentale* (Cavallari et al., 2018) che propone il passaggio dalla psichiatria di comunità a un modello orientato alla "salute mentale", in cui cittadini, utenti, familiari, agenzie educative e associazioni sociali diventano soggetti attivi nella promozione del benessere, in linea con le indicazioni dell'OMS.
  2. Un centro di competenza su Cultura e Salute 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/> MTA musei toscani per l'Alzheimer, <https://immaginar.io/musei-toscani-per-lalzheimer/>

lute 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 Metropolitan Museum of Art di New York stanno inoltre conducendo ricerche e sviluppando iniziative volte a migliorare la salute mentale a partire dai giovani (Pralormo, 2023). Tra queste, alcune iniziative rappresentative sono: 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; oppure le sessioni di yoga, *sound-bathing*, arte terapia e attività all'aperto organizzate dal programma "BeingWell" del Museo Peabody Essex; oltre all'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, a partire dal novembre 2021, ha avviato il simposio internazionale *Healing Arts*<sup>9</sup>, volto a sottolineare il ruolo dei musei nella promozione della salute mentale e del benessere. Parallelamente, il museo ha ideato il progetto *Your Met Art Box*<sup>10</sup>, un programma innovativo per portare l'arte direttamente nelle case di persone anziane o con disabilità, attraverso l'invio di materiali che stimolano i sensi e incoraggiano la riflessione e la discussione sulle opere d'arte. Grazie al successo ottenuto, l'iniziativa è stata ripresa e adattata da altre istituzioni museali statunitensi, come lo Smithsonian Institution.

- .....
5. 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. Arts on Prescription, <https://www.artsonprescription.org/>
  6. L'evento, organizzato da MuseumNext dal 31 gennaio al 2 febbraio 2021, ha riunito relatori che hanno presentato pratiche e progetti volti a trasformare i musei in spazi di benessere psicologico durante la pandemia e oltre. MuseumNext è una società inglese fondata da Jim Richardson nel 2009, specializzata nel coordinamento di eventi e nella promozione di comunità professionali per operatori museali a livello internazionale, attraverso seminari e convegni dedicati (MuseumNext, 2021).
  7. Mental Health and Wellbeing, <https://www.ox.ac.uk/students/welfare/mentalhealthandwellbeing>
  8. A Mindful Museum, <https://www.louvreabudhabi.ae/en/about-us/a-mindful-museum>
  9. Healing Arts Symposium, <https://www.culturunners.com/healing-arts-new-york>
  10. Your Met Art Box, <https://www.metmuseum.org/press-releases/your-met-art-box-2021-news>

## 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 infatti subito nel corso della storia un'evoluzione non solo linguistica, ma soprattutto sociale e culturale.

Dopo il secondo conflitto mondiale si assiste 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 opere in grado di far immedesimare lo spettatore con personaggi che appaiono distanti e pericolosi (Russo, 2023). Vengono coinvolti psichiatri e psicologi in questa narrazione, per facilitarne la comprensione e avvicinare il pubblico ai misteri della mente umana, producendo un sentimento di empatia verso una sofferenza che spesso è inespressa.

Il film statunitense *La fossa dei serpenti* del 1948 (Litvak, 1948), tratto dall'omonimo romanzo di Mary Jane Ward (1948), fu tra i primi a diffondere anche in Europa un'immagine cruda e realistica delle drammatiche condizioni all'interno delle istituzioni psichiatriche. Allo stesso modo, il numero monografico della rivista francese *Esprit* del 1952, intitolato *Misère de la psychiatrie* (Mounier, 1952), suscitò grande scalpore, portando all'attenzione pubblica il funzionamento dei manicomi attraverso contributi di filosofi, scrittori, psichiatri e internati, con testimonianze dirette di medici e pazienti. Nel 1948, l'Inghilterra ha istituito il “National Health Service” (NHS)<sup>11</sup> e ha cambiato il nome da *Asylum in Psychiatric Hospital*, con pari valore di un ospedale generale<sup>12</sup>. Nello stesso periodo, è stata fondata l'Organizzazione Mondiale Sanitaria (OMS)<sup>13</sup> con l'obiettivo di promuovere il benessere fisico, mentale e sociale della popolazione in tutto il mondo.

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 un

.....  
<sup>11</sup> Il nuovo sistema nazionale pubblico, istituito nel 1948 e tuttora attivo come servizio sanitario territoriale, <https://www.nhs.uk/mental-health/>

<sup>12</sup> In seguito, il *Mental Health Act* del 1959 modificherà il regime dei ricoveri in un sistema di psichiatria territoriale.

<sup>13</sup> In inglese World Health Organization (WHO), 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.

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 [...]” (WHO, 1948).

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 a 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” (Basaglia, 1964), dando vita a quel processo comunemente noto come deistituzionalizzazione: 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 (Basaglia, 2005, p. 7). 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>14</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>15</sup> (Basaglia, 1969; 1971). Comincia così 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 in Italia, 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.

.....  
**14.** La 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/> (ultima consultazione marzo 2023).

**15.** 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).

## 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 rimane il concetto di pericolosità e gli interventi si limitano a introdurre alcuni elementi correttivi nel sistema di internamento, non riuscendo così a disinnescare il “fascino discreto del manicomio” (Basaglia, 1979), 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 psichirurgia (Giannichedda, 2007)<sup>16</sup>.

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 legate ai diritti e alle libertà delle persone con disturbi mentali emergono con sempre maggiore evidenza a livello globale. L'OMS e il Consiglio d'Europa cominciano a occuparsi di campagne come “Stop Exclusion. Dare to Care”<sup>17</sup> – dove il termine “care”<sup>18</sup> inteso come “cura” rileva la necessità di *prendersi cura* – oltre che 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” (WHO, 2005). 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>19</sup>.

- 
16. Misure riportate nel manuale dell'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 giustificato 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 una struttura psichiatrica che rappresenti l'alternativa di minor restrizione” (WHO, 2005).
  17. 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. (Organizzazione Mondiale della Sanità. Ufficio Regionale per l'Europa, 2001).
  18. 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.
  19. Come specificato al punto 2 del programma delle priorità in: <http://www.conferenzasa->

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 (Esposito, 2019).

## **Demedicalizzare<sup>20</sup> l'architettura**

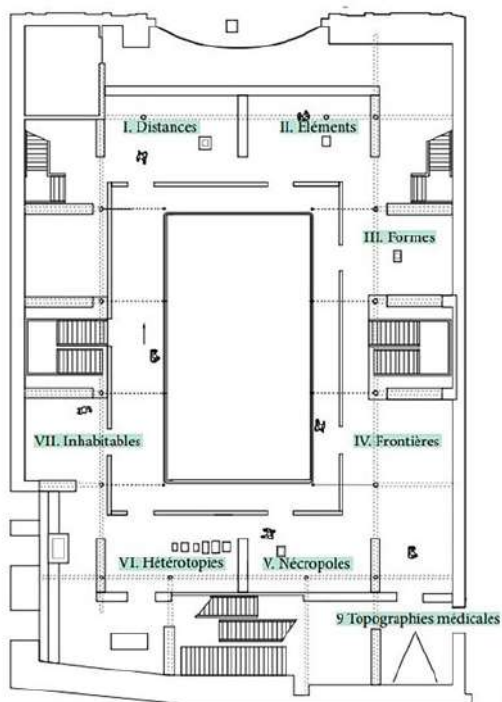
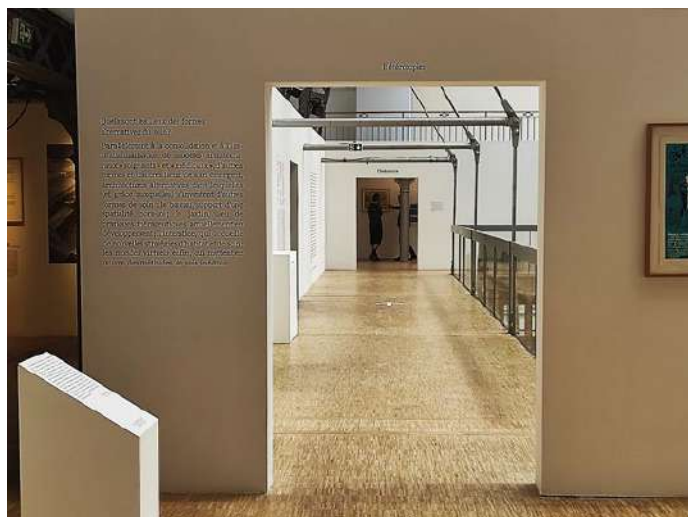
Gli ambienti museali precedentemente descritti offrono uno strumento di dialogo attraverso cui la comunità può esplorare le sue diversità e imparare a comprendere la salute mentale. Attraverso questi esempi viene raccontata l'evoluzione del rapporto tra salute mentale, architettura e luoghi, per mezzo dei musei, che si vengono a configurare come i dispositivi narrativi per eccellenza di questa evoluzione. Altri contesti museali esaminano, ad esempio, l'esperienza storica della salute mentale, analizzando i processi che hanno condotto all'attuale definizione di "stato di benessere generale". Nello specifico, le considerazioni di seguito fanno riferimento a due mostre allestite nel 2022, *Soutenir. Ville, Architecture et Soins* ospitata presso il Pavillon de l'Arsenal di Parigi, e *Sick Architecture* presentata nel CIVA Museum di Bruxelles.

Emergono dalle indagini le contraddizioni di una società contemporanea, che sembra affascinata, se non addirittura ossessionata, dalla nozione di salute e di cura. Una fascinazione questa, 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 (Colomina, 2019). All'interno dell'architettura questa medicalizzazione fa sì che gli spazi stessi vengano descritti come "malati" o "sani", incorporando sempre più soluzioni nel campo medico per affrontare problemi di salute (Borasi e Zardini, 2011).

Nonostante l'architettura sia storicamente legata alla salute, come già insegnava Vitruvio nel trattato *De Architectura* del I secolo a.C., essa ha contribuito anche a causare malattie, poiché ciò che veniva considerato salutare in una determinata epoca può trasformarsi in una minaccia per la salute nelle successive. Ogni periodo storico presenta così affezioni specifiche che influenzano la progettazione degli spazi. L'architettura moderna,

.....  
lute mentale.it/2020/05/28/ricominciamo-salute-mentale-e-servizi-di-comunita-problemi-pratiche-proposte-video-assemblea-sabato-30-maggio/ (Ultima consultazione: dicembre 2024).

**20.** Da *Demedicalization*: il processo mediante il quale un comportamento o una condizione, una volta etichettato come "malato", viene definito come naturale o normale. In <https://sociologydictionary.org/demedicalization/> (ultima consultazione dicembre 2024).



Plan B+1

Fig. 1 • Pianta espositiva e fotografia della mostra Soutenir. Ville, Architecture et Soins, allestita presso il Pavillon de l'Arsenal di Parigi. Immagine della pianta espositiva tratta dal catalogo della mostra. Foto dell'autrice, 2022.

ad esempio, è stata profondamente influenzata dalle malattie batteriche, in particolare dalla tubercolosi, che ha portato allo sviluppo di sanatori e a nuovi principi di design orientati alla salute (Campbell, 2005). Nel dopoguerra, invece, l'attenzione si è spostata verso le problematiche psichiatriche e la riforma degli spazi dedicati alla cura mentale (Ramsden, 2019). Oggi, nel XXI secolo, con la crescente diffusione di disturbi neurologici, l'architettura deve saper fornire conforto e prevenzione, tenendo conto delle interazioni tra ambiente e cervello, come evidenziato dagli studi recenti in neuroarchitettura (Abbas *et al.*, 2024). Le condizioni cliniche che caratterizzano gli ambienti costruiti contemporanei includono patologie quali depressione, ADHD, disturbi borderline di personalità, sindrome da burnout, allergie e ipersensibilità ambientali, sottolineando la necessità di progettare spazi che favoriscano il benessere fisico e mentale.

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 (Neutra, 1953).

Sui manuali di progettazione come *l'Architects' Data* (Neufert, 1936) sono apparsi per la prima volta casi di individui rappresentati apertamente come donne, bambini e persone su sedia a rotelle (Diffrient *et al.*, 1974-81). Architetti come Aino e Alvar Aalto hanno rivoluzionato il rapporto tra patologie e architettura sanitaria, riconoscendo come l'architettura tradizionale spesso trascuri le esigenze di chi vive in condizioni non standard. Emerge così come la progettazione pensata per l'individuo in posizione più debole, automaticamente prenda in considerazione anche tutte le altre.

Tali riflessioni sono fortemente riemerse 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 tra l'architettura e la prevenzione, tra la città e la salute. Si sollevano così 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 che del solo contenerci.

Nella mostra *Soutenir* ad esempio, appaiono immagini dell'inaugurazione del primo Hôtel-Dieudi Parigi, che al tempo rappresentava la materializzazione delle massime ambizioni umanistiche e sanitarie della comunità, trasformatosi in luogo di reclusione e sofferenza. Altre fotografie nella stessa mostra testimoniano invece la demolizione dei primi ospedali nonostante il pregio architettonico. La distruzione di tali strutture serve a rimuovere il ricordo doloroso, creando così un'apertura che si ritiene possibile solo con la perdita dello spazio originario, in funzione di una nuova progettazione. Compaiono anche illustrazioni e disegni di strutture sanitarie nate dalla sperimentazione medi-

co-architettonica influenzata dalle esperienze americane, come l'Ospedale "verticale" di Beaujon<sup>21</sup> – che rimanda chiaramente al *Weill Cornell Medical Centre* di New York del 1932 – la cui riconversione è attualmente in discussione (Severo e Bonneau, 2019). Un'ulteriore testimonianza in tal senso è offerta dai progetti dell'architetto Paul Nelson, che introducono in Europa la verticalità nel sistema ospedaliero (Severo, 2015), come dimostrano la *Cité Hospitalière* di Lille (1932), l'Ospedale di Saint-Lô (1946–1954) e, infine, il Centro Sanitario di Arles (1971–1974), il cui impianto anticipa lo schema del celebre *Prentice Women's Hospital* di Chicago, progettato da Bertrand Goldberg nel 1975. In relazione alla sperimentazione sulla forma, vengono menzionate figure esponenti della Psicoterapia istituzionale francese, un movimento che mira a "un'umanizzazione" e trasformazione degli Ospedali Psichiatrici; ricordiamo tra questi François Tosquelles e Lucien Bonnafé<sup>22</sup>, che lavorano insieme per la clinica Saint-Alban risalente al 1950, considerata la più innovativa dell'epoca nel territorio francese. L'organizzazione della struttura ospedaliera era difatti 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" (Bonnafé, 1992), è il primo a introdurre il concetto di "atmosfera" riferendosi all'influenza dell'ambiente sui soggetti, sia in termini positivi che negativi. Lo psichiatra sostiene quindi che 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 intraprende una collaborazione con il medico Philippe Paumelle, uno dei maggiori esponenti del movimento di settorializzazione, per sperimentare nuove forme di architettura psichiatrica (TenHoor, 2022). Tutto ciò avviene similmente nella collaborazione, avvenuta anni prima, tra lo psichiatra britannico Humphry Osmond e l'architetto Kiyozumi, che condussero una serie di sperimentazioni presso il *Weyburn Mental Hospital* in Canada. Il loro lavoro si distinse a livello mondiale per l'adozione di pratiche di immedesimazione nel paziente basate su metodi alternativi<sup>23</sup> tra cui l'assunzione di

.....  
 21. Progettato nel 1935 a Clichy dagli architetti Jean Walter, Louis Plousey e Urbain Cassan.

22. 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.

23. Dal 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'LSA al mondo. Le sensazioni descritte a accompagnare l'esperienza con l'LSA 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

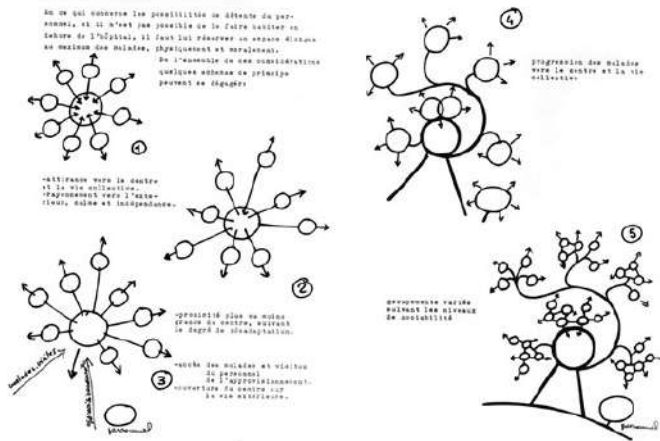


Fig. 2 • Diagrammi sul concetto riabilitativo all'interno della società del paziente ricoverato in cliniche psichiatriche, realizzati dall'architetto Nicole Sonolet per il progetto Soisy-sur-Seine, 1960. Pubblicato in Tenhoor, M. (2022). Rielaborazione grafica dell'autrice.

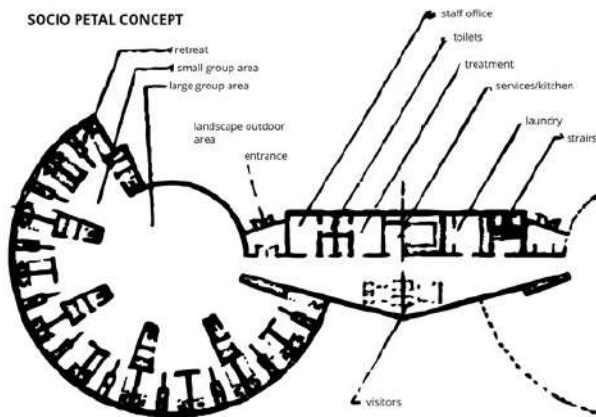


Fig. 3 • Diagramma sul concetto di spazio socio-petalo, realizzato dall'architetto Kiyoo Izumi, 1965. Pubblicato in Dyck, E. (2010). Rielaborazione grafica dell'autrice.

sostanze psichedeliche come LSD, con l'obiettivo di comprendere meglio le distorsioni percettive associate alle malattie mentali (Osmond, 1957).

Dai loro studi emersero concetti fondamentali per descrivere come l'ambiente costruito possa influenzare le interazioni sociali e il benessere psicologico degli individui, distinguendo tra spazi *sociofughi* – progettati per inibire l'interazione sociale, favorendo isolamento e separazione – e spazi *sociopetali*, pensati per facilitare le relazioni sociali, incoraggiando l'incontro e la comunicazione tra le persone (Dyck, 2010).

Attraverso le mostre e le esperienze sopracitate, è possibile comprendere il rapporto tra salute mentale e architettura, e la sua evoluzione nel tempo. I musei, come abbiamo avuto modo di constatare, si configurano non solo come spazi espositivi, ma anche come dimensioni di riflessione e dialogo, capaci di intrecciare storie personali, prospettive sociali e analisi spaziali per una comprensione più profonda e inclusiva della relazione tra salute mentale e ambiente costruito.

Queste esperienze però non si limitano a questo, ma sono anche in grado di mostrare l'impatto e il contributo della rivoluzione basagliana, come momento di svolta nella storia della psichiatria. In Italia, grazie alla legge 180 si è apportato un cambiamento radicale, che inevitabilmente porta al confronto con le esperienze degli altri paesi. Le mostre prese in esame forniscono una ricca documentazione visiva che permette di ricostruire la storia del movimento per la deistituzionalizzazione della psichiatria italiana.

È significativo l'affiancamento di una foto che testimonia la sfilata di Marco Cavallo a Trieste, del 1973 – simbolo della liberazione del malato dall'istituzione e la proclamazione del suo ingresso nella società – a un articolo di una rivista francese del 1993 intitolata “*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. 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 considerando che il primo dibattito tra i due Paesi, sul destino delle architetture manicomiali e sulla questione della salute mentale, avvenuto nel 1967 sulla rivista *Recherches*, aveva già mostrato come le due parti non si muovessero in direzioni convergenti.

In quell'occasione Franco e Franca Basaglia, insieme allo psicologo Minguzzi, pubblicarono l'articolo *Exclusion, program-*

.....  
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 (Dyck, 2010).

*mation et intégration*, nel quale esprimevano la loro contrarietà alla costruzione di nuove strutture istituzionali, considerate una mera riproposizione del modello tradizionale del rapporto tra società e paziente. L'intervento, ritenuto eccessivamente provocatorio dalla redazione, suscitò forti discussioni e reazioni contrastanti: inizialmente previsto per il numero speciale *Programmation, Architecture et Psychiatrie (Recherches, n. 6)*, venne infine relegato a un fascicolo parallelo e meno centrale, intitolato *En marge du numéro spécial. Architecture, Programmation, Psychiatrie (Recherches, n. 5)*.

# Le architetture per la cura

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 che privilegia l'espressione e la dignità. Viene riconosciuto che l'ambiente svolge un ruolo fondamentale nel migliorare lo stato emotivo e fisico dell'individuo, dove il sentirsi parte di una comunità gioca un ruolo fondamentale nell'aspetto curativo.

La visione dell'architettura come forma terapeutica ha spinto medici, psichiatri e architetti a collaborare nella trasformazione degli spazi di cura. 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.

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, che offra ai pazienti la possibilità di scegliere tra spazi privati o comuni, supportati da servizi assistenziali e da una rete sociale (Kovess-Masfèty, e Severo, 2017).

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. L'architetto deve adattarsi alle tecniche della psicoterapia istituzionale e 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 a escludere il malato dalla società dei sani. Per risolvere la questione occorre che la psichiatria sociale e l'architettura collaborino

in 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 (Basaglia *et al.*, 1967, pp. 75-84).

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?**

Si chiedeva provocatoriamente Paul Noble in un articolo pubblicato su *Metropolis* (Noble, 1999). Questa riflessione ruota attorno al *Lindemann Mental Health Center* di Boston, progettato nel 1971 dall'architetto Paul Rudolph, parte del più ampio *Boston Government Service Center*. Con il Lindemann Center, l'architetto ambiva a creare un ambiente che riflettesse gli stati mentali interiori dei pazienti affetti da Alzheimer, demenza e schizofrenia. L'edificio, oggi spesso citato come esempio emblematico di brutalismo istituzionale, è divenuto un controverso caso di studio sulla relazione tra architettura e salute mentale (Pasnik, 2015).

Ironia vuole che il centro prenda il nome da Erich Lindemann, stimato psichiatra che aveva approfondito gli effetti psicologici del rinnovamento urbano, ponendo le basi per un dibattito pionieristico sull'impatto dell'ambiente costruito sul benessere psichico. Lindemann fu una figura chiave nel promuovere una visione integrata tra spazio urbano e salute mentale, sottolineando come la qualità dell'ambiente potesse influenzare le emozioni, i comportamenti e la stabilità psicologica degli individui (Noble, 1999).

Tuttavia, nonostante l'intenzione di creare un luogo dedicato alla cura mentale, l'architettura del Lindemann Center – con le sue forme massicce, spazi scenografici e disorientanti e materiali freddi (Rohan, 2014) – è attualmente nota come esempio di un progetto architettonico che può generare disagio psicologico invece di alleviarlo. Un paradosso che solleva interrogativi profondi sul ruolo dell'architettura non solo come contenitore funzionale, ma come agente attivo nella costruzione del benessere mentale. La questione, sorta intorno al 1960-70, da architetti, psichiatri e filosofi, "Come può un'architettura prendersi cura delle persone?" è da considerare ad oggi ancora aperta, poiché le possibili risposte non esauriscono il suo significato. È ormai riconosciuta l'influenza dell'ambiente sul benessere psico-fisico. A partire dagli anni '80 si afferma una nuova modalità di progettazione delle

strutture sanitarie, che tiene progressivamente conto del punto di vista degli utenti. Un esempio significativo è l'approccio dello *User-Centered Design*, ovvero una progettazione incentrata sull'Utente: un processo di risoluzione dei problemi che implica la comprensione dei comportamenti e delle esigenze degli utenti da parte dei progettisti, i quali devono anticipare le modalità d'uso del prodotto e verificarle tramite test di usabilità e accessibilità (Cooley, 1978). Diventa essenziale un aspetto dell'architettura 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, l'adattabilità e la flessibilità, la connettività (Severo e Bonneau, 2015).

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 (Castelbajac e Quintin, 2021, pp. 617-625). 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 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 (Calkins, 2018) 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 scoprendo così 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 (Ulrich, 1984).

Questo dà vita a un approccio architettonico basato sul *Healing Environment*, ossia “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 a intervenire con accorgimenti che coinvolgono la struttura. Negli anni ‘90 si diffuse in America l'*Evidence-Based Design Approach* (EBDA)<sup>24</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 a 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, 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, in Arizona, una conferenza che ha riunito architetti e scienziati intitolata “Minding Design: Neuroscience, Design Education and the Imagination”. 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* (Connellan et al., 2013) 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>25</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 (Ivi, p. 131). I risultati hanno indicato un aumento della prova dei benefici del design terapeutico

.....  
24. L'acronimo deriva da EBM-EvidenceBased 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 a escludere possibilità di errore, in <https://www.gimbe.org/eb/definizione.html>

25. La 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.

tico sul benessere dei pazienti e del personale, suggerendo ulteriori domande e considerazioni sulla progettazione, sugli 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* (Dennard, 1997, pp. 451-460) 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 (Frampton *et al.*, 2004)<sup>26</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>27</sup> (Antonovsky, 1996). L'articolo pubblicato su *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* supporta l'uso del design per facilitare l'intenzione e la consapevolezza, le relazioni, la promozione della salute e i trattamenti collaborativi (Frampton *et al.*, 2004). 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 (Golembiewski, 2017, pp. 1-13). 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 (Mazuch e Stephen, 2005); 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 (McLachlan e Leng, 2021).

26. 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.

27. Dal termine "salutogenesi" che indica la ricerca dei fattori che promuovono la salute (*salutogenesi* deriva dal latino *salus* = salute e dalla parola "genesì" 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 può influenzare la risposta immunitaria.

Aspetti emersi in altri studi (Wykes *et al.*, 2018) 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 (Curtis *et al.*, 2009) a sostegno del fatto che la sola architettura e il design non possano generare risultati positivi se non combinati con ambienti sociali in supporto (Connellan *et al.*, 2013).

Questo dialogo interdisciplinare 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 (Bruzzese e Longo, 2011). 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 (Scheda, 2020). Riconoscendo 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 (Sen, 2000).



# Wooden Forest. Ipse de Bruggen Foundation, Nieuwveen

*Enabling health, care and well-being through design* Research è il titolo della 5ª 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. 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 partecipazione al Convegno con il contributo *Waiting areas places of encounter between therapy and society* (Di Prisco, 2022) 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 (progettato da EGM Architects), un centro medico universitario completamente ristrutturato nel 2017, e la *Nieuwveen Ipse de Bruggen* (un progetto di 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, che permette di osservare l'esperienza maturata in studi di architettura che si sono concentrati su come le nuove costruzioni, progettate ex novo, possano migliorare concretamente le cure per la salute mentale, adattandosi alle esigenze specifiche degli utenti.

Fig. 4 • Ospedale Erasmus Medical Centre. Foto dell'autrice, 2022.



## Erasmus Medical Centre (EMC)

L'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, dove 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 avviene grazie all'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 e 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.

## Wooden Forest, Zig Zag House e la camera di Dolf

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

Progetto  
**Erasmus Medical  
Centre**

Progettista  
**EGM Architects**

Anno  
**2009-2017**

Localizzazione  
**Rotterdam, Paesi  
Bassi**

Area di estensione  
**207000 mq**

Fotografie  
**Martina Di Prisco**

Fonti  
**[www.egm.nl](http://www.egm.nl)**

Fig. 5 • Ospedale  
Erasmus Medical  
Centre. Foto  
dell'autrice, 2022.



Fig. 6 • Uno degli spazi d'attesa della residenza Wooden Forest.  
Foto dell'autrice, 2022.

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.

## Wooden Forest

Nel 2015 la Fondazione Ipse de Bruggen<sup>28</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" disposto lungo l'ingresso principale e 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.

## Zig Zag House

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, com-

Progetto  
**Wooden Forest**

Progettista  
**AM\_A Andrea Möhn  
Architetti**

Anno  
**2015-2018**

Localizzazione  
**Nieuwveen,  
Eindhoveen, Paesi  
Bassi**

Area di estensione  
**5220 mq**

Fotografie  
**Martina Di Prisco**

Fonti  
**www.am-a.eu**

<sup>28</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.ipsede-bruggen.nl/>).



posta 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.

## La camera di Dolf

All’interno del complesso spicca un altro progetto altrettanto rilevante, la Camera di Dolf, completata nel 2013, che precede la costruzione delle altre strutture. Questo progetto nasce su iniziativa dell’organizzazione di cura e supporto Ipse de Bruggen, in risposta a una serie di eventi spiacevoli legati all’inadeguatezza degli ambienti abitativi rispetto alle esigenze dei loro clienti. Nel 2011, l’organizzazione decide quindi di affidare allo studio Andrea Möhn Architects l’incarico di analizzare gli spazi costruiti e verificare le necessità 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” (Möhn, 2021), che prevede entro quattro anni, la *personalizzazione* di altre dodici stanze del centro, 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 d’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

Progetto  
**Zig-Zag House**

Progettista  
**Sarah Blee,  
Mohn+Bouman  
Andrea Möhn (AM\_A  
Architetti)**

Anno  
**2012-2015**

Localizzazione  
**Nieuwveen,  
Eindhoven, Paesi  
Bassi**

Area di estensione  
**4.800 mq**

Fotografie  
**Martina Di Prisco**

Fonti  
**www.am-a.eu**

Fig. 7 • Uno degli ingressi alla residenza Zig-Zag House. Foto dell’autrice, 2022.

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.

Per il progetto e lo sviluppo degli spazi 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 a 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. 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 al parere dei medici, nonostante si temesse 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 sul progetto

Nonostante il centro sanitario per disabilità cognitive Nieuwven 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 terapeuti 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 nel fronte alle sfide ed esigenze 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.

# 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 (Medeghini, 2013), 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 (Medeghini, 2013). Una capacità di osservazione e comprensione della realtà tale è utile quando il rapporto tra salute mentale e architettura viene ampliato tenendo in considerazione un contesto più ampio, composto dalle città e dalla società in generale.

Le riflessioni poste dai sociologi appartenenti alla corrente dell'*interazionismo simbolico* (Blumer, 1969) pongono l'esperienza della relazione sociale al centro della costruzione del sé e della mente: la propria identità e il pensiero emergono nella relazione con gli altri; la comunicazione e il significato della personalità sono inestricabilmente connesse e in interazione reciproca (Mead, 2015). La Scuola di Sociologia Urbana di Chicago si ferma 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 (Bulmer, 1984).

La città non viene considerata come una costruzione artificiale, ma come parte integrante dei processi vitali della gente che la abita (Park *et al.*, 1925; 1984). Pertanto, diventa essenziale osservare la struttura della 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 (Capuano, 2020).

Il saggio "La vita nelle metropoli" di Georg Simmel (Simmel, 1995), che influisce sulle teorie dei sociologi americani, racconta la cit-

tà del Novecento attraverso i suoi modelli relazionali, esaminando come i singoli individui siano in grado di adattarsi a una varietà crescente di ruoli e situazioni che possono verificarsi nella vita di una città. Definisce le metropoli come luogo di “sovra-stimolazione sensoriale” dove “la vicinanza e l’angustia dei corpi rendono più sensibile la distanza psichica” (Simmel, 1995, pp. 42-49), portando l’individuo ad alienarsi per difendersi dagli “stimoli nervosi e contraddittori” che essa provoca. Di conseguenza, per adattarsi all’ambiente, l’uomo ha sviluppato un organo di difesa chiamato *intelletto*, il quale lo protegge dagli stimoli eccessivi a cui è esposto (Simmel, 1995, pp. 42-49).

Studi recenti invitano a riflettere su come gli ambienti siano in grado di influire sul nostro stato di benessere, 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 (Davidson e Henderson, 2016). Bisogna di conseguenza riconoscere che alcune strutture architettoniche e urbane potrebbero non essere adeguate ad accogliere tutti i residenti nella loro eterogeneità, e chiedersi come possiamo affrontare la sfida di fornire condizioni di vita più inclusive per chi ha una sensibilità diversa<sup>29</sup>.

## Verso una città inclusiva

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 *prosemica*<sup>30</sup> (Davidson e Henderson, 2016) 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 a una città consapevole

.....  
29. Alcuni degli argomenti trattati nel Capitolo 2 del seguente volume, riguardo gli studi urbanistici e le sensorialità atipiche sono stati oggetto di studio e pubblicazioni durante il corso del dottorato dell’autrice, finalizzate a una progettazione inclusiva attraverso gli spazi soglia. Si fa riferimento in particolare a: “Tra città e casa: lo spazio-tempo della soglia come esperienza dell’alterità” (Scavuzzo et al., 2020); “Alterità fisica e mentale nella città. Quando una cura non c’è” (Di Prisco et al., 2020); “Gli interni soglia come esperienza dell’alterità” (Di Prisco, 2021); “Waiting areas as places of encounter/inter-therapy and society” (Di Prisco, 2022).

30. “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 (<https://www.treccani.it/enciclopedia/prosemica/>, ultima consultazione: marzo 2023).

dell'importanza della salute pubblica e che adotta strategie per migliorare costantemente le opportunità all'interno di un contesto costruito e sociale (Holt-Lunstad, 2020).

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 diversi individui si relazionano con le loro differenze, mentali, fisiche e percettive (Kovess-Masfety e Severo, 2017). 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 (Bogdashina, 2011), 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>31</sup> (Richer e Nicoll, 1971), 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 spesso trascurato l'orientamento topografico della città, nonostante questa dimenticanza possa incidere negativamente sull'inclusività e sulla sicurezza (Frau, 2015): malattie come l'Alzheimer, o altre patologie che conducono a 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>32</sup> (Frau, 2015) – immediatamente leggibili, riconoscibili, familiari e singolari. Risultano determinanti, inoltre, gli elementi che inducono a una stimolazione sensoriale (visiva, tattile) a cui segue una risposta immediata che non richieda un'interpretazione a livello intellettuale (Söderström, 2016).

.....  
31. Risale 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.

32. L'autrice si riferisce dunque a 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..".

Analizzando la questione dello spettro autistico, gli studiosi evidenziano come il corpo fisico e sociale si relazionino con l'ambiente in modo *atipico* (Bogdashina, 2011), generando specifici bisogni spaziali legati alle azioni quotidiane (Talu e Tola, 2018a). Problematiche come l'anomala percezione sensoriale, il rischio di sovraccarico percettivo o la necessità di comunicare utilizzando un sistema di immagini sono riconosciute come ricorrenti “funzionamenti urbani atipici” (Terzi, 2010) nelle persone autistiche. L'obiettivo del progettista dovrebbe dunque mirare alla promozione della “capacità urbana” (Blecic *et al.*, 2018) individuale di muoversi autonomamente e in sicurezza per accedere a spazi e servizi della città.

In *Sensing the City: an Autistic Perspective* (Beale-Ellis, 2017), 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 a essi la possibilità di ridurre lo stress e riequilibrare da eventuali sovraccarichi sensoriali (Sachs e Vincenta, 2011) attraverso una progettazione organizzata e diversificata, riconoscibile dal tipo di pavimentazione e vegetazione (Gaudion e McGinley, 2012).

Altre teorie si focalizzano invece sulla relazione della persona con il contesto non solo in termini di interazione fisica, ma anche sociali. Nel manuale *At Home with Autism* (Ahrentzen e Steele, 2016) 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 (Beaver, 2010, pp. 2-5), per incentivare un senso di comunità.

Le urbaniste Valentina Talu e Giulia Tola, nel contributo “Politiche e progetti integrati per la promozione e progettazione di città autism-friendly” (2018b), individuano come elemento chiave per favorire l'autonomia di movimento delle persone con disabilità cognitive la creazione di *spazi quieti* all'interno della città di Sassari, in particolare nel quartiere del Sacro Cuore. Tali spazi possono essere ricavati da aree sottoutilizzate o porzioni residuali, valorizzate attraverso una regolamentazione mirata della mobilità carrabile e della sosta dei veicoli. In questo modo, si promuove una circolazione autonoma per persone con sensibilità diverse, offrendo al contempo luoghi di sosta e di incontro per la cittadinanza.

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" utile per progettare città più inclusive per le comunità con persone "adulte con autismo e altre disabilità o limitazioni neurologiche" (Decker, 2014). 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: a new Bell Street designed to accommodate those on the autism spectrum* (Saitelbach, 2016), si concentra sulla necessità di ripensare gli spazi pubblici nelle strade della città di Belltown, a Seattle. 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*.

I *pocket parks*, gli spazi di quiete e le aree designate per le soste e il movimento progettati dai sopracitati architetti e urbanisti, possono essere considerati come "spazi di soglia temporali", pensati sia per il riparo che per la socializzazione. Si tratta di *microspazi* pubblici caratterizzati dall'elevata qualità sensoriale, ideali per riposare e trovare conforto. In questi luoghi, una persona con autismo o difficoltà sensoriali di varia natura, può prendersi una pausa dall'iperstimolazione e dal sovraccarico percettivo, riuscendo così a fuggire da una situazione potenzialmente critica e ristabilire l'equilibrio dei propri sensi. Questi spazi, infatti, possono essere letti come "spazi-soglia", legati al tempo del rifugiarsi (Scavuzzo *et al.*, 2020), una tipologia che sarà approfondita nel capitolo successivo. 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 a 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 a un miglioramento generale della qualità della vita nelle nostre città.

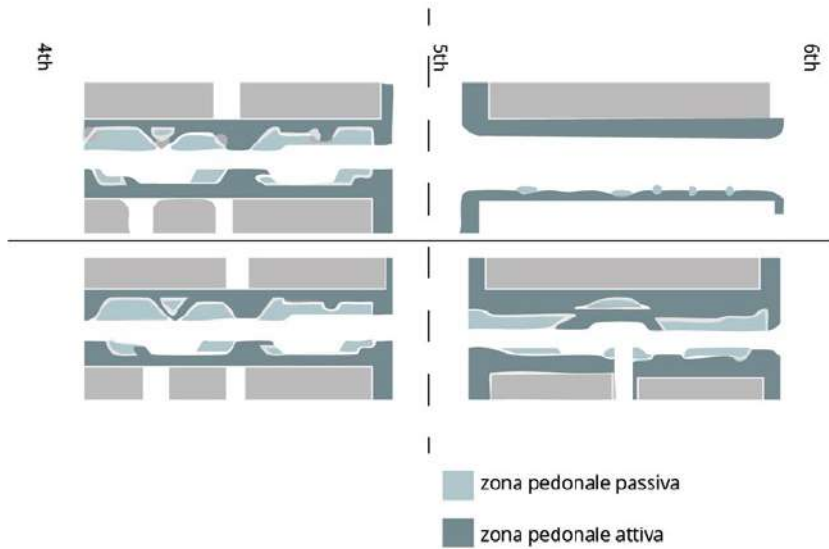


Fig. 8 • Diagramma che mette a confronto gli spazi dedicati al movimento attivo, come il camminare, e quelli destinati ad attività passive, come la sosta, progettati per New Bell Street da Josh Saitelbach, 2016. Rielaborazione grafica dell'autrice.

## Addomesticare lo spazio

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 (Grievess, Jeffery, 2017). 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 di 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 (Di Prisco, 2021).

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" (Mandich, 2010) dello spazio pubblico basato sulle azioni quotidiane di ciascuno, al fine di dare un nuovo significato allo spazio, trasformandolo in un luogo familiare (Jackson e Nicholas, 1988). 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 e accoglierne gli abitanti (Norberg-Schulz, 1984).

La pianificazione urbana comincia, tra gli anni '50 e '60, a orientarsi verso l'idea di dare forma ad ambienti flessibili in cui il soggetto possa personalizzare lo spazio, sia individualmente che in gruppo, spostando l'attenzione sulla reale consistenza pubblica dello "spazio personale" (Leveratto, 2017). Questo avviene 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 (Smithson, 1957, p.602). Lo *spazio personale* a cui si fa riferimento è inteso difatti nella definizione che lo psicologo Robert Sommer descrive (Sommer, 1959) a seguito delle indagini condotte con lo psichiatra Humphry Osmond e con l'architetto Kiyozumi 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 (ricordando la differenza tra lo spazio sociofugo e sociopetalo schematizzati da Osmond nel 1957). 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” (Hall, 1966, pp. 150-151).

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 (Madanipour, 2003).

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 “adomesticazione” che la costruzione architettonica offre, sviluppando forme alternative di coinvolgimento e inclusione.

# Questione di empatia: il Sé e l'Altro

Possiamo dunque affermare che la percezione sensoriale e spaziale di un individuo non è circoscritta al singolo individuo, ma viene incorporata nelle relazioni sociali (Schutz, 1932), passando da una dimensione soggettiva ad una intersoggettiva.

Il tema dell'*intersoggettività* viene inserito nelle "Teorie della mente" (ToM)<sup>33</sup> dagli psicologi americani David Premack e Guy Woodruff (Premack e Woodruff, 1978) 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* (Lacan, 1973). 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. L'esperienza percettiva non è altro che il nostro fare fronte all'ambiente in quanto dotati di un corpo (Gallagher e Zahavi, 2008, p.154), 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" (*Einfühlung*) coniato da Robert Vischer (Vischer R. e Vischer T., 1872), descrive il modo in cui il sistema nervoso si adopera "per sentirsi dentro", per entrare in contatto con il mondo.

---

33. Il termine deriva da *Theory of Mind* che consiste nella capacità cognitiva di riuscire a rappresentare gli stati mentali propri e altrui, in <https://www.stateofmind.it/2017/03/teoria-della-mente-2/> (ultima consultazione: dicembre 2022).

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 (Mallgrave, 2018).

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 le separa "dagli altri", poiché incapaci di intuire le emozioni altrui (Duffy e Dörner, 2011, p.202). Milton ritiene, invece, che la mancanza di comprensione tra persone con sensibilità diverse sia un problema di incomprensione reciproca "Il problema della doppia empatia" (Milton, 2012, p. 884) che, nonostante l'accezione di reciprocità, consente ad alcuni di ritenersi *normali*, mentre altri vengono categorizzati *a-normali* sulla base di un deficit sociale (Belek, 2019, p.4). 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*<sup>34</sup> a non riuscire a comprendere pienamente chi è *neurodivergente* (Singer, 1998b), mentre quest'ultimo, dovendo adattarsi ai codici sociali dominanti, può sviluppare una maggiore consapevolezza delle norme culturali (Milton, 2012).

Il problema si accentua quando la neurodivergenza viene percepita come "deviazione dalla norma" e quindi come *anormalità*. In questo contesto, la differenza non è vista solo in termini statistici, ma assume una connotazione negativa, dove l'individuo viene considerato "altro" rispetto a sé e assimilato a una presunta condizione patologica. Questa lettura alimenta stigma ed esclusione sociale, poiché la persona viene definita in base alla distanza da un modello considerato "corretto" o "standard" (Tajfel e Turner, 1979).

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 (Lacan, 1973). È proprio attraverso questo atto di superare i confini tra le diversità che si aprono "zone liminali, o spazi di ambiguità e discontinuità" (Sibley, 1995) dove è possibile sfidare la paura di ciò che è sconosciuto, permettendo la formazione e trasformazione delle identità.

---

34. Il termine *neurotipico* è nato nella comunità autistica per indicare chi non presenta neurodivergenza. In origine si riferiva solo a persone non autistiche, ma col tempo si è esteso a chiunque non presenti condizioni neurologiche atipiche.

## Il normale e il patologico

Secondo l'opera "Il normale e il patologico" del filosofo Georges Canguilhem (1998), lo stato patologico si manifesta quando l'individuo avverte un'incapacità di adattarsi all'ambiente, alle norme culturali e storiche, percependo la propria condizione non come una variazione possibile, ma come una malattia da correggere: "l'essere malato è un modo di vivere un rapporto diverso con l'ambiente" (Canguilhem, 1998, p. 63). Di conseguenza, le condizioni ambientali e di vita influenzano profondamente ciò che viene considerato normale: "la norma è sempre una creazione originale del vivente che si adatta" (Ivi, p.78). Il termine "normale" deriva dalla parola latina *norma*, che indicava una squadra da falegname, mentre *normalis* significava perpendicolare. Questa etimologia mostra come i termini "norma" e "normalità" rimandino a un'azione di "raddrizzamento", "rettifica", con applicazioni in ambiti tecnici e morali (Ivi, p. 56).

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 sullo sviluppo del bambino sulla personalità adulta. Nel 1943, l'anno in cui veniva pubblicata per la prima volta l'opera di Canguilhem, lo psichiatra Leo Kanner condusse uno studio su 11 bambini presso il *Johns Hopkins Hospital*, descrivendo un quadro clinico caratterizzato da mancanza di contatto emotivo con la realtà, isolamento, comportamenti atipici, difficoltà nell'utilizzo del linguaggio e nella comunicazione (Kanner, 1943). Tali disturbi erano stati associati a una patologia psichica nota come *autismo* (dal greco *αὐτόςαὐτός*, "se stesso"), introdotta nella letteratura medica dallo psichiatra svizzero Eugen Bleuler nel 1911, come sintomo comportamentale considerato parte della schizofrenia (Bleuler, 1911).

Le cause dell'autismo sono state storicamente ricondotte a fattori di natura familiare o ambientale. Tra le ipotesi familiari, si è parlato di una carenza affettiva dovuta a un "rapporto inadeguato" tra madre e figlio, soprattutto in contesti borghesi o altolocati, dove si presumeva un legame emotivamente distante. Questa teoria, oggi superata, fu sostenuta da Bruno Bettelheim nel suo libro *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self* (1967), in cui coniò l'espressione "madri frigorifero" per indicare figure materne fredde e incapaci di offrire calore emotivo. Sul versante ambientale, si è ipotizzato che l'autismo potesse derivare da difficoltà di adattamento a un contesto sociale e culturale, facendo riferimento al caso emblematico di Victor dell'Aveyron, il cosiddetto "bambino selvaggio", cresciuto isolato dal mondo umano e incapace di integrarsi nei codici della comunicazione sociale (Barbetta, 2020).

Negli anni Ottanta si assiste a un vero cambio di paradigma nella classificazione dell'autismo. Nel 1979, la psichiatra Lorna Wing, insieme a Judith Gould, introdusse il concetto di *condizione dello spettro autistico* per descrivere una gamma di atipicità cognitive e comportamentali (Wing e Gould, 1979). Questa nuova definizione segnò un passaggio fondamentale: l'autismo cessò di essere considerato una malattia da curare e iniziò a essere riconosciuto come un insieme di condizioni individuali rientranti nella naturale variabilità neurologica umana. Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980) definisce finalmente l'autismo come entità distinta, separata dalla schizofrenia infantile e i vecchi concetti di *psicosi infantile* vennero abbandonati nella descrizione dell'autismo (Volkmar et al., 2012). Si confermò così la sua natura biologica, indipendente da fattori psichici (Rutter, 1978; Folstein e Rutter, 1977). Parallelamente, le politiche di deistituzionalizzazione fornirono una nuova cornice per la classificazione delle persone con disabilità dello sviluppo, portando a un'estensione dello spettro autistico e all'emergere di nuove categorie diagnostiche come quella dei "bambini atipici". Tale evoluzione fu favorita anche dall'introduzione di programmi di intervento precoce, trattamenti in comunità ed educazione speciale (Eyal et al., 2010). Uno studio di archivio condotto sull'ex manicomio di San Servolo a Venezia (Russo et al., 2014) ha messo in luce i limiti della nosografia psichiatrica di fine Ottocento, mostrando come alcuni pazienti presentassero difficoltà relazionali che, secondo le attuali conoscenze, potrebbero essere collocate nello spettro autistico. In questo contesto maturò anche il concetto di *neurodiversità*, introdotto nel 1998 dalla sociologa Judy Singer (Singer, 1998b) – lei stessa con tratti autistici – per valorizzare le qualità e le risorse delle persone neurodivergenti. Secondo questa prospettiva, l'autismo non è un deficit da correggere, ma una caratteristica identitaria e un'espressione legittima di una differente organizzazione neurologica. Il paradigma della neurodiversità promuove quindi l'accettazione e l'inclusione, sottolineando che le diversità cognitive sono parte integrante dell'esperienza umana (Walker, 2014; Kapp, 2020).

Tale approccio, come evidenziano i ricercatori svedesi Pier Jaarsma e Stellan Welin (2012), riconosce che le differenze nel modo di comunicare, percepire e socializzare delle persone autistiche non sono necessariamente svantaggi, ma forme alternative di esperienza e relazione con il mondo (Jaarsma e Welin, 2012). Questo cambiamento di prospettiva ha spostato l'attenzione dall'idea di "correggere" tali differenze alla necessità di garantire il benessere e la qualità della vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie. In Italia, tale visione ha trovato un importante riscontro normativo nella Legge 112/2016, conosciuta come "Disposizioni in mate-

ria di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare” o *Dopo di Noi*. Questa legge mira a garantire tutele e percorsi di autonomia per le persone con disabilità gravi che, a seguito della perdita o dell'assenza di familiari, non dispongono di un supporto adeguato. Tra i suoi obiettivi principali vi sono la promozione dell'indipendenza e dell'inclusione sociale, favorendo soluzioni abitative alternative al ricovero in istituto – come appartamenti o comunità alloggio – che riproducano il più possibile le condizioni della vita familiare (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2024).

Tuttavia, la valutazione dell'efficacia delle condizioni di vita e dei servizi dedicati alle persone autistiche resta complessa da misurare (Saldaña *et al.*, 2009). Gran parte della letteratura sull'autismo continua a concentrarsi sull'erogazione di assistenza o sulla riduzione dei presunti deficit delle persone, adottando una logica di “riparazione” (Frauenberger *et al.*, 2018).

In Italia, il raggiungimento della maggiore età comporta spesso la perdita di servizi di assistenza e supporto, come se il disturbo cessasse improvvisamente al compimento dei 18 anni. La maggior parte della ricerca e delle sperimentazioni sull'autismo è rivolta all'età infantile, ma risulta urgente sviluppare strategie e soluzioni applicabili anche nella vita adulta.

Nel campo della progettazione architettonica per l'autismo, l'approccio iniziale tende frequentemente a focalizzarsi sui deficit, trascurando le questioni etiche e morali connesse alla comprensione e all'accettazione della disabilità nella società. Creare un ambiente realmente inclusivo richiede di considerare le diverse percezioni sensoriali e la varietà delle atipicità cognitive, affrontando così una sfida di grande portata.

Per questo, diventa fondamentale sviluppare metodi di progettazione che vadano oltre i criteri standard di inclusione, creando spazi in cui possa avvenire una “doppia empatia” tra persone neurotipiche e neurodivergenti (Milton, 2012). Una riconcettualizzazione della progettazione in termini sociali, piuttosto che puramente medici, può favorire un passaggio dall'inclusione formale a una reale reciprocità nelle relazioni e negli spazi condivisi.

## **Il progetto di ricerca SENSHome**

Migliorare l'autonomia delle persone adulte con autismo è l'obiettivo principale del 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. Il progetto è stato condotto da un partenariato internazionale composto dalla Libera Università di Bolzano (*lead partner*), dall'Università degli

Studi di Trieste, dalla Kärnten University of Applied Sciences e dall'azienda Eureka System S.r.l. Per l'Università di Trieste, il coordinamento scientifico è stato affidato alla professoressa Giuseppina Scavuzzo, docente presso il Dipartimento di Ingegneria e Architettura.

Il progetto ha riguardato la sperimentazione e la progettazione di soluzioni di architettura d'interni basate su un approccio *Human Centered Design*, integrato con sensori acustici, igrometrici e termici, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza e l'autonomia delle persone adulte con autismo, preservandone al contempo la privacy. Il lavoro è stato sviluppato all'interno di un partenariato multidisciplinare composto da ricercatori provenienti da ambiti diversi, che hanno collaborato alla realizzazione di un prototipo d'arredo, concretizzato e allestito in un laboratorio a Bolzano. Il progetto nasce da un'indagine approfondita e interdisciplinare sul rapporto tra spazio architettonico e spettro autistico, con l'intento di rispondere in modo sensibile e funzionale ai bisogni specifici di questa popolazione.

Nel corso dell'attività di ricerca, sono stati organizzati meeting internazionali<sup>35</sup> che hanno coinvolto esperti in architettura e ingegneria, focalizzati sullo sviluppo di un design inclusivo e attento alle esigenze sensoriali, cognitive e relazionali delle persone nello spettro autistico.

Il libro (Scavuzzo *et al.*, 2023) nato dalla ricerca esplora il passaggio dai bisogni ai desideri, proponendo il progetto architettonico come strumento di emancipazione. Offre una prospettiva innovativa, in cui la disabilità diventa un elemento generativo di creatività e una chiave per sviluppare soluzioni architettoniche rispondenti ai bisogni.

Attualmente è in corso il proseguimento del progetto, denominato BeSENShome, che si propone di estendere la ricerca dagli ambienti residenziali agli spazi pubblici, con l'obiettivo di rendere anche questi ultimi più accessibili, inclusivi e sensibili alle esigenze delle persone nello spettro autistico<sup>36</sup>.

BeSENShome rappresenta così un'evoluzione naturale del percorso avviato con SENShome, consolidando una rete interdisciplinare e transfrontaliera impegnata nella progettazione di ambienti capaci di promuovere benessere, autonomia e inclusione sociale per le persone con autismo, sia nella sfera privata che in quella collettiva.

.....  
35. Architecture and Autism. Sensory Perception and Independent Living. International workshop Trieste, 20th April 2021.

36. Il progetto coinvolge nuovamente l'Università degli Studi di Trieste - con il coordinamento di Giuseppina Scavuzzo e il contributo dell'autrice Martina Di Prisco e Federica Bettarello in qualità di assegniste di ricerca - insieme ad altri partner consolidati e nuovi: la Libera Università di Bolzano, la Kärnten University of Applied Sciences, la Fondazione Progetto Autismo FVG, l'azienda Eureka System S.r.l. e MCI Management Center Innsbruck.

# Workshop di progettazione *In my room*, Fondazione Progetto Autismo FVG, Udine

La partecipazione al progetto SENSHome ha rappresentato un'opportunità preziosa per sperimentare, all'interno del contesto architettonico, il concetto di *doppia empatia*, ovvero la reciproca comprensione tra persone neurotipiche e neurodivergenti, applicato alla progettazione degli spazi.

Il contributo attivo dell'autrice al progetto di ricerca – che si è focalizzato sulla progettazione di ambienti residenziali per adulti nello spettro autistico – si è articolato in diverse fasi: inizialmente nell'individuazione di progetti pilota significativi e nella raccolta e analisi comparativa delle linee guida internazionali per l'architettura *autism-friendly*; successivamente, nella partecipazione a un workshop di progettazione in collaborazione con la Fondazione Progetto Autismo FVG, uno dei partner associati del progetto SENSHome.

Questa esperienza ha costituito un momento formativo cruciale all'interno del percorso di studi, permettendo di approfondire teorie e pratiche architettoniche rivolte alle esigenze delle persone nello spettro autistico. Inoltre, l'osservazione diretta dei metodi interdisciplinari impiegati nel progetto – che integrano competenze provenienti da ambiti diversi – ha stimolato un ampliamento degli interessi di ricerca e una maggiore consapevolezza del ruolo etico dell'architettura nel rispondere alle sfide poste dalla salute mentale e dall'inclusione sociale.

## Home Special Home, Fondazione Progetto Autismo FVG

La Fondazione Progetto Autismo FVG Onlus nasce nel 2006, dall'acquisto di un fabbricato che viene trasformato in un importante servizio attivo sul territorio per persone con disabilità cognitive dall'età infantile a quella adulta, impiegando risorse private e pubbliche di ambito socio-assistenziale. Il centro, che si distribuisce su tre livelli e si erge su un lotto di 5.000 mq, dispone di servizi diurni, semiresidenziali e residenziali per

giovani ragazzi con autismo, offrendo terapia ed diagnosi, formazione del personale e supporto ai familiari.

Il centro accoglie e permette alle persone con autismo di svolgere attività strutturate (musicali, artistiche e sportive) all'interno del vasto edificio, un ex capannone industriale. Al primo livello del fabbricato, di 900 mq, gli spazi sono stati adeguati alla realizzazione del centro diurno, che comprende sale polifunzionali, 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 (per bambini, adulti e famiglie), oltre a 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 e una stanza multisensoriale.

Nel 2016 sono stati realizzati tre appartamenti, uno dei quali in collaborazione con l'azienda sanitaria locale, destinati ad attività di abilitazione alla vita indipendente per persone adulte nello spettro autistico. Il gruppo di appartamenti è composto da 11 camere singole con bagno privato, e da 3 camere dedicate agli operatori. Questi appartamenti fanno parte del progetto *Home-SpecialHome* e sono concepiti come unità abitative autonome, ciascuna dotata di cucina, sala da pranzo, soggiorno, magazzino e condivisione di spazi comuni come lavanderia e stileria. Oltre agli appartamenti residenziali, sono stati realizzati anche un monolocale per visitatori e tirocinanti, un alloggio per il custode e uno spazio abitativo di emergenza.

La prossima fase di espansione della Fondazione prevede la costruzione, nel lungo termine, di un innovativo progetto di co-housing pensato per genitori e figli adulti con autismo, con l'obiettivo di offrire soluzioni abitative sostenibili e solidali, promuovendo al contempo inclusione e continuità affettiva.

Il Centro, oltre a essere una delle realtà più sviluppate 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 Dipartimento di Architettura dell'Università di Trieste all'interno del progetto di ricerca SENSHome.

## Il workshop di progettazione *In my room*

Il workshop, tra le tante attività proposte dalla Fondazione, ha offerto un'esperienza di formazione coinvolgendo alcune persone con diagnosi di autismo ad alto funzionamento<sup>37</sup> e con sindrome di Asperger, che frequentano abitualmente il centro Progetto Autismo. L'obiettivo era 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 a una riflessione su esigenze e desideri per una vita autonoma. Il Laboratorio, condotto da cinque ricercatrici<sup>38</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 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 a una costruzione reale, ma a una soluzione riprodotta in scala. 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 i 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 (*mood board*), una tavola con disegnata la pianta del progetto e 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,

.....  
**37.** Con *High Functioning Autism Spectrum Disorder* (HFASD) si intende una diagnosi di ASD con il livello di gravità più basso, o di tipo 1 (Narzisi, 2017).

**38.** Il Laboratorio, svolto all'interno della struttura della Fondazione, è stato condotto da quattro ricercatrici tra cui, la sottoscritta dottoranda M. Di Prisco, tre assegniste di ricerca P. Limoncin, A. Dordolin, F. Bettarello e la Docente e responsabile scientifica UniTS del progetto SENSHome, G. Scavuzzo., congiuntamente alla partecipazione di una Psicologa dello staff della Fondazione.

con molta sorpresa, hanno trovato i progetti di un livello più professionale di quanto si aspettavano.

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, oltre a fornire un'assistenza tecnica per il compimento delle tavole e dei modelli in scala e nell'utilizzo di strumenti per il taglio e l'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 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**

Rapportando l'esperienza del laboratorio 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 a un'attività progettuale di questo tipo (sia per la tipologia di richiesta che per il lavoro manuale che ne è conseguito); gli elaborati sono risultati molto diversi l'uno dall'altro, per dimensione, scelta materica, gamma cromatica e nei dettagli d'arredo. Peraltro possiamo affermare che i risultati si discostano 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 a 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.

È stata un'esperienza e un'opportunità fondamentale poter partecipare alle varie fasi di realizzazione del modello "di

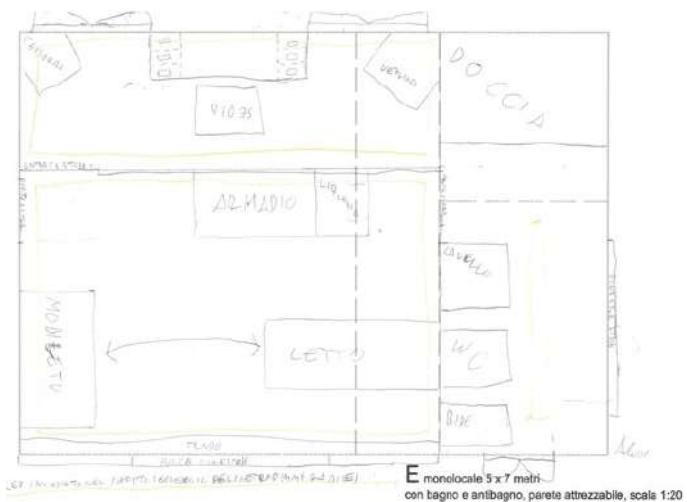
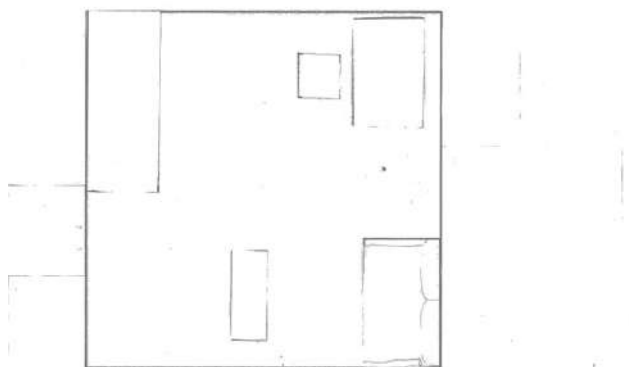


Fig. 9 • Tavola materia, disegno della pianta e modello in scala 1:20 elaborati da A. durante il workshop *In My Room*.

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, nel vedere manifestate delle scelte ben precise dettagliate nella costruzione di un luogo da poter personalizzare, 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 si è limitata a una forma di progettazione partecipata, ma anche a 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 e individuale di un abitare consona 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: i partecipanti 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 di 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 sui 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 a 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, fino alla verifica dell’effettiva funzionalità degli spazi anche successivamente alla costruzione, può far sì che non vengano trascurati aspetti fondamentali per garantire una sana progettazione.



B  
pianta quadrata lato 4 metri  
tipo Cabanon, scala 1:20

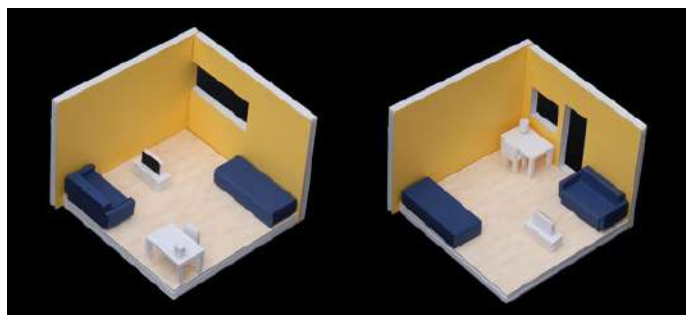


Fig. 10 • Tavola  
materica, disegno della  
pianta e modello in  
scala 1:20 elaborati da  
S. durante il workshop  
*In My Room*.

Le pagine riportano i lavori realizzati dai cinque partecipanti durante il workshop *In my room*. Per motivi esclusivamente grafici, le tavole e i modelli sono riprodotti in formati differenti, così da evidenziare gli elementi più significativi e caratterizzanti di ciascun progetto.

Il disegno della pianta elaborata da A. è stato realizzato interamente a mano libera, in scala 1:20, senza l'utilizzo di strumenti tecnici come squadre o scalimetro. Il progetto si basa sul modello planimetrico più ampio tra quelli disponibili, corrispondente a una superficie di 5 x 7 metri.

A corredo del progetto sono incluse sia la tavola materica che le fotografie del modellino tridimensionale, anch'esso eseguito in scala 1:20. Particolare attenzione è stata dedicata alla scrivania, posizionata di fronte all'affaccio esterno e rappresentata in pianta con l'aggiunta della proiezione frontale dei cassetti. Questo espediente grafico intende sottolineare la centralità del ritmo modulare, espressamente richiesto dal partecipante. La scrivania, infatti, presenta tre cassetti per ciascun lato, ognuno con un'altezza di 30 cm. Allo stesso modo, l'armadio è strutturato in tre ante modulari, ognuna corrispondente a un modulo di 60 cm di profondità e altezza, a conferma di un'organizzazione dello spazio basata su proporzioni e simmetrie precise.

Il partecipante ha dimostrato una visione chiara per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi interni e l'impostazione cromatica dell'ambiente. Tuttavia, permangono alcune incertezze nella scelta dei materiali, in particolare per quanto riguarda i tessuti e la pavimentazione. Un'eccezione significativa è rappresentata dall'illuminazione, definita con precisione: si prevede infatti l'inserimento di luci LED incassate a soffitto, lungo tutto il perimetro della stanza, distanziate di 5 cm dalle pareti.

La distribuzione funzionale degli arredi riflette un uso versatile e razionale degli ambienti. L'accesso allo studiolo avviene attraverso un varco dotato di porta scorrevole. Lungo la parete divisoria tra studiolo e soggiorno/camera da letto si sviluppano un mobile armadio e una libreria, mentre all'interno dello stesso soggiorno trovano posto un divano-letto, un mobile TV e una vetrina destinata all'esposizione di oggetti e medaglie sportive. Completano l'ambiente una parete vetrata con porta finestra a tre ante dotata di tende oscuranti, una finestra fissa e una apribile, oltre a un supporto per chitarra, a testimonianza dell'integrazione tra funzionalità e passioni personali. In sintesi, il progetto mostra un'interessante combinazione tra rigore compositivo, attenzione ai dettagli funzionali e personalizzazione degli spazi.

Il modello realizzato da S. si sviluppa su una pianta quadrata di 4 x 4 metri. Il partecipante ha scelto di rappresentare direttamente in pianta le sagome bidimensionali degli arredi, appositamente realizzate in scala per garantire proporzioni corrette. Questa so-



luzione sostituisce il tradizionale disegno grafico, offrendo una visione immediata e funzionale dell'organizzazione degli spazi.

Coerentemente con un approccio minimalista dichiarato, sono stati volutamente esclusi elementi decorativi, come "fronzoli o piante", a favore di una disposizione chiara ed essenziale degli arredi. L'ambiente si caratterizza per pareti di colore giallo acceso e tessuti in blu elettrico, creando un contrasto deciso e contemporaneo. Tuttavia, il bianco delle sagome rende meno visibile questa cromia nella rappresentazione in pianta.

A supporto della lettura del progetto, sono state incluse due fotografie assonometriche del modello. Queste immagini evidenziano in particolare le scelte progettuali relative alla posizione delle aperture. Le due finestre, infatti, sono state studiate e collocate in modo da incorniciare il paesaggio esterno, risultando perfettamente visibili dalle principali postazioni di seduta, come il divano e la sedia della scrivania. Le aperture diventano così parte integrante dell'esperienza spaziale, offrendo scorci visivi pensati come vere e proprie cornici sul paesaggio circostante.

La tavola materica di C. è stata invece inizialmente realizzata su un cartoncino A4 azzurro in orientamento verticale, successivamente ampliata al formato A3 per accogliere tutti gli elementi previsti dal progetto. Fin dalle prime fasi, la partecipante ha manifestato un forte desiderio di esprimere la propria personalità all'interno della stanza, concepita come uno spazio intimo, accogliente e ricco di oggetti legati alla quotidianità e ai ricordi personali. Ogni dettaglio è stato accuratamente selezionato, riflettendo una visione chiara, coerente e sensibile del progetto. Nonostante la ricchezza di arredi e accessori, è stata deliberatamente scelta la stanza dalle dimensioni più contenute, pari a 3 x 4 metri. Tale decisione ha reso necessaria un'attenta ottimizzazione degli spazi, al fine di integrare tutti gli elementi desiderati senza comprometterne la funzionalità o l'equilibrio. Durante la composizione della tavola materica, la partecipante ha portato numerose immagini e materiali, dimostrando idee precise e ben definite in merito a colori, finiture e tipologie di arredi. Tra gli elementi più significativi spicca la riproduzione in scala del lampadario, per la quale è stato selezionato un materiale capace di restituire nel modo più realistico possibile l'aspetto e la struttura del modello originale.

Un ulteriore punto di rilievo è rappresentato dalla libreria, composta da una serie di mensole bianche sorrette da sostegni verticali in legno. Oltre a svolgere una funzione contenitiva, essa è stata progettata come elemento divisorio tra la scrivania e il letto, contribuendo in modo determinante all'organizzazione interna dello spazio e alla definizione delle sue diverse funzioni.

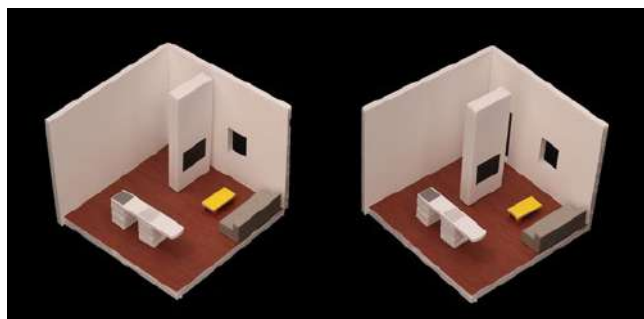


Fig. 12 • Tavola  
materica, disegno della  
pianta e modello in  
scala 1:20 elaborati da  
D. durante il workshop  
*In My Room*.

Il progetto del partecipante D. adotta un approccio dichiaratamente minimalista, privilegiando un arredo essenziale inserito all'interno di una planimetria aperta, flessibile e ariosa. L'ambiente è organizzato in modo razionale ed elegante, con una zona giorno composta da una cucina con isola centrale e da un salotto dotato di un mobile-libreria scorrevole.

Particolare attenzione è stata dedicata alla libertà di movimento e alla versatilità degli spazi. L'arredamento è studiato per lasciare le pareti libere da ingombri, favorendo una circolazione fluida tra la zona giorno e quella notte. Quest'ultima è risolta in modo funzionale grazie all'inserimento di un divano letto, che consente un uso dinamico e multifunzionale dello spazio abitativo.

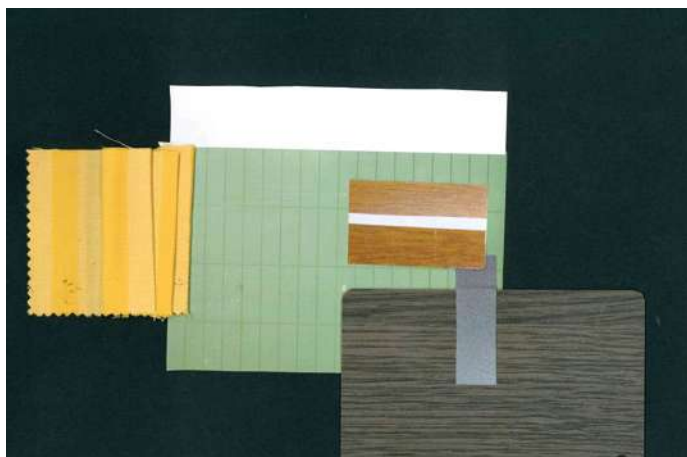
La cucina a isola rappresenta un nucleo operativo compatto e completo: è attrezzata con lavabo, fornelli, piano di lavoro e un tavolo pieghevole, offrendo soluzioni efficienti e salva spazio per l'uso quotidiano.

Un ulteriore elemento chiave del progetto è il mobile armadio con televisore a incasso, posizionato su binari scorrevoli. Questo componente funge da parete divisoria tra l'ingresso e la zona giorno, contribuendo all'organizzazione funzionale dell'ambiente senza appesantirne la percezione visiva. La sua mobilità permette inoltre di lasciare libere le superfici murarie, mantenendo l'impianto spaziale aperto e flessibile. La presenza di elementi come l'appendiabiti, integrati con discrezione, dimostra un'attenta ricerca del senso domestico, inteso come cura per i dettagli funzionali che contribuiscono a rendere lo spazio accogliente nella quotidianità.

Infine, nell'ultimo progetto qui riportato, il partecipante A.C. mostra idee chiare e ben definite sia nella distribuzione dello spazio che nella scelta degli arredi, dimostrando coerenza estetica nelle forme, nelle dimensioni e nella palette cromatica adottata. Egli dichiara di aver pienamente soddisfatto le intenzioni progettuali iniziali, una coerenza riscontrabile anche nella tavola materica, perfettamente allineata con il risultato finale.

Tra gli elementi caratterizzanti spicca un divano in tessuto color giallo, scelto in una tonalità accesa che dona vivacità all'ambiente. Pensato non solo come elemento funzionale ed estetico, il divano è concepito come arredo flessibile, con la possibilità di essere facilmente spostato lungo la parete per liberare spazio e permettere lo svolgimento di attività ginniche all'interno della stanza. Un altro elemento distintivo è il televisore, progettato in forma di consolle per videogiochi: si tratta di un oggetto d'arredo originale, interamente realizzato dal partecipante, che unisce funzione ludica ed espressività creativa.

Completa il progetto un letto a castello elevato su una struttura a gradoni, sapientemente integrata con un armadio. Questa soluzione compatta consente di ottimizzare lo spazio disponibile



**B** pianta quadrata lato 4 metri  
 tipo Cabaron, scala 1:20



Fig. 13 • Tavola  
 materica, disegno della  
 pianta e modello in  
 scala 1:20 elaborati  
 da A.C. durante il  
 workshop *In My Room*.

e introduce un gioco volumetrico interessante, articolando i livelli e arricchendo la percezione spaziale della stanza. Infine, l'intero ambiente è valorizzato da una combinazione cromatica armoniosa, che abbina pareti in tonalità verde pastello a tessuti dai colori vivaci, generando un'atmosfera equilibrata tra energia e comfort. A completare l'insieme, una parete completamente finestrata favorisce un costante dialogo con la luce naturale, contribuendo in modo decisivo a definire l'identità luminosa e spaziale dell'ambiente.



# Dialogo tra architettura, terapia e società

# Gli spazi soglia come esperienza dell'alterità

Secondo il pensiero del filosofo Edmund Husserl sull'empatia, *Einfühlung* (Husserl, 1913; 1929) – concetto cardine della sua fenomenologia che ha influenzato discipline come le scienze sociali e la psicologia – questa può essere definita come un elemento essenziale dell'esperienza dell'altro, che ci consente di riconoscerne la presenza attraverso il fenomeno dell'*Appräsentation* (Husserl, 1913). Nella fenomenologia husserliana, l'appresentazione descrive come, durante un atto percettivo, la coscienza non solo percepisce ciò che è immediatamente presente, ma è anche consapevole implicitamente di ciò che non è direttamente percepito, come gli altri lati di un oggetto. Un processo che permette alla coscienza di formare un'immagine complessiva dell'oggetto, pur percependone solo una parte.

Questo doppio cambio di paradigma favorisce una convergenza tra esperienza affettiva e esperienza corporea dello spazio, evidenziando uno dei punti di forza delle indagini genetiche di Husserl e Merleau-Ponty (Breuer, 2020). Per comprendere pienamente un'esperienza spaziale architettonica, è fondamentale considerare l'intreccio tra corpo e spazio: solo in questo modo la fenomenologia genetica (ovvero come le esperienze e i significati si “generano” nel corso del tempo) rivela il suo potenziale esplicativo per l'architettura, mostrando come la dimensione esistenziale degli spazi sia radicata nell'esperienza corporea del soggetto (Cali, 2012).

In questi termini, il nostro rapporto con l'ambiente non si limita alla presenza immediata del soggetto con le cose, e allo stesso modo la rappresentazione dell'altro come simile a me si basa sulla trasformazione di caratteristiche del mio ego e del mio corpo nell'ego e nel corpo altrui. Di conseguenza, l'esperienza dell'altro resta necessariamente parziale, poiché la sua sfera psichica rimane inaccessibile. Tuttavia, è possibile compiere “un'appresentazione” dell'altro: una rappresentazione dell'assenza che rimanda ad altre rappresentazioni, formando così un'unità esperienziale coerente. Ciò che in sostanza Husserl definisce come “vita comunitaria”, basata su una connessione sociale, in cui cia-

scun individuo è influenzato dagli altri in quanto persona, e a sua volta influenza gli altri. Da ciò deriva che la relazione tra i soggetti genera un processo di trasformazione reciproca, in cui l'esperienza dell'altro diventa sempre, in parte, una trasformazione di sé (Costa, 2010, 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 (Di Chiro, 2021), e che si manifesta come, diversità, disuguaglianza. Un'alterità che pone costantemente in discussione la propria posizione nella collettività sociale, la propria parziale o completa assimilazione, creando costantemente dinamiche di inclusione ed esclusione (De Simone, 2016).

Un'alterità che, dunque, sollecita una risposta o una reazione, seppur espressa in forme diverse, poiché rivela che nessun soggetto umano può ritenersi isolato, essendo tutti inevitabilmente interconnessi.

L'alterità si viene a configurare come la qualità essenziale della soglia, del limite e del confine, poiché ogni separazione presuppone una duplice prospettiva, un riconoscimento della diversità intrinseca a ogni alterità. Questa consapevolezza si manifesta ogni volta che 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” (Zanini, 2002, p. 5).

L'uomo, tracciando una linea di separazione tra sé e l'altro al contempo si apre al rapporto con esso, e lo accoglie. La *soglia* – intesa come 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 (Di Chiro, 2021) – diventa così un punto di incontro in cui l'uomo si pone come ponte tra sé e l'altro. Essa definisce un confine, ma al medesimo tempo crea un'unione tra le parti, ponendole in una reciproca interazione. Citando l'architetto Herman Hertzberger<sup>1</sup>, la soglia “costituisce la chiave della transizione e della connessione fra aree con differenti vocazio-

.....  
1. Tra i progetti più significativi di Hermann Hertzberger si ricorda la residenza per anziani *De DrieHoven* ad Amsterdam (1964-1974). Qui gli spazi modulari vengono articolati e assemblati in modo da generare una sequenza continua di soglie, che favoriscono la relazione tra ambienti privati e collettivi. L'edificio, pensato per accogliere persone con disabilità fisiche e psichiche, comprende 55 alloggi per coppie, unità residenziali per 190 ospiti e una casa di cura con 250 posti letto (Hertzberger, 1991).

ni territoriali e, come luogo in sé, costituisce essenzialmente la condizione spaziale per l'incontro e il dialogo fra aree di ordine diverso" (Furnari, 1996).

La *soglia* così delineata non è solo un punto di passaggio tra due spazi, una tensione tra il dentro e il fuori, ma assume una spazialità intrinseca (Kovess-Masféty *et al.*, 2004, p.18). Tale spazialità è riconducibile al concetto di "soglia come zona" ampiamente trattato dal punto di vista storiografico nel *Passagenwerk*<sup>2</sup> di Walter Benjamin del 1983 (Benjamin, 1983), e ripreso a posteriori da Georges Teyssot (Teyssot, 2000) 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 che non è né un interno né un esterno (Teyssot, 2000, p. 34): uno "spazio fra" che è luogo d'incontro e di scambio definito da un limite (de Certeau, 2020). Uno spazio intermedio dove possono accadere eventi, rappresentazioni o narrazioni, e che ha il potere di diventare simbolo di scambio e incontro (Teyssot, 2005), un *in-between*. È lo spazio intermedio che diviene la chiave tra connessione e transizione, tra due qualità spaziali, che riconducono in termini architettonici a un concetto di ospitalità (Bassanelli, 2015).

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 (Faré e Piardi, 2003, p. 15).

Alla luce delle seguenti considerazioni potremmo dunque affermare che lo spazio *soglia* di un progetto architettonico dovrebbe appartenere a entrambi i mondi che divide. Ed è forse dalla contrapposizione di spazio esterno e interno, pubblico e privato, che potremmo immaginare una diversa visione dello spazio "in comune" dove poter formulare nuove possibili forme dell'abitare in grado di accogliere le alterità.

## L'architettura della soglia

Diversi autori e progettisti stanno contribuendo a indagare come lo spazio possa rispondere alle sfide che le persone con disabilità cognitive o con disturbi dello spettro autistico sperimentano nella vita quotidiana. Essi sottolineano l'importanza di ambienti capaci di mitigare gli stimoli sensoriali e ridurre il sovraccarico percettivo, spesso legato a fenomeni di iper- o iposensibilità. Uno dei primi tentativi strutturati di fornire linee guida come

.....  
2. Testo nel quale vengono descritti dei *passage* di Parigi, ossia luoghi di transito della città borghese ottocentesca, dei veri e propri "intérieurs" che ospitano una variegata collettività.

strumento di progettazione universale, in supporto ai professionisti in questo ambito, è rappresentato dall'Autism ASPECTS-S™ Design Index (Mostafa, 2014; Mostafa, 2015), un metodo Evidence-Based sviluppato appositamente per colmare tale lacuna. L'indice si fonda sulla *Sensory Design Theory*, secondo la quale la modifica dell'ambiente sensoriale attraverso specifici interventi progettuali – cioè attraverso la regolazione degli stimoli provenienti dall'ambiente costruito – può incidere positivamente sui comportamenti delle persone autistiche (Mostafa, 2008). L'indice identifica sette criteri fondamentali che guidano la progettazione inclusiva: acustica, sequenza spaziale, spazi di fuga, compartimentazione, spazi di transizione, zonizzazione sensoriale e sicurezza.

La letteratura evidenzia inoltre come la percezione sensoriale atipica possa essere aggravata dalla necessità di rispettare routine rigidamente predefinite o dall'uso di sistemi di comunicazione visiva basati su immagini (Talu e Tola, 2018b). Persino azioni apparentemente semplici, come attraversare una soglia ed entrare in uno spazio non prevedibile, possono generare stati di ansia e stress (Gaines *et al.*, 2016).

Per questo motivo, quando si progettano strutture con scopi terapeutici, o semplicemente più sensibili alle differenze percettive e sensoriali, 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.

La transizione tra ambienti con caratteristiche diverse deve avvenire in modo progressivo e graduale. Questi luoghi solitamente caratterizzano un "passaggio" o talvolta un limite; 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. Gli spazi dell'attesa, d'ingresso e accoglienza possono fungere da filtro tra l'esterno (la società) e l'interno (la terapia) (Napoli, 2014), diventando luoghi in cui persone diverse tra loro si incontrano, siedono l'una accanto all'altra e hanno la possibilità di raccontare la propria identità (Scavuzzo *et al.*, 2020b).

L'analisi effettuata dall'autrice su alcuni progetti di architettura contemporanea concepiti per rispondere a specifiche esigenze terapeutiche legate alle disabilità cognitive, 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.

Di seguito vengono presi in esempio alcuni di questi progetti. Si tratta di luoghi d'attesa e di rifugio interni alla struttura, che permettono di trovare riservatezza per riposare o spazio per confrontarsi e interagire con il personale specializzato, o con il parente/amico; e di ambienti-filtro e di transizione che separano dal contesto urbano e che ammorbidiscono il passaggio tra luoghi di diversa natura. Questi spazi permettono alla persona di prepararsi ad accedere a 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 consentono 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 (Fornasari, 2020, p. 160).

# Learning from: le architetture per la cura

## 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 (Giardiello, 2010). La sala d'attesa assume quindi un ruolo significativo nel processo di inclusione, essendo il luogo in cui avviene uno scambio 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, necessitando quindi di alcune scelte progettuali che ne migliorino la qualità (Del Nord e Peretti, 2012): suddividere queste aree in sezioni più piccole, assicura sia la privacy che l'interazione sociale (Shepley e Dilani, 2001); organizzare le sedie in gruppi circolari incrementa la possibilità di socializzazione; l'esposizione all'esterno rassicura e riduce la sensazione di chiusura e isolamento (Verderber e Reuman, 1987). Inoltre, 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 andando a incidere positivamente sulla percezione del tempo (Thompson *et al.*, 1996). È importante anche 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 paziente o accompagnatore, dando loro la possibilità di associare la struttura terapeutica a un ambiente di svago e gioco.

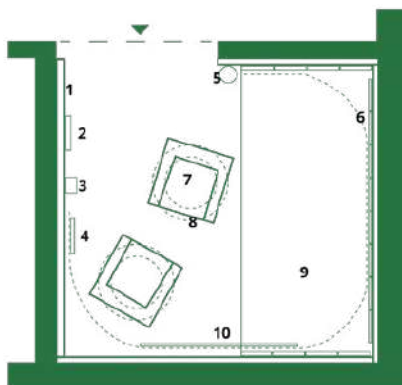
Uno dei progetti realizzati, esemplare nel rispondere ai seguenti requisiti e che per primo ha indirizzato l'attenzione ai ricoveri di emergenza per persone con disabilità cognitive, è la sala d'attesa multisensoriale progettata nel Pronto Soccorso di Careggi, a Firenze, nel 2016. La stanza, di 14 mq, 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 (Bellini, 2020). 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 con il familiare o caregiver che lo accompagna e con il personale sanitario. È possibile quindi gestire e *controllare le caratteristiche fisiche dello spazio e di conseguenza, gli stimoli sensoriali*. Potrebbe quindi essere inteso come uno spazio pubblico dinamico, progettato per adattarsi alle diverse esigenze.

In Australia, presso l'Edgecliff Medical Center, lo studio di architettura Enter Projects Asia ha progettato un piccolo asilo nido per bambini con autismo, introducendo un approccio innovativo e sensibile alle esigenze terapeutiche. A differenza di modelli più tradizionali, qui le aree comuni e le sale d'attesa assumono un ruolo centrale: non spazi marginali o separati, ma fulcro della struttura, concepiti come estensione naturale dell'ambiente terapeutico. Questi spazi incoraggiano incontri, formali e informali, tra genitori e medici, permettendo al contempo ai bambini di muoversi ed esplorare liberamente in un contesto dall'aspetto non ospedaliero. Su una superficie di circa 150 mq, il centro integra ambienti dedicati al gioco e alla conversazione, collocati tra reception e sala giochi, caratterizzati da geometrie circolari, arredi morbidi, illuminazione indiretta e una palette cromatica capace di generare un'atmosfera calma e accogliente.

Pur nella sua dimensione contenuta, il progetto si distingue per l'impiego di strumenti digitali di progettazione, che hanno consentito la creazione di un prototipo utile a condurre analisi preliminari e a verificare l'efficacia della struttura in relazione agli obiettivi terapeutici.

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>3</sup>, che prevede strutture ambulatoriali per bambini dai 5

.....  
3. Si tratta di un'Unità medica inserita nel nuovo Centro Ospedaliero Royal Hospital for Children and Young People di Edimburgo.



- 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

Fig. 1 • Pianta della sala d'attesa multisensoriale progettata nel Pronto Soccorso di Careggi, Firenze, 2016.

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 (Bellini, 2020). Elaborazione grafica dell'autrice.



- 1 sala d'attesa
- 2 reception
- 3 servizi
- 4 stanze per la terapia

Fig. 2 • Pianta del piano terra della sala d'attesa dell'Edgecliff Medical Center. Elaborazione grafica dell'autrice.

agli 8 anni, e un'unità di degenza per ragazzi dai 12 ai 18 anni. Attraverso l'approccio *user-centred design* sviluppato in una serie di workshop e interviste con i giovani pazienti, i loro genitori e 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 abbia una sua identità.

Le analisi delle strutture sanitarie citate, progettate per diverse fasce d'età e con particolare attenzione agli spazi di attesa, provengono da una pubblicazione della stessa autrice (Di Prisco, 2022). Il focus che accomuna i progetti è stato quello di creare degli spazi per la salute mentale attraverso un processo di ascolto ed empatia verso i vari modi di interagire con l'ambiente circostante. È emersa la necessità di rendere questi ambienti più confortevoli e accoglienti, evitando un'eccessiva medicalizzazione e trasformandoli in spazi di incontro che vadano oltre la sola funzione curativa. 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 e alternativo rispetto all'area di attesa comune. Uno dei primi ospedali in cui è stata espressa tale sensibilità è il *Nemours Children's Hospital*<sup>4</sup> progettato negli Stati Uniti nel 2012. Qui il programma di ricerca REACH<sup>5</sup> si occupa di identificare i bambini con autismo direttamente all'accesso

4. Nemours Children's Hospital, EYP Architecture & Engineering, Orlando, USA, 2012.

5. 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.



Fig. 3 • Foto della sala d'attesa del Royal Hospital for Children and Young People (RHCYP), Edimburgo, 2021. Progetto di The Office Project Architects. Il 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. Fotografia gentilmente concessa da French + Tye.

del Pronto Soccorso e occuparsi dei loro specifici bisogni fino alla fine del percorso ospedaliero, anche grazie a 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 a 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 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 a un chiaro tentativo di accettare e affrontare la diversità in maniera inclusiva.

L'*Edgecliff Medical Center*, invece, è una struttura costruita ex novo, per la quale nel processo progettuale è stato possibile effettuare molteplici studi che diano 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 integrata 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 semiresidenziale del *Royal Hospital for Children and Young People* (RHCY), 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 condivisio-

ne. 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 di progettazione sanitaria – porta a 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 terapeutici, lo spazio soglia-filtro coincide spesso con l'area dell'attesa, un luogo dalla temporalità incerta e spesso prolungata, in cui persone con condizioni diverse – sani e malati, normotipici e neurodivergenti – condividono lo stesso ambiente. Questa coesistenza, complessa e delicata, richiede spazi capaci di mediare tra le esigenze della collettività e quelle individuali. Una possibile risposta progettuale è rappresentata dall'inserimento di ambienti di quiete in cui trovare rifugio e ampio "spazio per respirare": stanze sensoriali o aule flessibili, estensioni degli spazi principali o aree protette e silenziose, capaci di offrire comfort, privacy e una regolazione ambientale mirata. Questi luoghi, dotati di pareti o porte scorrevoli silenziose e sistemi multisensoriali interattivi che modulano luci, suoni e aromi, se concepiti per un uso temporaneo e adattabile, possono svolgere un ruolo fondamentale nel facilitare il passaggio tra ambienti spesso molto diversi tra loro, contribuendo al benessere psicofisico degli utenti.

La soglia si configura, in questo caso, come uno spazio di scambio che consente la transizione tra ambienti separati, diventando essa stessa un luogo in cui prepararsi al cambiamento; in ambito ospedaliero, gli spazi-soglia di transizione e filtro – posti tra interno ed esterno o tra aree interne con differenti gradi di privacy – assumono un ruolo cruciale nel mediare il dialogo tra spazi pubblici e privati, e sono spesso collocati in prossimità degli ingressi. In strutture come l'*Hospital de Santa Caterina* di Girona e la *Mitford Adult Autism Unit* di Morpeth, questi ambienti filtro assumono una connotazione progettuale specifica: vengono introdotte vere e proprie aree di "decompressione", pensate per ridurre il sovraccarico sensoriale degli utenti e sostenere il loro stato emotivo. Caratterizzate da elementi trasparenti o par-

zialmente apribili, queste soglie permettono di percepire ciò che avviene oltre, offrendo un'anteprima dell'ambiente successivo e favorendo così una transizione più graduale e consapevole.

Mentre molte altre strutture sanitarie si organizzano invece attorno a un unico elemento dominante di transizione, come un corridoio principale che, sin dall'ingresso, orienta il percorso tra i vari dipartimenti. L'*Emma Children's Hospital* di Amsterdam offre un esempio particolarmente significativo; rinnovato e ampliato nel 2015 dallo studio DVDP Architects, l'ospedale pediatrico dispone lungo la sua "strada principale" di nuove sale d'attesa affacciate sulla città, creando ambienti luminosi e accoglienti. Lungo questo asse si collocano inoltre numerosi spazi dedicati alle attività sociali e ricreative: aree gioco per bambini, spazi di confronto per i genitori e zone di incontro per il personale. A queste si affiancano funzioni speciali come la scuola, il cinema, la biblioteca e il ristorante, che rafforzano la metafora del grande interno come di una piccola città. Nella progettazione sia delle stanze dei pazienti sia degli spazi comuni è stata posta grande attenzione alla creazione di un'atmosfera che evitasse un'impronta esclusivamente medica, favorendo invece comfort, socialità e benessere. La stessa sensibilità progettuale si ritrova anche in alcuni edifici scolastici pensati con finalità terapeutiche, in particolare per l'autismo.

In Irlanda nel 2003, è stata progettata la *North Kildare Educate Together Primary School* (NKET) a Cellbridge, una delle prime scuole primarie inclusive, composta da 10 aule di cui 2 specificamente dedicate a bambini con autismo. Sviluppata su un unico livello e organizzata attorno a un ampio giardino centrale, la scuola, progettata da Grafton Architects, integra una rete di elementi architettonici e passaggi coperti che consentono ai bambini di scegliere percorsi alternativi, più silenziosi e protetti, sia per accedere alla struttura che per muoversi al suo interno. Questa attenzione alla flessibilità e al controllo dell'ambiente sensoriale rappresenta un approccio progettuale orientato al benessere, all'autonomia e alla riduzione dell'ansia nei momenti di transizione.

Un'esperienza altrettanto innovativa, è quella della *New Struan School* di Alloa, in Scozia, realizzata nel 2005 dall'architetto Aitken Turnbull. Qui gli spazi di soglia sono concepiti come dispositivi di mediazione non solo ambientale, ma anche sociale (Scott, 2009). La scuola, dedicata a bambini e ragazzi con disturbi dello spettro autistico, integra infatti un centro di consulenza, una struttura di formazione, oltre a servizi di diagnosi e ricerca, ponendosi come punto di riferimento educativo e terapeutico a livello nazionale.

L'atrio viene concepito come un'ampia strada/piazza ed è il fulcro sociale dell'edificio, oltre a essere un importante riferimento



Fig. 4 • Caterina de Salt Hospital, Girona, 2005. Progettato da Pinearq + Brullet de Luna. Fotografie di Lluís Casals.



Fig. 5 • Mitford Adult Autism Unit, Morpeth, 2016. Progettato dallo studio Medical Architecture. Si tratta della prima struttura nel Regno Unito progettata specificamente per adulti con gravi disturbi dello spettro autistico. Lo stesso studio di progettazione aveva già realizzato, nel 2014, l'Oakwood Autism Unit, una struttura residenziale a lungo termine per adulti con gravi disturbi dello spettro autistico, sviluppata secondo i medesimi principi progettuali. Fotografia gentilmente concessa da Medical Architecture.

per favorire l'orientamento. All'ingresso delle aule sono stati progettati spazi-filtro, chiamati "baie" dagli architetti, che consentono ai bambini di adattarsi gradualmente al cambiamento dal più ampio ambiente dedicato alla socializzazione a quello educativo, più raccolto e intimo. Le porte di queste *baie* sono dotate di pannelli di vetro trasparente che danno la possibilità di osservare l'interno della classe e prepararsi a 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 una piccola zona calma con le pareti curve. Dalle classi è possibile accedere direttamente all'esterno, nella zona gioco, dove è disponibile 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 ad affrontare nuove sfide sociali.

Similmente nel 2008, viene realizzata la *Forbush School for Autism* di Baltimora, progettata da Cho Benn Holback Associates, che reinterpreta l'idea della "strada principale" trasformandola in uno spazio vivo e multifunzionale: un luogo in cui i diversi ambienti si affacciano sull'asse centrale e favoriscono l'interazione informale, configurandosi come parco giochi, spazio di confronto per le famiglie o punto di aggregazione per insegnanti e operatori. 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.

Tutti 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 (Mostafa, 2008).

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 a 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 del secondo Capitolo, si vengono a creare delle vere e proprie cittadelle terapeutiche, composte da un insieme di pa-

diglioni 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. Sono riproduzioni in scala di città, ricche di elementi riconoscibili, particolarmente attente alle diverse sensibilità delle persone nel costruire una serie di scenari simili a 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. 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 questa può risultare una sfida ardua per chi progetta, ma nel corso di questa ricerca abbiamo potuto constatare che intervenendo su alcuni dettagli, 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, la progettazione di spazi che consentono una transizione graduale tra gli ambienti, sono tutti elementi che concorrono a questo scopo.

È quindi fondamentale riconoscere la soglia come lo spazio in cui esterno e interno, società e terapia, si intrecciano e si influenzano reciprocamente, condividendo elementi e significati comuni (Kirchmayr *et al.*, 2019). Questo spazio liminale diventa il luogo in cui neurodiversità e neurotipicità possono coesistere, offrendo l'opportunità di vivere un'esperienza collettiva che mette in discussione e ridefinisce i confini spesso sfumati dell'essere considerati "sani" (Scavuzzo *et al.*, 2020 b).



1. Sweetwater Spectrum Community. Sonoma County, San Francisco (USA)
2. Bettersweet Farm community. Archbold-Whitehouse Rd, OH (USA)
3. Casa Verde. San Miniato. Pisa, Italia
4. San Francisco Javier Center. Pamplona, Spagna
5. Baum Haus. Date, Isola di Hokkaido, Giappone
6. Èveil du Scarabée. Chateau de Bourron, Champcevrains, Francia
7. Trillium Centre. Corvallis, OR (USA)
8. Unité de soins intensifs Garderose. Libourne, Francia
9. Helsingør Psychiatric Hospital. Ellsinore (Helsingør), Danimarca
10. Het Gielsbos. Lille, Belgio

# Casi studio

Alcune delle architetture analizzate sono state oggetto di una rilettera 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, riportati nelle pagine seguenti, il cui approfondimento ha rilevato diversi approcci adottati per progettare architetture terapeutiche a beneficio della salute mentale.

In primo luogo è stato effettuato un ridisegno planimetrico utile alla comprensione del progetto, accompagnato da una esaustiva raccolta di documentazione comparata tra fonti eterogenee – testi, pubblicazioni, articoli e interviste rilasciate dagli architetti – oltre al fondamentale reperimento del materiale fotografico, al fine di poter ricostruire una visione globale delle strategie di intervento adoperate. Tutto questo, unito al processo di rielaborazione di ciascun caso studio, ha influito positivamente sulla percezione delle dimensioni del costruito, in relazione all'ambiente circostante.

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. 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.

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.

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**

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  
291.455 mq  
Ampliamento  
9.820 mq

Riqualificazione 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



### **L'veil du Scarabee**

2011-2014  
Champcevrains, Francia  
1530 mq  
20 residenti

Centro semi-residenziale per adulti con autismo



### **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**

2009-2014  
Libourne, Francia  
2460 mq  
25 posti letto

Unità psichiatrica inserita nel complesso storico



### **Helsingor Psychiatric Hospital**

2004-2006  
Helsingor, Danimarca  
5600 mq

Centro psichiatrico semi-residenziale

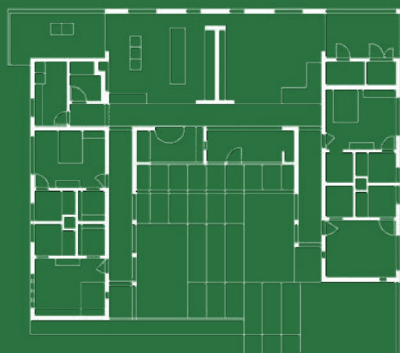


### **Het Gielsbos**

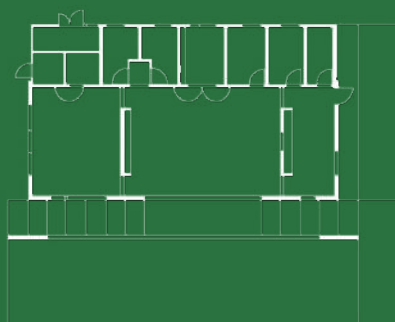
2009-2016  
Lilla, Belgio  
431.732 mq  
16 residenti

Centro di assistenza sanitaria semi-residenziale per gravi disabilità cognitive

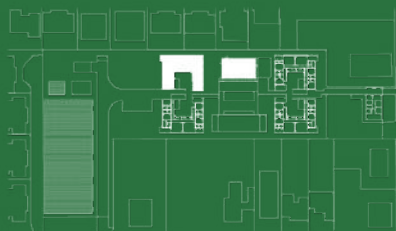
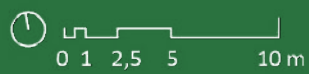




struttura residenziale



struttura comunitaria



# Sweetwater Spectrum Community

Una Comunità nel centro urbano

La leadership di Sweetwater Spectrum ha ideato una delle prime comunità residenziali autonome specificamente progettate secondo i principi del *design Autism-Friendly*, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia delle persone adulte con autismo. Situada in un lotto ben integrato nel tessuto urbano, la struttura favorisce l'inclusione sociale e lo scambio con la comunità circostante.

Il complesso residenziale è composto da quattro unità abitative, ciascuna dotata di quattro camere da letto, soggiorno, cucina e lavanderia in condivisione, per un totale massimo di 16 residenti. Una stanza aggiuntiva, posizionata nei pressi dell'ingresso, è destinata all'accoglienza di visitatori o all'uso da parte dello staff medico di supporto. L'intero progetto è concepito come modello abitativo flessibile e replicabile, con la possibilità di espandere la capacità abitativa attraverso la costruzione di ulteriori quattro unità nella vicina area verde. La struttura si distingue per l'alto livello di sostenibilità ambientale e l'efficienza tecnologica. Immersa nel verde, si sviluppa attorno a numerosi spazi aperti, cortili condivisi e zone dedicate al relax o alle attività comuni. Sono presenti un frutteto, un orto biologico e una piccola fattoria, tutti gestiti direttamente dai residenti. Un edificio comunitario, collocato al centro del complesso, ospita attività motorie e laboratori artistici a scopo terapeutico.

Ben collegata dal trasporto pubblico e facilmente accessibile a piedi o in bicicletta dal centro cittadino, la comunità beneficia anche del coinvolgimento attivo delle imprese locali e dei cittadini di Sonoma, che partecipano a programmi di volontariato e attività condivise. I residenti di Sweetwater, a loro volta, prendono parte alla vita della città attraverso lavori part-time e iniziative locali. In questo scambio continuo, la qualità della vita e il benessere di entrambe le comunità si arricchiscono reciprocamente.

## Gli spazi di soglia

La relazione con l'esterno si manifesta sia sul piano fisico che su quello sociale, articolandosi in spazi intermedi ben definiti: tra

Progetto  
**Sweetwater Spectrum  
Community**

Progettista  
**Leddy Maytum  
Stacy Architects  
+ ROCHE+ROCHE  
Landscape  
Architecture**

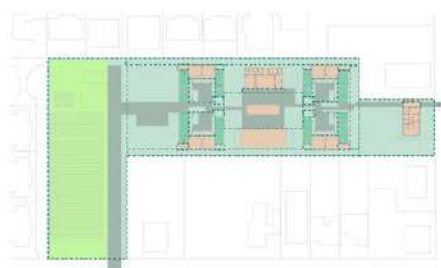
Anno  
**2009-2013**

Localizzazione  
**Sonoma County, San  
Francisco (USA)**

Area di estensione  
**11.000 mq  
16 residenze per  
adulti**

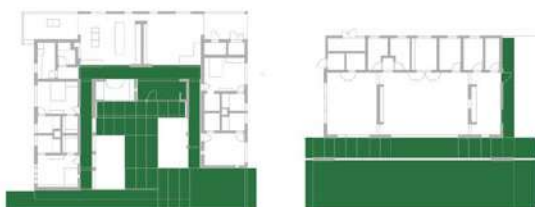
Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
con la gentile  
concessione di Tim  
Griffith

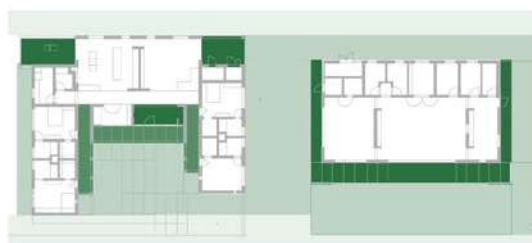


- Spazi residenziali personali
- Spazi comuni
- Comunità di Sweetwater Spectrum
- Comunità esterna
- Area agricola
- Spazi di soglia - filtro
- Spazi di soglia - transizione

### Spazi di transizione



### Spazi filtro



Livelli di intimità



### Spazi di rifugio e di attesa



la strada e la residenza, tra gli ambienti condivisi e quelli privati, tra l'esterno e l'interno. In questo contesto, la soglia non è un semplice varco da attraversare, ma una sequenza di ambienti che mediano il passaggio, rallentano il ritmo e accompagnano la transizione con gradualità.

Questi spazi soglia sono concepiti in stretta relazione tra i volumi architettonici e il paesaggio circostante. Elementi come coperture e pensiline in legno, diverse pavimentazioni, infissi ben riconoscibili e sedute di vario tipo scandiscono i passaggi, accompagnando l'utente dalla dimensione individuale a quella collettiva. Offrono, inoltre, la possibilità di sostare in angoli appartati o di anticipare visivamente lo spazio successivo, favorendo un'esperienza fluida e non traumatica del cambiamento. La soglia diventa così un luogo in sé, dilatato e mutevole, che segnala e accompagna con delicatezza il percorso tra i diversi gradi di intimità e socialità.

## Considerazioni

Le comunità residenziali come Sweetwater nascono con l'intento di promuovere l'inclusione sociale e supportare persone con autismi e le loro famiglie in un percorso verso l'autonomia e la responsabilizzazione. L'inserimento in un contesto urbano residenziale facilita l'interazione con i cittadini e favorisce una partecipazione attiva alla vita collettiva. Si tratta di un modello abitativo consapevole, progettato con grande attenzione ai dettagli e coerente con le linee guida per la riduzione della sovrastimolazione sensoriale.

La continuità dei percorsi, la riconoscibilità degli spazi e la varietà di servizi interni rendono il centro una sorta di micro-cittadella integrata nella città, racchiusa in un'area ben definita, con accessi controllati e confini chiaramente marcati. Tuttavia, pur rappresentando idealmente una comunità intenzionale ad alto livello di integrazione, il modello Sweetwater si confronta con alcune criticità. È un progetto complesso e costoso, difficilmente replicabile su larga scala, e rischia – nonostante la collocazione strategica – di restare parzialmente isolato rispetto al contesto urbano.

Inoltre, l'impostazione spaziale, per quanto accurata, può apparire troppo rigida o standardizzata, e le dimensioni complessive del complesso risultano sproporzionate rispetto al numero di abitanti. Una riduzione della scala, una maggiore personalizzazione delle unità abitative e un abbattimento dei costi, uniti alla sostenibilità ambientale, alla possibilità di autogestione e all'integrazione nel tessuto urbano, potrebbero rappresentare i requisiti fondamentali per rendere questo modello più accessibile e inclusivo.

Fig. 6 • 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" (Ahrentzen e Steele, 2009). 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 e una quota associativa.

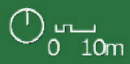


Leddy Martin Stacy Architects | Photo: Tim Griffith ©



Leddy Martin Stacy Architects | Photo: Tim Griffith ©





# Betersweet Farm Community

Una Comunità agricola in periferia

Negli Stati Uniti, a partire dagli anni Settanta, iniziano a svilupparsi le prime forme di comunità agricole residenziali, note come *Farm Communities*. Questi modelli innovativi nascono con un approccio riabilitativo volto a promuovere l'autonomia delle persone adulte con autismo, attraverso il lavoro e la vita collettiva. Si tratta di piccoli villaggi autosufficienti, produttivi e cooperativi, in cui i residenti possono coltivare la terra, occuparsi di animali, produrre beni e venderli, contribuendo attivamente alla vita della comunità.

Bittersweet Farms è considerata la prima realtà di questo tipo negli Stati Uniti. Offre un sistema integrato di servizi residenziali, inserimento lavorativo e attività diurne, dedicato a persone con disturbi dello spettro autistico. Il complesso si compone di dodici unità abitative, edifici amministrativi e spazi destinati alle attività agricole, terapeutiche e di supporto alla vita comunitaria. Attualmente accoglie una ventina di adulti con diversi livelli di autismo e disabilità dello sviluppo, che partecipano quotidianamente a programmi individualizzati. Le attività comprendono orticoltura, falegnameria, arti visive, cura degli animali, cucina, pulizia, riciclo e manutenzione degli spazi esterni. Ogni proposta è pensata per potenziare le capacità decisionali, la gestione autonoma della quotidianità e il senso di responsabilità.

Il contesto fisico gioca un ruolo fondamentale: gli spazi rurali sono progettati in stretta coerenza con gli obiettivi educativi e abilitativi, offrendo un ambiente sicuro, strutturato ma stimolante. La comunità è inoltre integrata nel vicino centro rurale di Whitehouse, dove i residenti possono accedere a servizi di base, negozi e ristoranti, favorendo ulteriormente il processo di inclusione sociale.

## Gli spazi di soglia

Le *farm community* rappresentano un'alternativa valida alla vita urbana per persone con bisogni specifici, in particolare di tipo cognitivo, poiché offrono condizioni favorevoli al benessere in-

Progetto  
**Betersweet Farm  
Community**

Anno  
**1982**

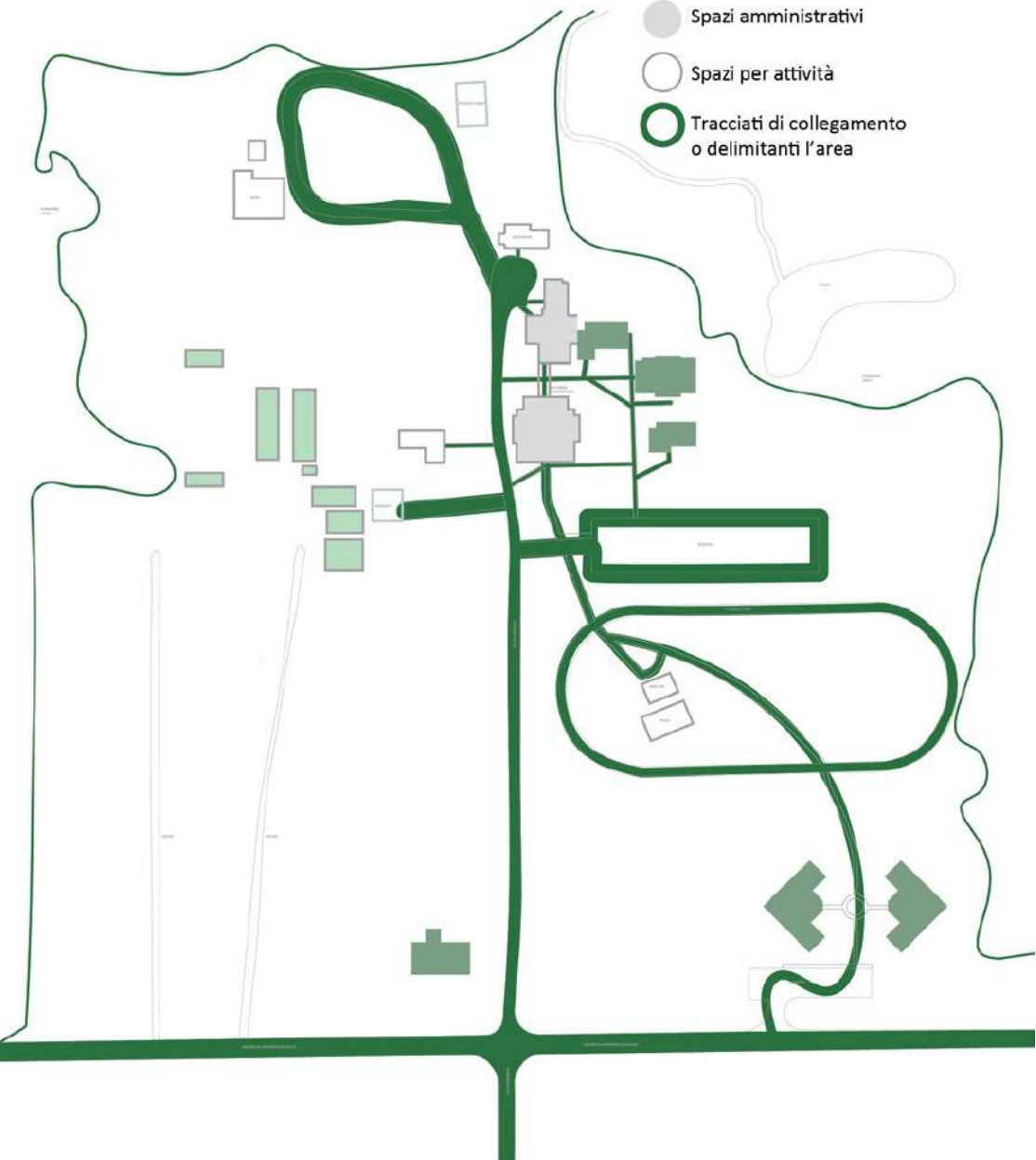
Localizzazione  
**Archbold-Whitehouse  
Rd, Whitehouse, OH  
(USA)**

Area di estensione  
**300.000 mq**  
Il complesso  
comprende 12 moduli  
abitativi per 20  
residenti adulti e 15  
in età dello sviluppo,  
edifici amministrativi,  
locali di servizio alla  
vita rurale e alle altre  
attività terapeutiche.

Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
**Lucinda Wiebe**

- Residenze
- Serre e fattoria
- Spazi amministrativi
- Spazi per attività
- Traccianti di collegamento o delimitanti l'area



dividuale in un contesto più controllato, coerente e prevedibile. Si tratta di insediamenti abitativi situati in aree rurali, spesso caratterizzati da una dimensione familiare e non istituzionalizzata, in cui la quotidianità si struttura attorno al lavoro agricolo, all'allevamento e a relazioni sociali significative.

Queste comunità si integrano con il territorio circostante attraverso attività produttive e programmi di sostegno rivolti non solo ai residenti, ma anche alle famiglie coinvolte, promuovendo una rete solidale e collaborativa. La vendita e lo scambio dei prodotti agricoli costituiscono il principale punto di contatto con il mondo esterno, rafforzando il legame economico e simbolico con la comunità più ampia.

In questo scenario, gli *spazi di soglia* assumono un ruolo cruciale: rappresentano le aree intermedie tra la comunità rurale e l'ambiente urbano, tra la protezione dell'intimità comunitaria e l'apertura verso l'esterno. Quando progettati con attenzione, questi spazi diventano filtri che connettono, tutelano e facilitano la transizione tra realtà differenti. Tuttavia, se non adeguatamente strutturati, possono trasformarsi in barriere fisiche e sociali, limitando l'integrazione con il contesto cittadino e riducendo le interazioni a semplici scambi economici.

## Considerazioni

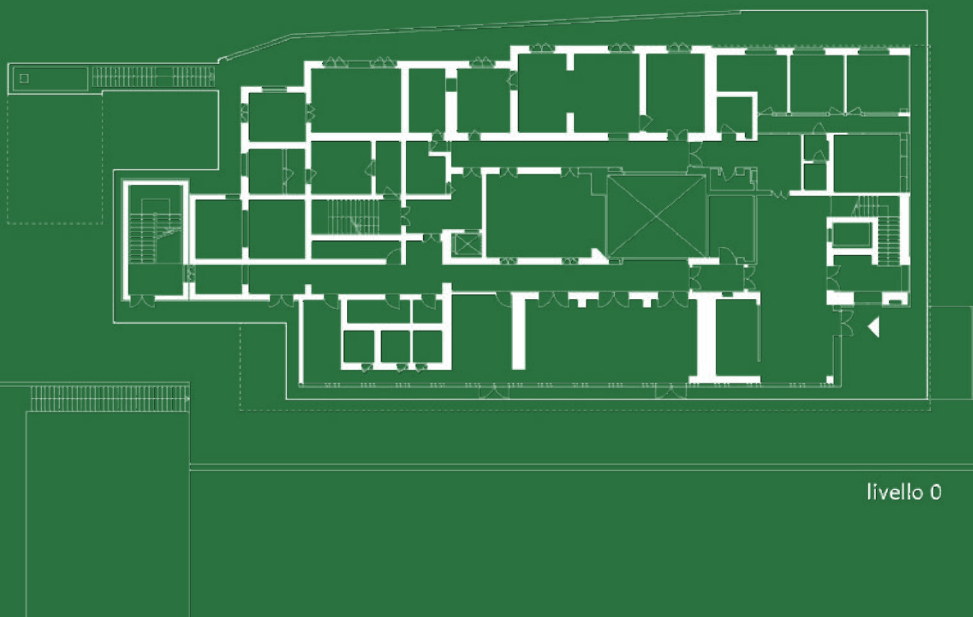
L'integrazione in un contesto rurale rappresenta l'aspetto distintivo di queste comunità, considerate ambienti ideali per la loro coerenza percettiva, la bassa densità di stimoli e la possibilità di organizzare attività significative come l'agricoltura e la cura degli animali. La distanza dal contesto urbano e la separazione dal modello istituzionale offrono ai residenti un senso di sicurezza e protezione, riducendo il rischio di sovrastimolazione sensoriale, frequente in ambienti cittadini complessi e caotici.

Tuttavia, questa stessa protezione può trasformarsi in una limitazione. L'isolamento geografico e sociale può infatti ridurre le occasioni di confronto con ambienti diversi e ostacolare una piena integrazione nella vita della comunità urbana. Per questo motivo, è fondamentale che questi modelli residenziali vengano progettati non come realtà chiuse, ma come sistemi aperti, capaci di mantenere un dialogo attivo e reciproco con il territorio circostante, valorizzando tanto l'autonomia individuale quanto l'inclusione sociale.

Fig. 7 • Il primo esempio di farm community in Italia nasce nel 2002 sulle rovine di un'azienda agricola dismessa, in Valle Staffora, a 3 km dal centro abitato di Ponte Nizza, nel cuore dell'Oltrepò Pavese, la Cascina Rossago. Essa è composta da tre case, disposte attorno a uno spazio centrale, che ospitano ciascuna otto persone adulte con autismo e con gravi problemi di comunicazione e disturbi di comportamento.







livello 0



# Casa Verde

**Residenza sanitaria per ragazze e donne  
con disabilità neuropsichiche**

Un tempo orfanotrofio, l'edificio noto storicamente come *Casa Verde* deve il suo nome alla posizione immersa nel verde di una foresta, a ridosso del centro storico collinare di San Miniato. Divenuto nel tempo un punto di riferimento per la cittadina medievale grazie alla presenza di associazioni e iniziative di volontariato, l'edificio è stato trasformato in una residenza sociale dalla Fondazione Stella Maris, destinata principalmente all'accoglienza di donne affette da patologie neuropsichiatriche.

Il progetto di recupero nasce da una stretta collaborazione tra architetti, ingegneri, personale medico e artisti, con l'obiettivo di reintegrare l'edificio nel tessuto sociale e urbano. Questo processo ha incluso la valorizzazione dei percorsi naturalistici circostanti e il ripristino dei collegamenti con i vecchi "vicoli carbonari" che uniscono la struttura al centro cittadino. Inoltre, sono stati attivati spazi ricreativi e artistici aperti alla comunità, culminati nella creazione di una collezione di opere contemporanee dedicate alle ospiti della residenza.

Alla base del progetto vi è la volontà di conservare l'impianto originario, sia nei materiali che nelle forme, evidenziando nel contempo l'ampliamento attraverso l'introduzione di elementi architettonici contemporanei. L'intervento principale consiste nell'aggiunta di un nuovo volume in metallo e cemento, sovrapposto in modo rispettoso all'edificio esistente. Questo nuovo corpo si distingue per una facciata ventilata realizzata in pannelli metallici microforati di varie tonalità di verde. Tale facciata assume un forte valore simbolico: appare eterea e diafana se osservata da vicino, ma assume un aspetto più solido e compatto da lontano. I fori dei pannelli favoriscono un dialogo tra interno ed esterno, lasciando filtrare la luce naturale e creando, nel vano scala principale, un'atmosfera sospesa e suggestiva.

Le aperture lungo la facciata permettono inoltre di proiettare lo sguardo verso i percorsi storici e la vecchia casa colonica, rafforzando il legame visivo e simbolico con il territorio. Alla base del nuovo corpo architettonico, una serie di portefinestre mette in relazione diretta l'interno con l'esterno: su cia-

Progetto  
**Casa Verde**

Progettista  
**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,  
di cui una parte  
residenziale con 13  
camere doppie e 3  
single

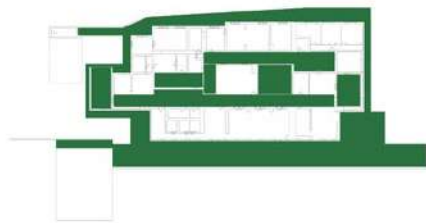
Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
con la gentile  
concessione  
di Simone Bossi

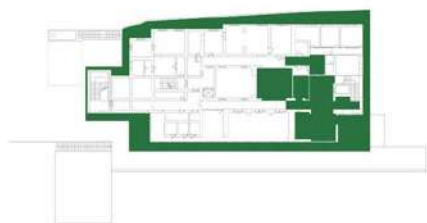


**livello 0**

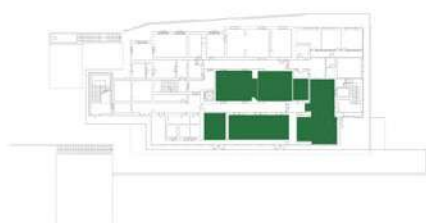
**Spazi di transizione**



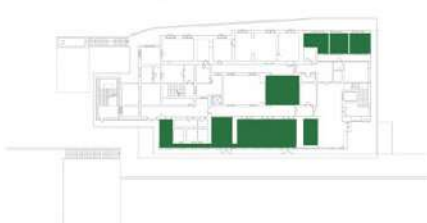
**Spazi filtro**



**Spazi d'attesa**



**Spazi di rifugio**



scuna di esse sono riportati disegni realizzati dalle residenti, trasformando così l'edificio in uno spazio partecipato, narrativo e aperto.

All'interno, la palette cromatica si orienta su tonalità neutre, prevalentemente grigi chiari, in contrasto con le linee colorate che identificano i diversi reparti, suddivisi secondo il grado delle patologie. I colori verde, blu e arancio — ripresi anche nell'arredo, nella segnaletica e nelle icone applicate su pareti e porte — contribuiscono a definire l'orientamento e l'identità degli spazi, sostenendo la chiarezza percettiva e il benessere ambientale.

## Gli spazi di soglia

La struttura si sviluppa su due livelli distinti. Al piano terra si trovano gli spazi comuni, le stanze per le terapie, i laboratori, la cucina, le sale da pranzo, il soggiorno e la corte. Questi ambienti, accessibili anche a utenti esterni non coinvolti direttamente nei percorsi terapeutici, favoriscono la socializzazione e la condivisione, diventando luoghi di incontro dove l'attività artistica assume un ruolo centrale nel quotidiano e nella cura.

Il piano superiore è invece dedicato alla sfera più privata, con le camere da letto e le zone comuni riservate esclusivamente alle residenti. Le stanze, pensate per ospitare due persone, sono ambienti personalizzabili che garantiscono uno spazio di intimità e tutela della privacy. La netta separazione funzionale tra i due livelli (zona giorno e zona notte) risulta evidente anche negli studi planimetrici, a testimonianza di un progetto che intende evitare la sovrapposizione tra le dinamiche comunitarie e il percorso terapeutico individuale. I passaggi tra gli ambienti interni sono marcati da soglie ben definite — porte e varchi — che scandiscono il ritmo dello spazio, segmentandolo e rendendone chiara la funzione.

Questi spazi di soglia non emergono solo come elementi architettonici, ma anche come dispositivi relazionali tra il nuovo edificio e il preesistente. Quest'ultimo, inglobato nella nuova costruzione, non perde la propria identità ma ne diventa parte attiva e funzionale, contribuendo alla vita quotidiana della struttura. È interessante notare come, dall'interno, il passaggio tra i due volumi non sia percepito in modo netto, mentre dall'esterno la presenza dell'edificio storico risulta quasi dissolta, nascosta dietro la facciata contemporanea.

Il nuovo corpo edilizio, rivestito in pannelli metallici traforati, genera oggetti e percorsi coperti che avvolgono e accompagnano l'ingresso, guidando dolcemente alla scoperta della *Casa Verde*. Questa soglia architettonica diventa così filtro, cornice e invito all'esplorazione, in un equilibrio tra memoria e contemporaneità.

Fig. 8 • L'edificio principale, sulla cima della collina, si eleva su due livelli, dove al primo si svolgono attività e al secondo si trovano le camere degli ospiti 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. Si tratta di un recupero e integrazione del nuovo centro con l'edificio preesistente, che ospitava un orfanotrofio. La struttura si occupa di giovani e adulti dai 12 anni in poi, con importanti quadri clinici: ritardo mentale, autismo, disturbi del comportamento, della relazione e della socializzazione.

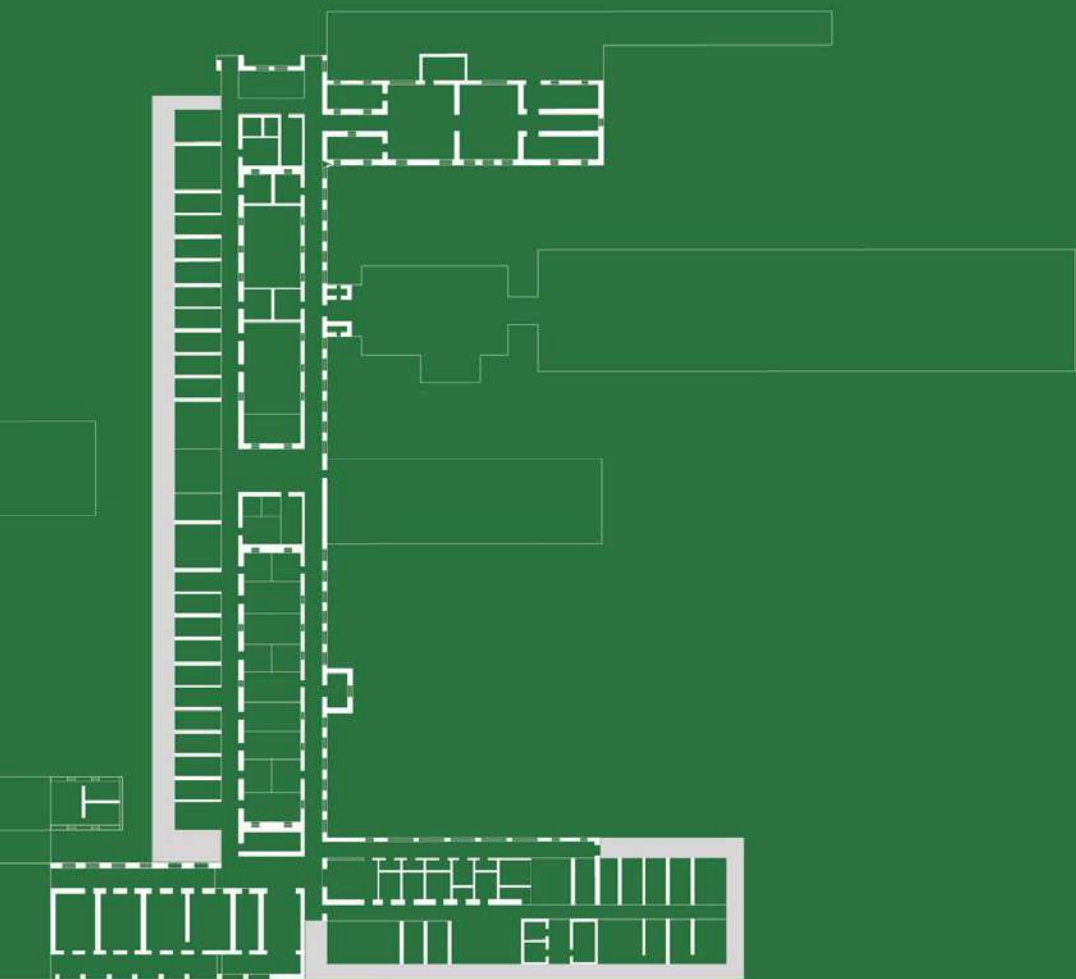


## Considerazioni

Pur trovandosi in un'area apparentemente isolata, il centro è profondamente radicato nel tessuto sociale locale. L'inclusione e la partecipazione alla vita della comunità avvengono in modo naturale, attraverso un continuo scambio di esperienze e valori. Le attività artistiche, se da un lato rappresentano strumenti terapeutici fondamentali per le residenti, dall'altro diventano occasioni di dialogo con l'esterno, rafforzando il ruolo del centro come spazio aperto e condiviso.

Il nuovo edificio si inserisce nel contesto storico con rispetto e discrezione, senza intaccarne la memoria, ma anzi valorizzandone il racconto attraverso l'architettura. All'interno, la scelta cromatica degli spazi serventi segue una logica funzionale: colori vivaci e differenziati per segnalare i reparti, utilizzati anche negli arredi, nelle icone e nella segnaletica, rafforzano l'orientamento e la leggibilità degli ambienti.

In contrasto con questa vivacità visiva, le camere sono caratterizzate da tonalità di grigio chiaro, una scelta consapevole degli architetti per generare un'atmosfera ovattata e rassicurante, in linea con le esigenze neuropsichiatriche delle ospiti. Questo equilibrio tra stimolazione e quiete, tra apertura e protezione, rende il progetto un esempio sensibile di architettura al servizio della cura.



0 5 10m



# San Francisco Javier Center

Riqualficazione con ampliamento del Centro storico Psichiatrico di Pamplona

L'attenzione di questa analisi si concentra in particolare sulle strutture di recente edificazione, realizzate per l'ampliamento dell'area sanitaria attuale, oggi punto di riferimento locale per la cura di pazienti affetti da gravi patologie psichiatriche.

Il complesso originario, costruito nel XIX secolo, sorgeva in un'area allora periferica e isolata rispetto al centro urbano. Seguiva il classico impianto ospedaliero ottocentesco: un organismo frammentato in padiglioni ortogonali disposti attorno a corti interne. La planimetria simmetrica prevedeva un'articolazione gerarchica degli spazi, ben leggibile nelle facciate attraverso la scansione regolare delle finestre, corrispondente alle diverse funzioni e livelli di assistenza.

Nel tempo, tuttavia, successive aggiunte funzionali – realizzate senza una visione unitaria – hanno compromesso la coerenza formale e tipologica dell'insieme.

Il nuovo masterplan di riqualficazione si è posto tre obiettivi principali: la rimozione delle estensioni incongrue e di scarsa qualità architettonica, restituendo all'impianto originario una lettura più ordinata e coerente; il recupero funzionale e tipologico della struttura storica e l'ampliamento dell'offerta sanitaria, attraverso la costruzione di nuovi padiglioni per la degenza e la riabilitazione.

L'intervento ha previsto l'estensione di uno dei corpi trasversali e l'aggiunta di un edificio longitudinale, completando il fronte orientale del complesso. I nuovi volumi, sebbene contemporanei, richiamano la struttura storica per proporzioni e riferimenti tipologici: mantengono infatti la logica del padiglione con copertura a falde (pur variandone inclinazioni e sezioni) e una forte continuità visiva tra interno ed esterno, grazie all'uso di facciate vetrate arretrate al piano terreno.

La struttura dei nuovi edifici è interamente realizzata in calcestruzzo, utilizzato sia per le partizioni verticali che orizzontali, incluse le coperture. Le superfici sono trattate con una finitura colorata che richiama il tono del legante presente nelle muraure storiche in pietra e mattoni, così da ottenere una cromia

Progetto  
**San Francisco Javier Center**

Progettista  
**Vaillo+Irigaray Architects**

Anno  
**2012-2017**

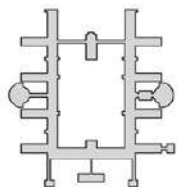
Localizzazione  
**Pamplona, Spagna**

Area di estensione  
**Del masterplan 291.455 mq**  
**Degli spazi verdi 51.966 mq**  
**Dell'ampliamento 9.820 mq**

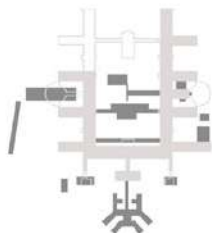
Disegni progetti  
**rielaborazioni grafiche dell'autrice**

Fotografie  
**con la gentile concessione di Rubén P. Bescós**

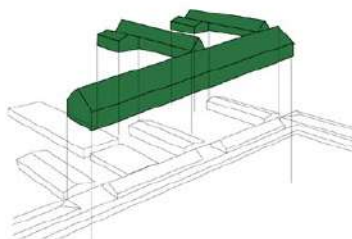
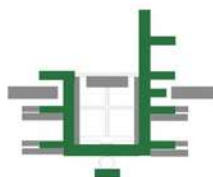
Planimetria 1906



Planimetria 2010



Planimetria di progetto 2014



omogenea. Questo trattamento è stato pensato per integrarsi nel tempo, scurendosi e armonizzandosi con l'aspetto materico degli edifici esistenti. Elemento distintivo delle nuove facciate è la reinterpretazione in chiave astratta degli archi della vecchia struttura: geometriche proiezioni in corten incorniciano le finestre, conferendo profondità e ritmo alla composizione. In alcuni punti, questi elementi fungono anche da schermature solari, offrendo al contempo un sottile richiamo formale alla memoria storica dell'edificio.

## Gli spazi di soglia

Lo spazio di soglia assume un ruolo chiave nella relazione tra passato e presente, divenendo un elemento intermedio capace di tessere connessioni tra interno ed esterno, tra architettura e paesaggio, tra memoria e trasformazione. Si manifesta nella continuità visiva che unisce gli ambienti abitati al contesto naturale, nell'attenzione alle superfici di facciata che mantengono tracce riconoscibili della storia del luogo, e nella scelta di materiali capaci di differenziare senza rompere l'armonia complessiva.

Queste soglie si rendono percorribili, percepibili e porose: non si chiudono mai del tutto, ma restano aperte al passaggio e allo sguardo. Emergono soprattutto nelle soluzioni formali e compositive degli involucri architettonici, più che nella distribuzione interna degli spazi. Ne è esempio il piano terreno vetrato, arretrato rispetto ai volumi superiori in calcestruzzo, che crea un basamento trasparente, quasi sospeso, capace di accogliere senza separare. I nuovi materiali dialogano con l'esistente attraverso la restituzione astratta degli elementi storici: archi ribassati, finestre gemelle, lesene e marcapiani scolpiti sulla pelle del cemento si intrecciano con schermature in corten, dichiarando esplicitamente l'appartenenza di queste architetture a una contemporaneità rispettosa.

## Considerazioni

L'intervento si distingue per la capacità di interpretare la morfologia originaria del complesso ospedaliero ottocentesco senza cedere alla tentazione della mera imitazione. La strategia progettuale punta a una continuità morfologica e tipologica, piuttosto che formale, inserendo nuovi volumi coerenti per dimensioni, proporzioni e articolazione spaziale, ma aggiornati nei materiali e nei linguaggi architettonici.

L'archetipo del padiglione con copertura a falde viene ripreso e riletto in chiave contemporanea, mentre gli spazi aperti – cor-

Fig. 9 • 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 unisse forma e struttura in un unico elemento.



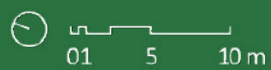
ti, interstizi e zone verdi – vengono valorizzati come risorse spaziali e simboliche. Le tracce della memoria sono incise nella materia del nuovo, in un processo di stratificazione e trasformazione continua. Il perimetro vetrato al piano terra richiama il concetto del portico ospedaliero tradizionale, suggerendo un'apertura non solo fisica ma anche percettiva.

Si tratta di un'ibridazione riuscita tra antico e moderno, che riattiva le funzioni esistenti attraverso una nuova configurazione spaziale e l'introduzione di soluzioni tecnologiche contemporanee. Tuttavia, questa coerenza tipologica si riflette anche in una certa neutralità degli spazi interni, ancora legati allo schema tradizionale corridoio-cella, il che potrebbe limitare il potenziale innovativo dell'intervento sul piano della qualità dell'abitare e della relazione interpersonale.

Nel complesso, il progetto si presenta come un organismo architettonico di grande qualità estetica, capace di fondere passato, presente e futuro in un linguaggio sobrio ma espressivo. Tuttavia, permane un certo distacco dal tessuto sociale e urbano circostante: la posizione immersa nel verde, se da un lato protegge e isola dalle pressioni esterne, dall'altro rischia di accentuare la separazione fisica e simbolica dal resto della comunità.



livello 0



# Baum Haus

Centro di riabilitazione psichiatrica infantile

Il Baum Haus è un centro semiresidenziale per la riabilitazione psichiatrica di bambini e adolescenti, progettato per accogliere i giovani per periodi fino a due anni e mezzo. Durante la permanenza, gli ospiti frequentano regolarmente le scuole del territorio, garantendo una continuità educativa e relazionale con la comunità locale. Nonostante la vicinanza con la cittadina di Date, il sito gode di una condizione di protezione acustica, grazie alla posizione collinare e alla distanza dalla linea ferroviaria e dalle arterie stradali costiere. Immerso in una fitta foresta, il complesso è pensato per offrire un contatto diretto con la natura, valorizzato dalle ampie superfici vetrate che garantiscono luce naturale e scorci panoramici continui.

Il progetto architettonico si articola in tre corpi principali: l'edificio centrale, fulcro del complesso, si sviluppa attraverso 24 volumi cubici bianchi, disposti su due livelli in modo apparentemente disordinato, ma capaci di creare un'immagine complessiva che richiama quella di una micro-città nella foresta. Ogni cubo rappresenta simbolicamente una casa e può ospitare fino a quattro persone per piano, con una capienza complessiva di circa 50 residenti. La distribuzione degli spazi interni prevede camere maschili al piano terra e camere femminili al primo piano. Oltre alle aree residenziali, questo blocco accoglie anche una clinica per la riabilitazione e la direzione amministrativa. Il secondo edificio, leggermente separato dal primo, è dedicato al percorso educativo per una "vita indipendente", pensato per adolescenti fino a un massimo di 20 ospiti. Architettonicamente si distingue per l'utilizzo di cubi neri, collegati da pareti vetrate che mantengono una connessione visiva e simbolica con l'ambiente circostante. Una piccola dependance, infine, ospita due unità abitative destinate ai familiari in visita, favorendo il mantenimento del legame affettivo e familiare anche durante il percorso terapeutico.

La concezione spaziale del Baum Haus si fonda su principi di semplicità e naturalezza, riflessi anche nella scelta dei materiali e dei colori. I volumi principali sono monolitici e omogenei, interamente bianchi sia all'esterno che all'interno, comprese le superfici dei

Progetto  
**Baum Haus  
Psychiatric  
Rehabilitation Centre  
for Children**

Progettista  
**Sou Fujimoto**

Anno  
**2003-2006**

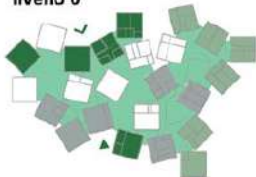
Localizzazione  
**Isola di Hokkaido,  
Date, Giappone  
Situato su un pendio  
collinare che domina  
la baia di Uchiura  
Wan nell'Oceano  
Pacifico**

Area di estensione  
**edificio principale  
2500 mq  
cubi di dimensioni 6,3  
x 6,3 m  
dormitorio 570 mq  
dependance per  
famiglie 100 mq**

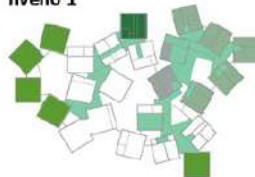
Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
con la gentile  
concessione di  
Daici Ano

livello 0



livello 1



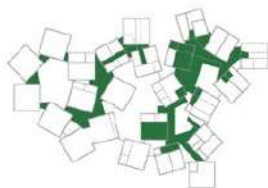
- copertura piana accessibile
- superficie calpestabile
- cubi di accesso
- cubi residenze
- cubi per il personale
- cubi e spazi attività
- ▲ accesso bambini
- ┘ accesso personale

Spazi di transizione

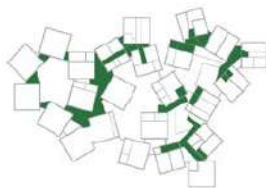
livello 0



livello 1



Spazi filtro

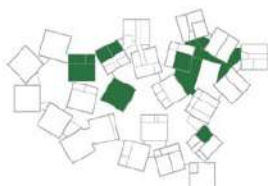


Spazi d'attesa

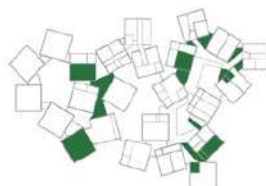
livello 0



livello 1



Spazi di rifugio



soffitti, composti da una griglia regolare di assi di legno ridipinte di bianco. Questo elemento, oltre a occultare gli impianti tecnici, consente il filtraggio della luce naturale proveniente dai lucernari, contribuendo a un'atmosfera luminosa e raccolta.

## **Gli spazi di soglia**

Alla base del progetto dell'edificio principale c'è l'idea di creare vuoti spaziali che gli ospiti possano trasformare in luoghi con un'identità propria, a seconda dell'uso. Gli spazi comuni a doppia altezza ospitano attività a cui i bambini possono scegliere liberamente di partecipare. Nicchie e angoli nascosti offrono diversi livelli di privacy, mentre il complesso layout stimola la curiosità attraverso la scoperta della struttura, che si distanzia dall'aspetto domestico tradizionale. La circolazione interna, pur articolata, risulta facilmente orientabile grazie all'omogeneità della pavimentazione.

Gli spazi tra i cubi bianchi sono progettati con cura per creare una continuità che varia da zone strette e dense, nelle intersezioni, ad aree ampie e aperte negli ambienti comuni. Le facciate vetrate assicurano un forte legame tra interno ed esterno, dissolvendo i confini tra edificio e paesaggio, mentre il confine tra spazio pubblico e privato è volutamente sfumato.

Le aree per ristorazione e tempo libero si trovano negli spazi interstiziali, affiancate da zone dedicate ad attività più personali, come la cura del corpo. Nei cubi si trovano invece ambienti più intimi: camere da letto, servizi igienici, una piccola biblioteca e una cucina. Le aree di riabilitazione includono sale terapeutiche, spazi per attività motorie e un laboratorio di artigianato, con sale polivalenti ricavate dalle intersezioni.

Gli ingressi sono distinti: quello per i bambini conduce a un'area intima per la preparazione (come riporre scarpe e lavarsi le mani), per poi aprirsi agli spazi comuni; quello per gli adulti si sviluppa tra uffici, sale d'attesa e di incontro, attraverso collegamenti vetrati.

## **Considerazioni**

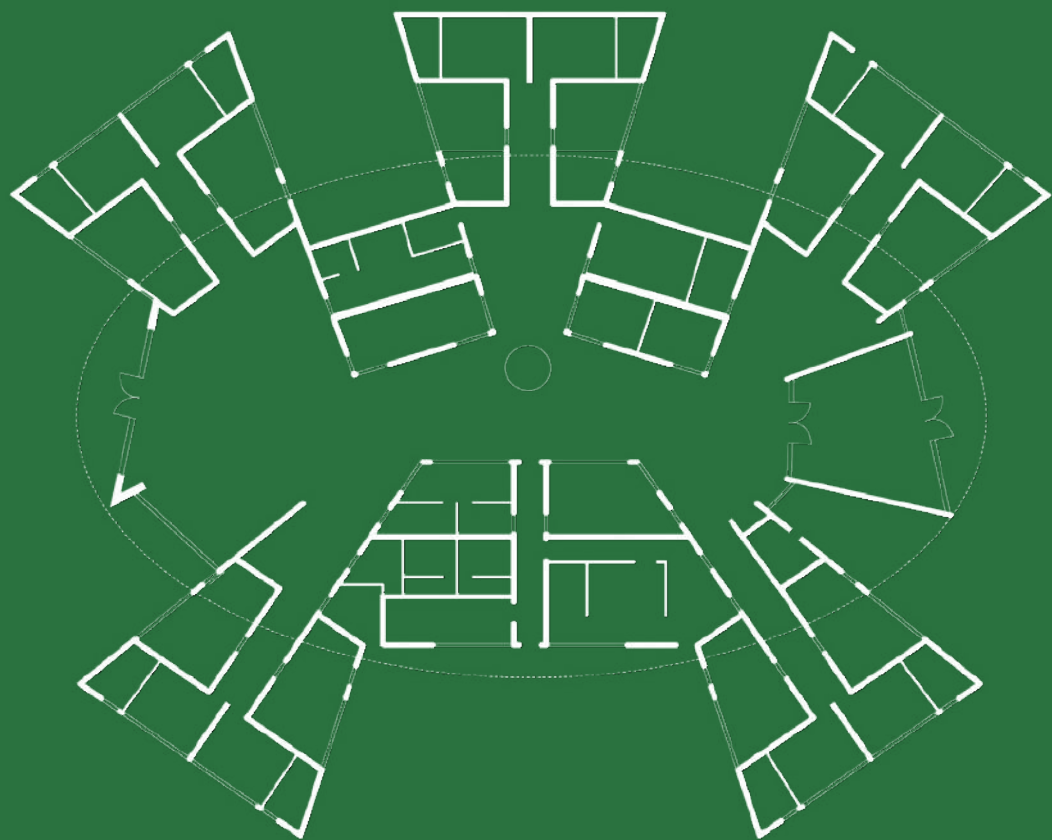
L'architetto definisce il progetto come un "luogo vago, imprevedibile, pieno di improbabilità". L'obiettivo è offrire libertà e privacy ai bambini, garantendo sicurezza e superando la tradizionale gerarchia degli spazi sanitari e la logica del corridoio distributivo. Gli ambienti piccoli favoriscono intimità e interazione, bilanciando l'apertura degli spazi comuni a doppia altezza e la libertà di muoversi dentro e fuori la struttura, accompagnati da una graduale variazione di scala.

Fig. 10 • Il pavimento in legno verniciato crea continuità tra i volumi, rispecchiandosi nelle finiture degli arredi, nelle ringhiere delle scale e dei balconi al primo piano, così come negli elementi degli spazi comuni. L'uso ricorrente del legno come materiale guida aiuta a creare un ambiente domestico, accogliente e terapeutico, adatto alle esigenze sensoriali e psicologiche degli ospiti.



Tuttavia, non sempre il bambino è in grado di scegliere autonomamente quali spazi frequentare: le nicchie, seppur rifugi accoglienti, richiedono fiducia e responsabilità che, data la varietà d'età e la sensibilità emotiva, potrebbero non essere adatte a tutti. La ripetitività e dispersione di spazi, anche se contenuti, potrebbe limitare il senso di "casa" necessario a questa fascia d'età. Pur essendo favorevoli per la condivisione, gli spazi comuni da soli potrebbero non compensare questa mancanza.

Infine, sebbene privilegiata dal punto di vista paesaggistico, la posizione isolata e periferica della struttura può generare ansia nei bambini, che si trovano lontani dall'ambiente familiare e comunitario.



# L'éveil du Scarabée

Centro semi-residenziale per adulti con autismo

L'éveil du Scarabée è una casa progettata da Emmanuel Negroni nel 2006 per 20 adulti nello spettro autistico, con necessità di alto livello assistenziale. L'edificio mira a offrire un ambiente che favorisca una "buona vita con autismo", fondandosi sul concetto di "piazza del villaggio": un asse centrale lungo il quale si sviluppano le aree comuni, amministrative e mediche, da cui si diramano le stanze dei residenti, concepite come "case di legno" emergenti da questa piazza.

La piazza ospita un nuovo edificio con sale per esercizi e attività, e un fienile storico, restaurato per ospitare animali. Il progetto si concentra sull'uso sensoriale come terapia, creando un'atmosfera accogliente e familiare, pur garantendo i necessari supporti. I volumi differenziati e le altezze variabili definiscono spazi comuni e privati, dove i residenti possono rilassarsi e partecipare a diverse attività. La luce naturale e le ampie vetrature sono posizionate per offrire viste sul paesaggio esterno, mentre l'illuminazione artificiale svolge una funzione di cromoterapia sia di giorno che di notte.

Gli ambienti sono studiati per rispondere alle esigenze specifiche dei residenti, con colori d'accento diversi nelle aree amministrative e mediche. Le stanze sono personalizzabili. Per minimizzare il riverbero, le pareti e i soffitti sono trattati acusticamente. La sostenibilità è un elemento centrale: l'edificio utilizza energie rinnovabili, con pannelli solari per l'acqua calda, un sistema di ventilazione con recupero energetico e riscaldamento a pavimento alimentato da energia geotermica.

Le cinque abitazioni, realizzate con diversi tipi di legno, ospitano ciascuna quattro stanze di 25 mq e sono distanziate dallo spazio pubblico centrale per favorire la privacy.

Infine, leggermente distaccati dalla struttura principale, due piccoli edifici – l'ex fattoria e il fienile – sono stati fedelmente restaurati e destinati ad attività lavorative ed educative.

Progetto  
**L'éveil du Scarabée**

Progettista  
**Emmanuel Negroni**

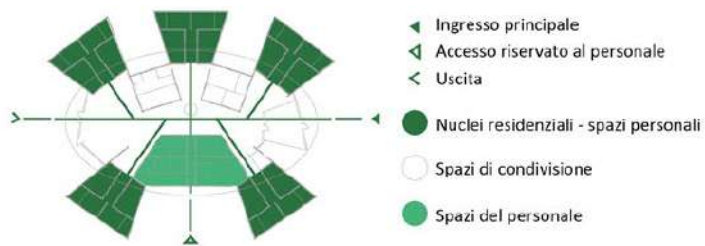
Anno  
**2011-2014**

Localizzazione  
**Chateau de Bourron,  
Champcevrains,  
Francia**

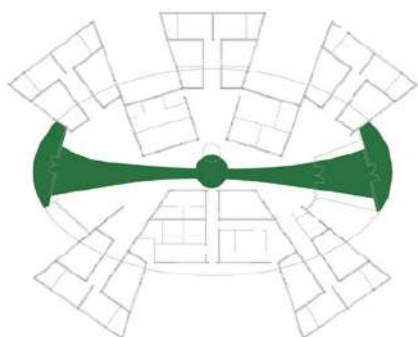
Area di estensione  
**1530 mq**  
Il complesso è  
composto da 5 nuclei  
abitativi, ciascuno con  
4 stanze, per un totale  
di 20 posti letto,  
con possibilità di  
espansione fino a 36

Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

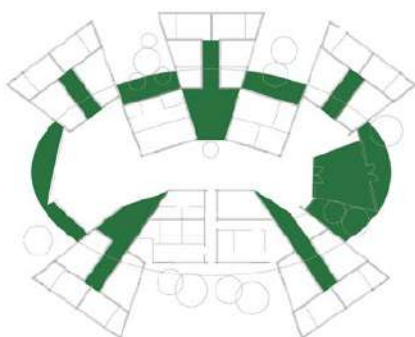
Fotografie  
con la gentile  
concessione di  
Emmanuel Negroni



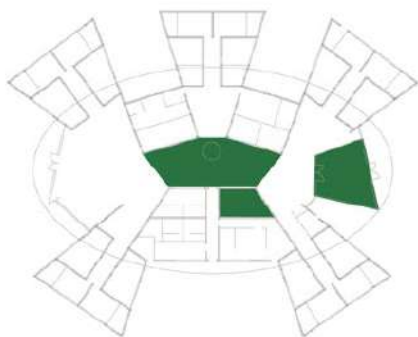
**Spazi di transizione**



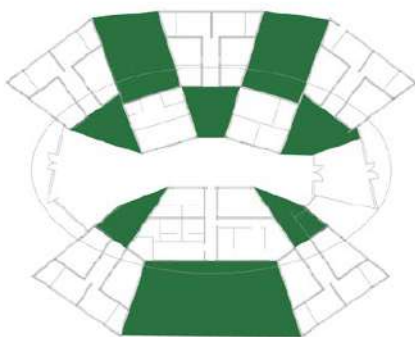
**Spazi filtro**



**Spazi d'attesa**



**Spazi di rifugio**



## Gli spazi di soglia

La volumetria dell'edificio, con la copertura a volta ellittica in zinco, crea un ambiente accogliente e protetto, pur garantendo ampi spazi per abitazioni e servizi amministrativi e tecnici. Al centro, la piazza interna funge da fulcro: uno spazio di incontro, passaggio e transizione attorno al quale si organizzano tutte le funzioni. Le abitazioni in legno, adiacenti al corpo centrale, offrono ambienti più intimi e riservati.

Il rapporto tra interno ed esterno è valorizzato dall'uso attento della luce, naturale e artificiale. La luce del giorno filtra in modo diffuso da lucernari e finestre, incorniciando scorci di cielo e vegetazione; di notte, gli stessi lucernari diventano sorgenti luminose che trasformano l'atmosfera. L'illuminazione artificiale, regolabile in intensità e cromia, accompagna i ritmi della giornata: toni caldi e rilassanti la sera, colori più vivaci durante il giorno. Colori e materiali guidano l'orientamento e la percezione degli spazi: ingressi, salotti e aree comuni sono identificabili grazie a cromie applicate ad arredi, infissi e dettagli architettonici, creando soglie leggere ma riconoscibili.

In assenza di aree dedicate all'attesa, lungo le sale affacciate sulla piazza interna sono stati integrati spazi per dialogo, lettura, riposo e gioco, con diversi livelli di privacy. L'arredo e la disposizione degli elementi favoriscono un ambiente fluido, che stimola il movimento senza percorsi obbligati.

## Considerazioni

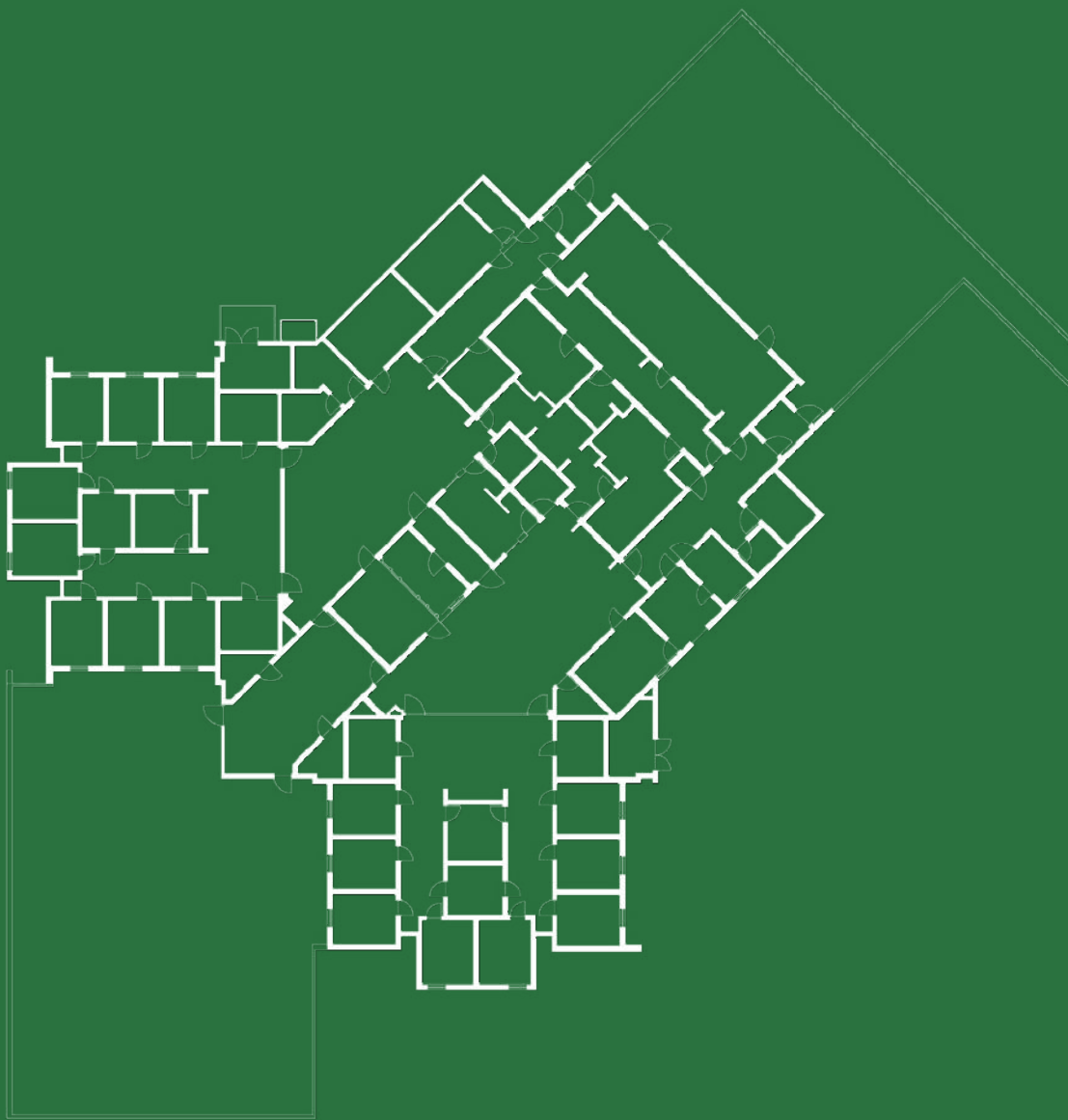
Il progetto, risultato di quasi sette anni di ricerca, si propone come modello replicabile per l'architettura dedicata all'autismo, mantenendo una forte identità. L'approccio sensoriale tradotto in linguaggio architettonico risponde alle diverse esigenze dello spettro autistico. Nonostante i limiti economici, le soluzioni adottate sono efficaci e accessibili.

Particolare valore ha l'illuminazione, che favorisce ritmi quotidiani semplici e naturali. L'uso del colore aiuta l'orientamento spazio-temporale, mentre l'acustica è curata con pareti metalliche perforate per ridurre l'eco. Le abitazioni, personalizzabili e separate dagli spazi comuni, garantiscono privacy, pur con qualche variazione nell'esposizione solare dovuta alla simmetria dell'impianto. I laboratori, mantenuti nella forma originaria e separati dal nucleo centrale, offrono spazi per attività lavorative e rappresentano l'unico elemento conservato del sito preesistente.

Fig. 11 • Il ristorante e la zona bar, dotati di un'ampia terrazza esterna, offrono un luogo di incontro immerso nella natura. La cucina didattica si apre su un piccolo giardino paesaggistico; è un volume aperto ma separato dal ristorante per garantire maggiore privacy. L'unità lavorativa è collocata nella struttura preesistente della fattoria presente nell'area. Il riutilizzo e l'adeguamento strutturale di questo edificio consentono agli ospiti di spostarsi fuori dal centro verso spazi dedicati a laboratori, attività corporee, lavorazione del legno e scultura. Anche il fienile è stato restaurato mantenendo il suo aspetto originale, rafforzando così il legame con la memoria storica del luogo.







01 5 10m

# Trilium Secure

Clinica psichiatrica e struttura residenziale per bambini e adolescenti

La clinica psichiatrica Trilium è un campus composto da più edifici, realizzato in diverse fasi progettuali. Offre un programma residenziale di trattamento terapeutico a breve termine per giovani che necessitano di supporto psicologico. La struttura, di carattere contemporaneo, si distingue dal contesto rurale in cui è inserita, trovandosi all'interno di un'area storica che ospitava The Children's Farm Home, fondato nel 1925 come orfanotrofio, poi trasformato in scuola e oggi parte del Trilium Family Services. Dopo una ristrutturazione, il Children's Farm Home è stato riaperto nel 2013 come centro familiare e luogo d'incontro con i parenti dei ragazzi che risiedono nella nuova clinica. Al suo interno si trovano, oltre alle stanze per gli incontri al piano terra, un ristorante, gli uffici amministrativi e un museo che racconta la storia e l'evoluzione del complesso, dalle origini fino all'attuale centro psichiatrico.

Durante la ristrutturazione del campus, i cottage originali della Farm Home sono stati considerati inadeguati rispetto alle esigenze di sicurezza per i giovani ospiti, portando così alla costruzione di una nuova struttura più idonea. Il complesso è composto da diversi blocchi disposti su un unico livello con un chiaro schema simmetrico. Due blocchi simmetrici rispetto all'asse principale ospitano ciascuno 8 posti letto; gli altri corpi collegano gli spazi personali con quelli comuni e terapeutici, mentre due cortili aperti si trovano alle estremità dell'asse di simmetria.

Gli spazi privati si differenziano dagli ambienti comuni sia per il tetto a falde (rispetto al tetto piano delle aree collettive), sia per la scala cromatica delle vernici utilizzate nei rivestimenti metallici. Nel complesso, l'edificio mira a coniugare le caratteristiche di una struttura moderna per la salute mentale con le forme vernacolari tradizionali, rispettando l'ambientazione rurale e offrendo un simbolismo residenziale. I progettisti hanno lavorato a stretto contatto con il personale e i pazienti per comprendere le esigenze specifiche e sviluppare un design che fosse confortevole, accogliente e al tempo stesso conforme ai requisiti di sicurezza.

Progetto  
**Trilium Secure**

Progettista  
**TVA Architects**

Anno  
**2015-2020**

Localizzazione  
**Corvallis, OR (USA)**

Area di estensione  
**Completato in più fasi progettuali.**  
**Prima fase: 1180 mq**  
**Seconda fase: aggiunti 905 mq**

Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
con la gentile  
concessione di  
Charles Chestnut



- Spazi comuni e terapeutici
- Spazi amministrativi
- Spazi residenziali



- Spazi aperti sicuri

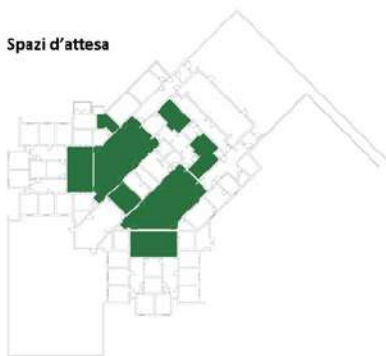
**Spazi di transizione**



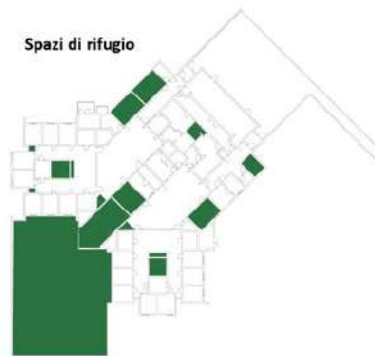
**Spazi filtro**



**Spazi d'attesa**



**Spazi di rifugio**



## Gli spazi di soglia

Il complesso è organizzato intorno a spazi di transizione ben definiti, che scandiscono le funzioni degli edifici e delimitano l'area sanitaria. Pavimentazioni, dislivelli e colori delle facciate distinguono le zone e creano un ritmo riconoscibile. I cortili svolgono un ruolo centrale come luoghi di relazione, mentre le aree comuni interne collegano progressivamente l'esterno con gli ambienti terapeutici, sociali e privati. Piccoli angoli protetti offrono momenti di ritiro e protezione visiva. Le ampie vetrate verso gli spazi comuni permettono di osservare senza essere esposti, offrendo agli ospiti la libertà di scegliere se interagire. Le aree comuni interne connettono i diversi edifici senza barriere architettoniche. Il cambio di pavimentazione aiuta a riconoscere le funzioni. I cortili assumono una doppia funzione: la corte interna, accanto alle camere, garantisce privacy; quella vicino agli ingressi funge da filtro tra centro e ambiente esterno. Le camere personali, raccolte e protette, sono destinate al riposo; gli spazi terapeutici, di pari dimensioni, sono sempre accessibili per il riequilibrio sensoriale. Non esistono sale d'attesa o aree familiari dedicate, ma sono distribuite nelle zone comuni, dotate di sedute varie.

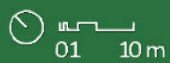
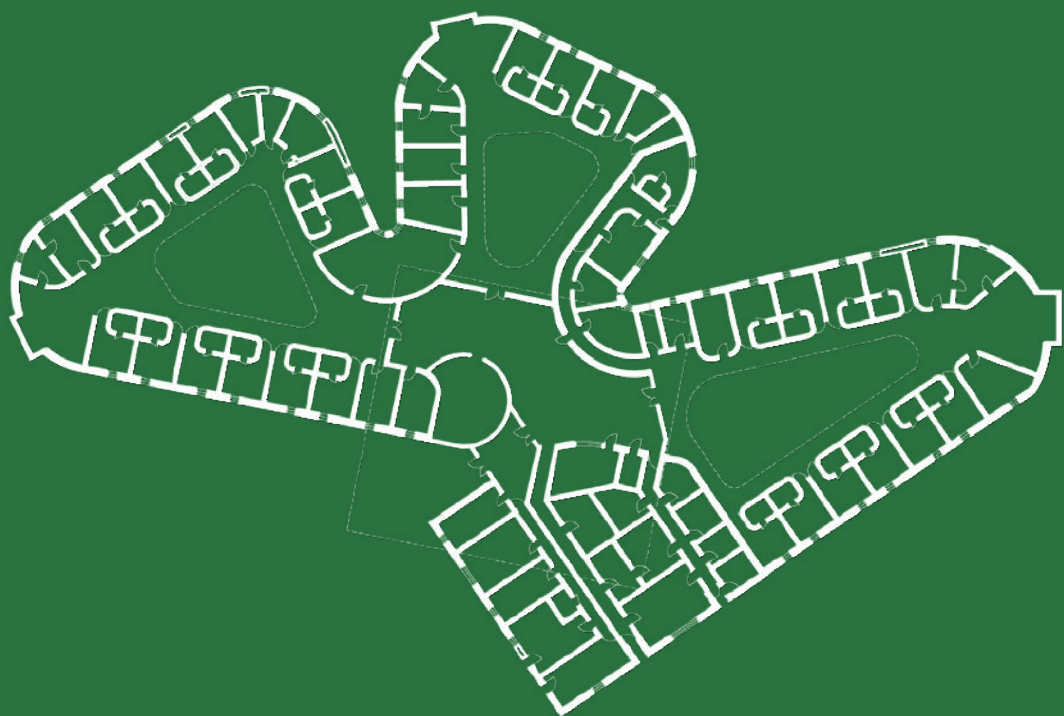
## Considerazioni

Materiali, colori e altezze variabili introducono dinamismo e rendono l'ambiente più accogliente e meno istituzionale, facilitando l'identificazione delle aree. Le corti, ampie e distribuite agli estremi, sono elementi chiave del progetto. La flessibilità distributiva consente di adattare gli spazi in base al grado di disabilità grazie a pareti mobili che, all'interno di un impianto simmetrico, permettono di aprire o chiudere unità abitative a seconda delle necessità. Questo sistema è efficace anche con occupazione parziale, favorendo la concentrazione delle attività comuni. L'edificio si integra nel contesto della Farm Home come primo dei quattro campus sicuri. Tuttavia, la sostituzione delle recinzioni con i perimetri degli edifici può risultare visivamente rigida, attenuata solo dalla presenza della vegetazione. La separazione tra la nuova residenza e la struttura esistente per le attività comuni risponde a esigenze funzionali, ma può accentuare l'isolamento e limitare la libertà di movimento all'interno del centro.

Fig. 12 • 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) composte complessivamente da 16 posti letto (8 in un blocco e 8 in un altro).







# Garderosse de Libourne

**Nuova unità di cure psichiatriche intensive all'interno di un complesso storico**

L'équipe medica del complesso ospedaliero Garderosse, articolato in padiglioni su un ampio terreno recintato, ha richiesto la ristrutturazione dei servizi psichiatrici per migliorare l'accoglienza dei pazienti e le condizioni di lavoro del personale, promuovendo degenze più brevi e transitorie. Il progetto ha incluso due nuove unità: una "di crisi" con 10 posti letto e una "post-crisi" con 12, oltre a due camere di isolamento, spazi comuni, uffici, e l'ampliamento delle aree terapeutiche e per l'accoglienza delle famiglie. È stato inoltre previsto un piccolo reparto per adolescenti (3 posti letto), contiguo a quello per adulti ma con ingresso separato e chiusura notturna per sicurezza. Durante il giorno, adolescenti e adulti possono condividere alcuni laboratori terapeutici, se ritenuti utili al percorso riabilitativo.

Per garantire un ambiente sicuro ma più aperto, il progetto ha eliminato recinzioni e riferimenti alla tipologia originaria dei padiglioni. Avviato nel 2008 per rinnovare il padiglione 38, l'intervento si è trasformato in una completa demolizione e ricostruzione, con una nuova struttura specializzata in psichiatria.

La clinica, su un unico livello, occupa l'80% dell'area disponibile; il restante 20% è destinato a spazi comuni all'aperto, non visibili dall'esterno, inseriti attraverso corti interne protette e circondate dalla stessa struttura.

L'edificio si articola in un corpo curvilineo e irregolare destinato ai pazienti, interrotto da un blocco centrale in cemento che ospita ingresso, uffici, servizi logistici (cucina, magazzini, locali tecnici) e spazi terapeutici. Le camere singole con bagno e le aree comuni si affacciano sui patii, facilitando il controllo visivo dalla postazione centrale del personale.

I materiali sottolineano le funzioni: la parte curvilinea è rivestita in legno, caldo e naturale; il blocco centrale, in cemento, ha un aspetto più rigido. Internamente, pareti bianche in intonaco minerale e superfici lisce e resistenti garantiscono durabilità. Le ampie vetrate delle camere sono trattate con pellicole opache per attenuare riflessi e trasparenza, offrendo privacy e comfort visivo.

Progetto  
**Unité des soins  
intensifs en  
psychiatrie Garderosse**

Progettisti  
**Spirale mandataire +  
CoCo architecture**

Anno  
**2009-2014**

Localizzazione  
**Libourne, Francia**

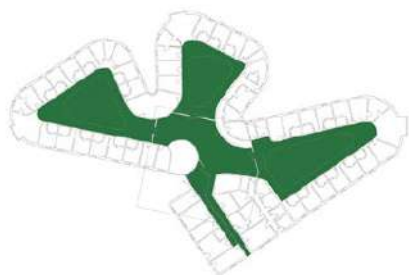
Area di estensione  
**Superficie costruita  
1803mq  
Superficie totale  
2460 mq**

Disegni progetti  
**rielaborazioni  
grafiche dell'autrice**

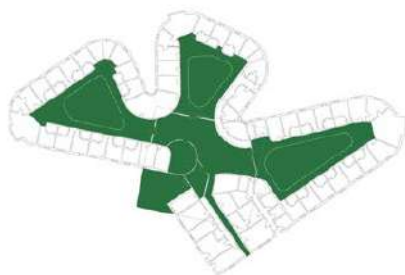
Fotografie  
**con la gentile  
concessione di  
Edouard Decam**



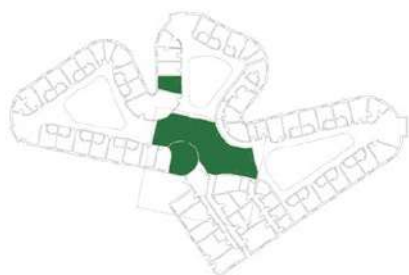
**Spazi di transizione**



**Spazi filtro**



**Spazi d'attesa**



**Spazi di rifugio**



## Gli spazi di soglia

Il progetto reinterpreta la tipologia a patio, introducendo forme curve — rare in ambito sanitario — che rendono la struttura più accogliente e meno rigida. Le camere, disposte lungo le pareti curvilinee, si affacciano sui patii interni, favorendo l'ingresso della luce naturale negli spazi personali e collettivi.

L'organizzazione interna bilancia condivisione e intimità, distinguendo chiaramente, anche attraverso materiali e forme, le aree per pazienti da quelle riservate al personale. Le camere fungono da rifugi, separate dagli spazi comuni da ampie vetrate rivolte verso i patii, che diventano veri spazi intermedi: zone di mediazione tra privato e collettivo, al tempo stesso filtro e luogo di conforto.

Oltre i patii si trovano gli spazi di transizione e attesa — aree centrali per sorveglianza, incontro e riflessione. Pensiline, aggetti e aperture accompagnano gradualmente il passaggio tra interno ed esterno, rafforzando l'idea di uno spazio terapeutico fluido e non coercitivo.

## Considerazioni

Il nuovo padiglione si allinea agli standard contemporanei della psichiatria francese, migliorando sicurezza e accoglienza. La rimozione delle recinzioni segnala un'apertura simbolica, ma viene compensata da un controllo architettonico più discreto, con muri e blocchi in cemento che limitano comunque vista e movimento, soprattutto all'ingresso.

I "patii sicuri" offrono spazi aperti ma controllati, garantendo una certa libertà all'interno di limiti precisi. L'accesso resta vigilato e le interazioni sono circoscritte a gruppi definiti, rispondendo a esigenze cliniche ma rischiando di rafforzare la sensazione di isolamento.

Pur cercando di superare l'approccio contenitivo delle architetture psichiatriche tradizionali, il progetto mantiene elementi di controllo, attenuati dall'uso di materiali caldi e forme organiche. Gli spazi collettivi tutelano la privacy e riducono gli stimoli, ma faticano a incentivare relazioni spontanee, fondamentali nel percorso terapeutico.

La suddivisione in patii separati personalizza l'esperienza di cura, ma può accentuare l'isolamento. L'alternanza tra la facciata in legno, accogliente, e il nucleo in cemento, rigido, vuole bilanciare immagine e funzione, ma finisce per evidenziare la tensione tra apertura e contenimento, tra accoglienza e controllo.

Fig. 13 • Si tratta di un'unità psichiatrica intensiva inserita nello storico complesso ospedaliero a padiglioni Garderose di Libourne, composta da 25 posti letto, di cui 22 per adulti e 3 per bambini/adolescenti.







# Helsingør Psychiatric Hospital

Centro semi-residenziale di riabilitazione per adulti

Il nuovo ampliamento della clinica psichiatrica di Ellsinore, leggermente distaccato dal corpo principale dell'ospedale, è stato concepito per integrarsi armoniosamente nel paesaggio, offrendo un ambiente sicuro e sereno ai pazienti. Distribuito su due livelli, di cui uno parzialmente interrato e ricoperto da un tetto verde, il progetto si fonde con il contesto naturale, attenuando l'impatto visivo dell'edificio.

I progettisti hanno esplicitamente scelto di allontanarsi dall'estetica clinica convenzionale, privilegiando un'organizzazione spaziale capace di accogliere terapie contemporanee e pratiche alternative, oltre a garantire flessibilità per futuri ampliamenti. L'edificio si estende attraverso una serie di gallerie di lunghezze variabili, una delle quali connette fisicamente il nuovo padiglione all'edificio ospedaliero esistente, stabilendo un legame simbolico e funzionale tra passato e presente.

L'uso di materiali come vetro, acciaio e pannelli prefabbricati in cemento armato dona alla struttura un senso di leggerezza visiva, in netto contrasto con la massa compatta dell'edificio preesistente. Il progetto si articola attorno a due programmi principali: un'area dedicata ai trattamenti diurni e un reparto residenziale per la riabilitazione. Questa distinzione funzionale ha generato una distribuzione a raggiera, dove le unità abitative sono collocate al livello inferiore, affacciate verso il lago o le colline, così da garantire riservatezza e una relazione diretta con il paesaggio.

Al piano superiore, posto in continuità con l'ospedale esistente, si trovano i servizi per le cure pubbliche, organizzati in cinque corpi edilizi che si sviluppano sopra la zona residenziale. Gli spazi interstiziali tra questi volumi accolgono l'ambulatorio, il reparto di psichiatria distrettuale e le sale per le terapie diurne. Ogni corpo integra uffici e spazi terapeutici su un lato, e aree di attesa sull'altro, mantenendo una chiara distinzione tra percorsi e funzioni.

Al livello inferiore, il sistema radiale delle residenze ospita camere disposte lungo i raggi, tutte orientate verso la natura circostante. Al centro si trova uno spazio comune destinato alla socializzazione, affiancato da alcuni uffici e patii interni.

Progetto  
**Helsingør Psychiatric  
Hospital**

Progettista  
**JDS ARCHITECTS**  
+ collaboratori  
**PLOT, BIG, Moe &  
Brødsgaard**

Anno  
**2004-2006**

Localizzazione  
**Ellsinore (Helsingør),  
Danimarca**

Area di estensione  
**6000 mq**

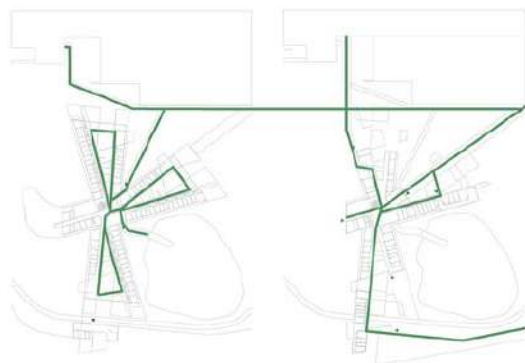
Disegni progetti  
rielaborazioni  
grafiche dell'autrice

Fotografie  
con la gentile  
concessione di  
**Esben Bruun e Peter  
Sorensen**



- 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



Questi cortili, oltre a garantire luce e ventilazione naturale, creano un'atmosfera raccolta e domestica, rafforzando il legame visivo con l'esterno – elemento considerato essenziale nel percorso terapeutico.

## Gli spazi di soglia

In questa struttura psichiatrica, aperture e chiusure scandiscono una sequenza dinamica di spazi-soglia, pensati per favorire sia la socializzazione che momenti di intimità. L'ambiente incoraggia l'interazione senza rinunciare alla privacy, mentre il legame con il paesaggio naturale – grazie a tagli sulle coperture e alle aperture strategiche – rafforza la continuità tra interno ed esterno, offrendo luoghi protetti ma permeabili, tra incontro e contemplazione. Le aree diurne e notturne sono concepite come ambienti aperti, che permettono al personale una sorveglianza discreta, senza trasmettere un senso di controllo costante. Le funzioni principali – Dipartimento Psichiatrico, Ambulatorio e Sezioni Diurne – si organizzano attorno agli spazi di accesso, con sale d'attesa pensate non come mere anticamere, ma come spazi centrali per la relazione e l'attesa attiva.

Un ruolo chiave è svolto dalla galleria di collegamento tra l'edificio storico e il nuovo volume, che agisce come filtro graduale tra le aree pubbliche e quelle più riservate, accompagnando l'utente lungo un percorso che va dalla cura all'abitare.

## Considerazioni

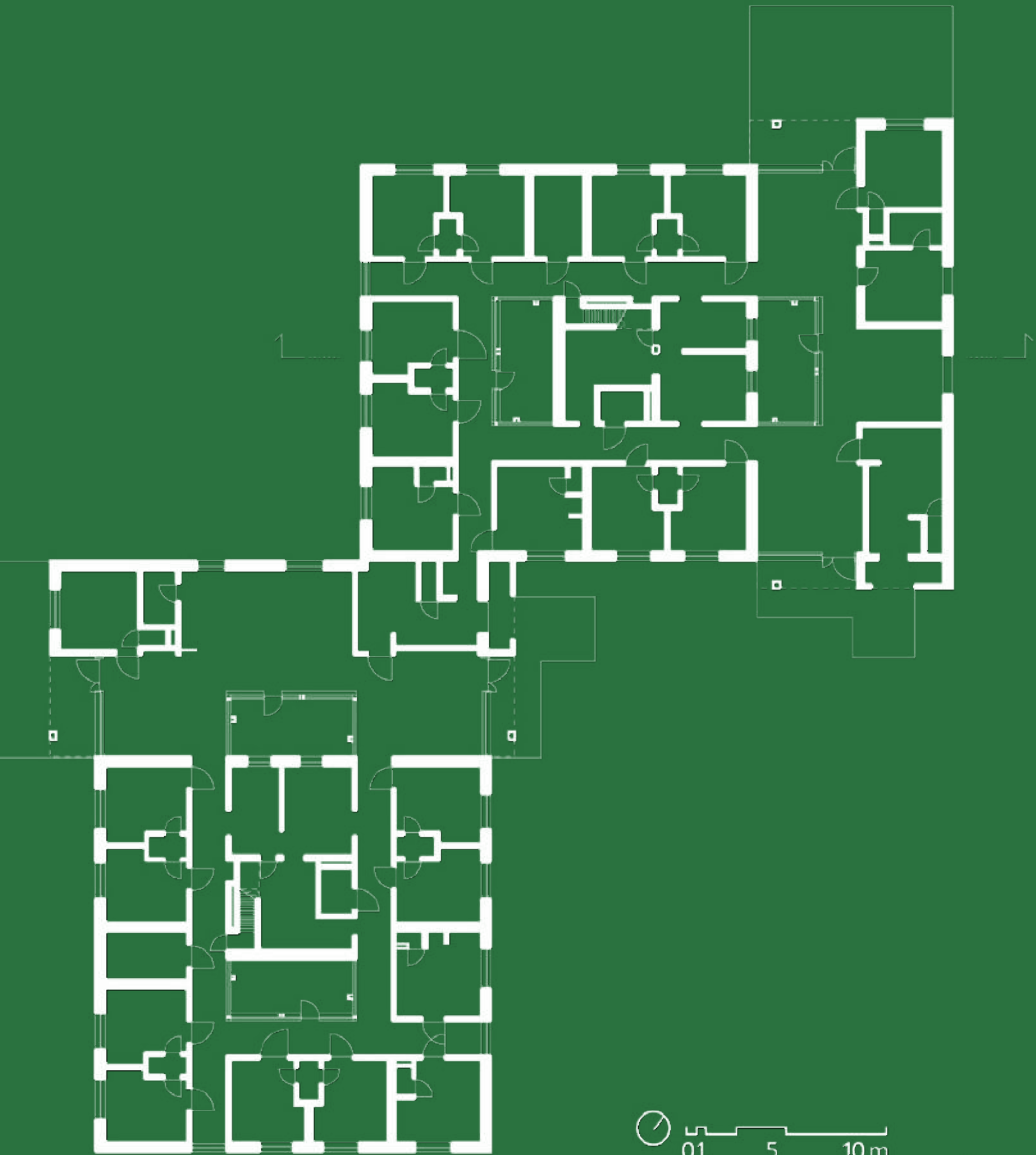
Secondo i progettisti, un ospedale psichiatrico deve unire efficienza funzionale e atmosfera domestica. Il progetto di Helsingør nasce da un attento ascolto degli utenti – operatori, pazienti, familiari – le cui esigenze spesso contrastanti (apertura/chiusura, libertà/controllo, socialità/isolamento) sono state assunte come leve progettuali. La risposta è una struttura compatta e centrale, che facilita la mobilità e sostiene un equilibrio tra autonomia e protezione. La configurazione a raggiera consente alle diverse unità di estendersi dal cuore dell'edificio, generando spazi informali e accessibili, sia interni che esterni.

Pur integrando elementi di contenimento come le camere di isolamento – necessarie nei momenti di crisi – l'edificio mantiene un'impronta terapeutica grazie all'integrazione con il paesaggio collinare circostante. Ogni stanza gode di scorci visivi unici, pur mantenendo un ordine seriale e funzionale, a testimonianza di un'architettura capace di conciliare razionalità e benessere.

Fig. 14 • Nella progettazione dell'ospedale psichiatrico di Helsingør, gli architetti affermano di aver condotto un'analisi approfondita del programma funzionale e delle esigenze espresse dalla committenza. A questa si è affiancata un'indagine qualitativa basata su interviste agli utenti quotidiani della struttura — personale sanitario, pazienti e familiari. I contributi raccolti non hanno restituito una visione univoca di come l'ospedale dovesse essere configurato, ma hanno invece fatto emergere paradossi e ambiguità. Questi elementi, lungi dall'essere ostacoli, sono stati integrati nel progetto come tensioni dialettiche fondamentali: l'ospedale è pensato per essere, e allo stesso tempo non essere, un ospedale psichiatrico.







# Het Gielsbos

**Centro di assistenza sanitaria per gravi disabilità cognitive nato dalla sostituzione di padiglioni esistenti**

Il centro di assistenza Het Gielsbos, dedicato a persone con gravi disabilità mentali e situato in un'ampia area verde di proprietà pubblica, è stato oggetto di un intervento di riqualificazione attraverso un masterplan che ha previsto la sostituzione dei padiglioni obsoleti preesistenti con nuove unità residenziali. Il piano generale propone l'eliminazione dell'asse centrale originario a favore di una strada ad anello, concepita per collegare i nuovi insediamenti abitativi disposti su tutto il sito con le strutture esistenti di tipo amministrativo e sportivo, migliorando così la viabilità sia pedonale che veicolare. I nuovi agglomerati residenziali, caratterizzati da coperture a falda, hanno superfici comprese tra i 500 e i 550 m<sup>2</sup> e sono progettati per accogliere fino a dieci persone. Ogni agglomerato si compone di cinque volumi distinti, aggregati e disposti lungo entrambi i lati della strada circolare. Dove quest'ultima attraversa i nuclei abitativi, si dilata per formare una corte pubblica centrale, ben visibile dai soggiorni di ciascuna abitazione. Le unità, ruotate verso la corte interna, garantiscono autonomia funzionale ma restano collegate tra loro, consentendo agli operatori di muoversi agevolmente tra i diversi nuclei. La zona giorno si articola attorno a un patio centrale che, oltre a illuminare naturalmente l'ambiente, organizza lo spazio in tre aree distinte, offrendo agli ospiti la possibilità di usufruire di un ambiente esterno protetto. Le dimensioni contenute dei singoli moduli, e del complesso nel suo insieme, contribuiscono a generare un'atmosfera domestica e meno istituzionale. Le tipologie abitative previste si distinguono in due categorie: da un lato le "case di cura" per persone con disabilità complesse, dall'altro le "case di riposo" destinate a utenti con disturbi comportamentali o psicologici. Sebbene le due soluzioni presentino caratteristiche architettoniche simili, si differenziano nella distribuzione planimetrica e nella scelta dei materiali. Le case di cura includono spazi comuni più ampi, idonei ad accogliere attività di gruppo, mentre le case di riposo si sviluppano su una scala più raccolta, con ambienti collettivi di dimensioni ridotte, adeguati alle esigenze specifiche degli ospiti.

Progetto  
**Het Gielsbos**

Progettista  
**Dierendonckblancke**  
Architetti

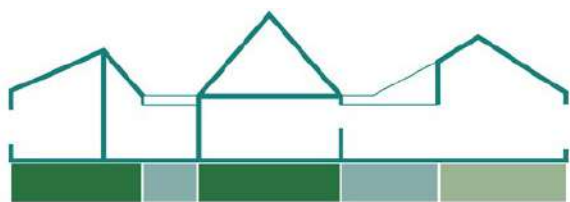
Anno  
**2009-2016**

Localizzazione  
**Lilla, Comune di**  
**Gierle, Belgio**

Area di estensione  
**12.452 mq**

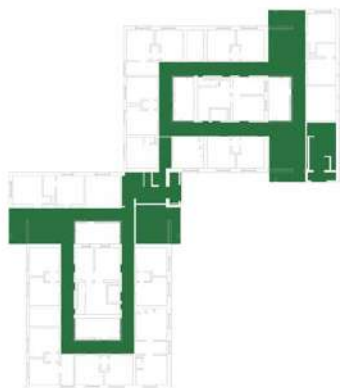
Disegni progetti  
**rielaborazioni**  
**grafiche dell'autrice**

Fotografie  
**con la gentile**  
**concessione di Filip**  
**Dujardin**



- Spazi comuni
- Patti interni
- Spazi privati

**Spazi di transizione**



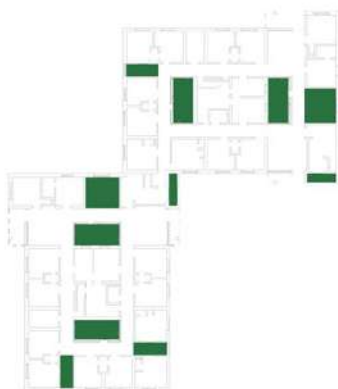
**Spazi filtro**



**Spazi d'attesa**



**Spazi di rifugio**



## Gli spazi di soglia

Le grandi superfici vetrate garantiscono un'illuminazione naturale uniforme e favoriscono connessioni visive sia con gli spazi pubblici anteriori che con le aree più intime sul retro. I cortili — interni ed esterni — assumono il ruolo di luoghi d'incontro e socialità, visibili da molteplici punti della struttura. Il passaggio tra ambienti è scandito da cambi di materiali, cromie vivaci e pavimentazioni, oltre che da tettoie che guidano verso l'esterno. La distribuzione degli spazi — chiusi e aperti — è affidata a una rete di percorsi che accompagna gli utenti tra diversi gradi di riservatezza e condivisione. Le soglie architettoniche diventano strumenti chiave per incentivare l'autonomia e la libertà di movimento in un ambiente sicuro. Le due tipologie abitative principali si distinguono anche per l'organizzazione interna, adattandosi alle diverse necessità. Nelle residenze terapeutiche, ad esempio, il bagno è posizionato tra soggiorno e zona notte, garantendo facilità d'uso. Il soggiorno, ampio e luminoso, si apre verso il patio e i corridoi, mentre la cucina a vista — collocata al centro dell'alloggio — è accessibile da ogni ambiente. I passaggi sono evidenziati da un codice cromatico, e ciascuna unità gode di affacci sul verde e sul piazzale comune, assicurando continuità visiva con l'esterno.

## Considerazioni

Il precedente impianto urbanistico, organizzato attorno a un asse centrale e una rete viaria priva di gerarchia, lasciava i padiglioni concentrati nella sola area nord del sito. Il nuovo masterplan elimina quell'asse, introducendo un sistema ad anello che connette in modo più organico le residenze con le funzioni amministrative, sportive e sanitarie. Questa scelta ottimizza la logistica interna, migliorando la distribuzione dei servizi e rendendo l'area complessivamente più funzionale.

La nuova viabilità, oltre a razionalizzare gli spostamenti, si integra con il paesaggio circostante: un'area forestale preesistente si estende in continuità con i prati adiacenti, configurando un parco pubblico fruibile tramite percorsi ciclopedonali pensati per residenti, familiari e comunità. Il passaggio discreto degli operatori all'interno delle unità abitative rafforza l'idea di un villaggio aperto e non istituzionale. L'organizzazione modulare delle strutture agevola l'orientamento grazie alla ripetizione di elementi riconoscibili, e permette future espansioni o repliche in contesti simili.

Avviata nel 1978, questa trasformazione verso un sistema di micro-comunità residenziali ha progressivamente smantellato l'impronta istituzionale originaria, restituendo uno spazio più dignitoso, accessibile e umano.

Fig. 15 • 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. Il progetto è consistito nello smantellamento e nella riorganizzazione del Centro Sanitario psichiatrico esistente in piccole comunità residenziali. Nel 2017 è stata completata la 3ª fase di costruzione del progetto e la sezione sud del parco pubblico, con la creazione di una rete di passerelle. Una 4ª fase è attualmente in costruzione.





# Considerazioni finali sui casi studio: 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 Better Sweet 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 a un susseguirsi di soglie e aree, che creano un movimento costante tra spazi privati e 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 Helsingør e dell'Unità Psichiatrica di Garderose 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.

Il centro residenziale *Trilium Centre* e il centro *HetGielsbos* in Belgio invece, 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 *HetGielsbos* 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.



**Ricordare il futuro**

# L'alterità fisica e mentale nella città

## **Le esperienze sul territorio del Friuli Venezia Giulia: tre realtà messe a confronto**

La percezione della malattia mentale è ancora oggi fortemente condizionata da stereotipi negativi, che associano le strutture psichiatriche a luoghi di controllo e segregazione più che a spazi di cura e inclusione. La psichiatria manicomiale, infatti, ha storicamente mancato l'obiettivo di fornire una reale assistenza terapeutica, alimentando pratiche istituzionalizzanti e contribuendo allo stigma. Tuttavia, la riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia ha rappresentato una svolta epocale: con la chiusura dei manicomi si è avviato un processo di deistituzionalizzazione che ha dato origine alla psichiatria di comunità e alla nascita di servizi territoriali, come i Centri di Salute Mentale (CSM), pensati per offrire cure integrate e personalizzate nel contesto di vita del paziente. Questo cambiamento ha reso visibili bisogni, relazioni e quotidianità prima ignorati, sottolineando l'importanza di ambienti che non solo accolgano, ma che sappiano rispettare la dignità e l'identità delle persone (Albani *et al.*, 2020). Architetti e psichiatri, in un dialogo sempre più necessario, sono oggi chiamati a progettare spazi che favoriscano la presenza, il passaggio e l'ospitalità, evitando ogni deriva istituzionale o impersonale. Gli ambienti destinati alla salute mentale – ambulatori, comunità terapeutiche, centri diurni, day hospital – devono superare la logica della medicalizzazione per divenire luoghi vissuti, riconoscibili e aperti alla comunità.

Nonostante i progressi, persistono criticità significative. In alcune aree del Paese, le strutture residenziali operano ancora secondo modelli rigidi, poco attenti alla dimensione relazionale e sociale della cura. La disomogeneità nell'organizzazione dei servizi territoriali e nelle risorse disponibili richiede un approccio più coordinato e uniforme a livello nazionale. Inoltre, è necessario interrogare il paradigma stesso della cura psichiatrica, aprendosi all'ascolto delle persone con esperienza di malattia mentale e valorizzando i luoghi del quotidiano come potenziali spazi di guarigione.

In questo contesto, l'architettura può avere un ruolo decisivo. La progettazione di ambienti che favoriscano la socializzazione, la privacy e la connessione con la natura contribuisce a ridurre lo stigma, promuovendo un senso di appartenenza e benessere. Più che sull'estetica fine a sé stessa – colori, arredi, accorgimenti superficiali – è necessario concentrarsi sulla qualità della relazione tra spazio e fruitore. Un luogo di cura psichiatrica deve essere accogliente, mai anonimo o freddo: un ambiente capace di rafforzare l'autostima, promuovere la libertà di scelta e supportare la costruzione di una cultura dell'accoglienza.

I centri di salute mentale, oggi inseriti nei contesti urbani, affrontano nuove sfide sociali e simboliche: è fondamentale che questi luoghi siano percepiti come parte integrante della città, capaci di accogliere la sofferenza senza giudizio, evitando di marcare il confine tra sano e malato. Per realizzare una psichiatria realmente comunitaria, è indispensabile la sinergia tra competenze cliniche, progettuali e sociali. Solo attraverso la collaborazione tra psichiatri, architetti e comunità locali sarà possibile creare spazi terapeutici autentici, che non solo curino, ma che contribuiscano anche a costruire una società più giusta, inclusiva e solidale.

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. 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 a essere il punto di transizione tra normale e anormale, tra il singolo e il collettivo, tra il dentro e il fuori (Dell'Acqua e D'Autilia, 2017, p. 40): è uno spazio-soglia in cui poter agire.

L'analisi che segue non si concentra esclusivamente sulle strutture psichiatriche di nuova costruzione, ma approfondisce in particolare le realtà manicomiali ancora operative nella cura della salute mentale estese sul territorio. È inclusa una sintesi delle esperienze vissute dall'autrice, in tre contesti differenti, formulando per ciascuno un'ipotesi per la valorizzazione della memoria, e con un focus finale sul caso goriziano.

La Regione Friuli Venezia Giulia custodisce un importante patrimonio culturale attraverso i tre ex ospedali psichiatrici di Trieste, Udine e Gorizia. Questi complessi presentano una struttura

a padiglioni disposti simmetricamente lungo l'asse centrale. Gli ex OPP di Gorizia e Udine si sviluppano su terreni pianeggianti con ampie aree agricole, mentre quello di Trieste è situato in una zona collinare, ma dispone di una superficie complessiva maggiore. Questi luoghi, integrati nel tessuto urbano, rappresentano un valore fondamentale per i servizi di salute mentale del territorio.

### **Parco di San Giovanni, Trieste**

Con il progetto *Abitare la memoria* (Ahmetovic e Di Prisco, 2017), sviluppato dall'autrice per la tesi magistrale, ha avuto inizio un percorso di ricerca volto a ridare vita alle architetture manicomiali, collocate in ampi complessi ormai inseriti nel tessuto urbano. Il progetto si è focalizzato sulla possibilità di rifunzionalizzazione di un edificio situato all'interno del Parco di San Giovanni a Trieste, per fornire un ricovero dedicato a persone affette da Alzheimer.

In particolare, è stata ipotizzata l'integrazione di un nuovo corpo edilizio all'interno del perimetro murario di un padiglione dismesso, parzialmente distrutto da un incendio. L'edificio, privo di particolare valore storico-artistico e ormai in stato di totale abbandono, assume un ruolo centrale nel progetto grazie alla sua posizione privilegiata e panoramica. Il primo impatto con la struttura risulta fortemente evocativo: l'edificio, oggi privo di copertura, conserva unicamente le mura perimetrali, sostenute da setti interni di controvento. È evidente come la natura abbia preso il sopravvento, trasformando lo spazio in una sorta di giardino a cielo aperto, delimitato solo dai resti murari. La volontà progettuale di preservare il paesaggio spontaneo che si è insediato all'interno delle rovine diventa così una sfida chiave, imponendo una riflessione attenta sul rapporto tra costruito e natura.

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 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 distin-



Fig. 1 • Ortofoto delle aree degli ex complessi manicomiali San Giovanni di Trieste, Parco Basaglia di Gorizia e Sant'Osvaldo di Udine.

guibili, 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, portando con sé un ricordo che torna familiare all'abitante nel momento in cui vi entra in contatto.

Ciascuna di queste case viene pensata come un guscio, il nido dell'uomo, progettato e ritagliato su misura del corpo. 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. 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: un rifugio dedicato al ritiro e alla contemplazione, con una vista panoramica sulla rigogliosa vegetazione del parco, pensato per preservare e valorizzare la memoria storica del luogo.

Gli studi sul campo hanno rivelato che, durante il periodo di deistituzionalizzazione nel Parco di San Giovanni, si è lavorato al ripristino degli interni di diversi padiglioni, a partire dagli arredi. Realizzati in legno, con colori vivaci e forme morbide, questi mobili furono creati dai pazienti del distretto sanitario nell'ambito di laboratori di artigianato, secondo i loro gusti e necessità.

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 ha scoperto l'importanza del cambiamento dell'ambiente medico come fattore determinante per la riuscita dell'evoluzione dei servizi di cura psichiatrica. Anche a Trieste, come a Gorizia con Basaglia, il processo si sviluppa nel tempo grazie alla collaborazione tra architetti e medici<sup>1</sup>, e la rivoluzione dello spazio psichiatrico prende avvio dall'interno: dalla riqualificazione degli ambienti di alcuni padiglioni del Parco e dalla cura per i dettagli, capaci di fare la differenza in una concreta logica di cambiamento.

---

1. Si fa riferimento all'adeguamento degli spazi interni di alcuni padiglioni del Parco Basaglia di Gorizia e di San Giovanni di Trieste, che hanno visto negli anni le collaborazioni tra psichiatri e gli architetti come Daniele Calibi, Giorgio Bellavitis e Nani Valle.

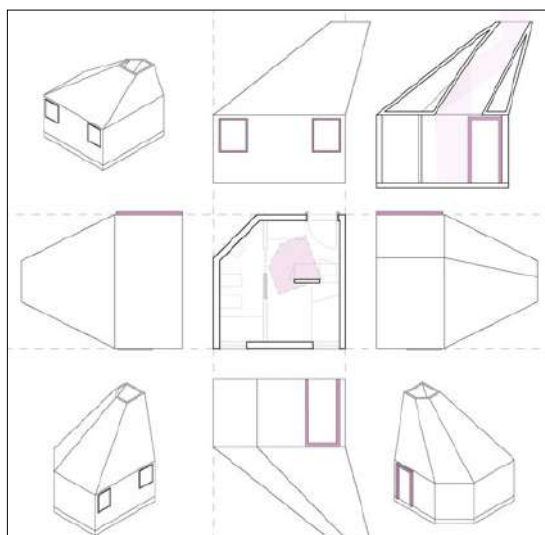
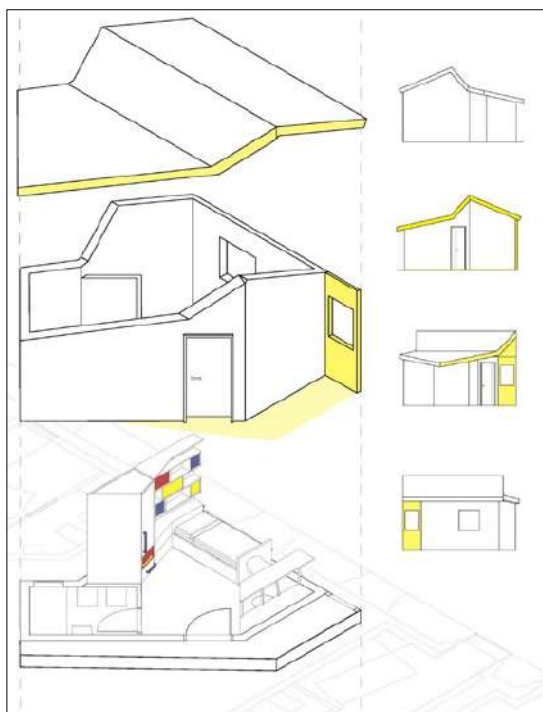


Fig. 2 • Alcune tavole della tesi "Abitare la memoria. Progettazione di un centro per malati di Alzheimer nell'area Ex O.P.P. di Trieste", 2017. Elaborati grafici dell'autrice Martina Di Prisco e Seherzada Ahmetovic.

## Parco di Sant’Osvaldo, Udine

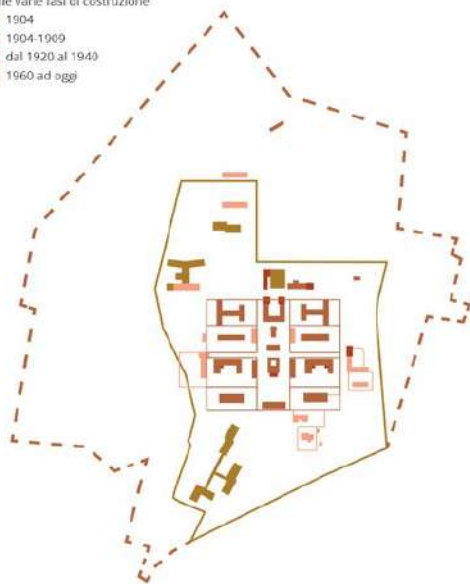
Il complesso manicomiale di Udine, inaugurato nel 1904, è il primo ad essere stato costruito tra gli ex OPP della Regione Friuli Venezia Giulia. Pur caratterizzato da fabbricati di dimensioni più modeste, si distingue per la vasta estensione dei campi agricoli circostanti. L’esperienza nel Parco di Sant’Osvaldo, 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, a un workshop di progettazione partecipata “Valorizzare per restituire un luogo nuovo alla città: l’ex manicomio di Sant’Osvaldo”, 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 e ipotizzare scenari di rifunzionalizzazione, oltre ad 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 e oggetto in seguito di due pubblicazioni (Cervasato, 2024; Conti, 2023)<sup>2</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 propone un percorso che parte dall’edificio 9, potenzialmente destinato a ospitare mostre temporanee ed eventi tematici sulla storia nosocomiale, e si sviluppa in una passeggiata panoramica fino all’edificio 31, più isolato e visibile solo dall’esterno. Qui si prevede l’osservazione di immagini e video-proiezioni tratte dai materiali dell’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 e il ristoro, diventa esso stesso un eloquente elemento narrativo.

2. Gli esiti del workshop di studio e progetto sono stati inoltre esposti a un convegno pubblico tenutosi all’interno dell’aula conferenze del complesso di Sant’Osvaldo di Udine il 14 luglio 2023, oltre a essere oggetto del volume *Il parco di Sant’Osvaldo. Elementi e figure del progetto nel comprensorio dell’ex manicomio della provincia di Udine del 2023* e del saggio *Un processo partecipativo. Workshop nel parco di Sant’Osvaldo del 2024*.

### Analisi Storica

Relazione tra l'edificio ed i tracciati nelle varie fasi di costruzione

- 1904
- 1904-1969
- dal 1920 al 1940
- 1960 ad oggi



### Stato di Fatto

Relazione tra i tracciati e gli elementi divisori con l'edificio, nello stato attuale

- muro
- muretto con inferriate
- muretto
- recinto



Fig. 3 • Alcune delle tavole prodotte per il workshop di progettazione rivolto a ricercatori, tenuto presso il centro sanitario Sant'Osvaldo di Udine, organizzato dalla facoltà di Architettura dell'Università di Udine e di Trieste, a cura dei docenti Cristina Conti e Giovanni La Varra, 2023. Elaborati grafici dell'autrice.



# L'eredità dei corpi esclusi: l'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia

## Parco Basaglia, Gorizia

Durante la ricerca è stata dedicata particolare attenzione all'esplorazione di Gorizia<sup>3</sup>, del territorio isontino e, in modo specifico, del Parco Basaglia, oggetto di questo approfondimento. Lo studio dei principi della riforma psichiatrica promossa da Franco Basaglia, e delle loro ricadute anche in ambito architettonico ha aperto nuove prospettive per la riattivazione del Parco e delle sue strutture. L'analisi, basata sulla letteratura dedicata all'area manicomiale di Gorizia, sulle ricerche sul campo e sulle analisi di progetto, ha permesso di individuare momenti storici fondamentali che hanno definito l'evoluzione dello spazio psichiatrico. Tali momenti, illustrati graficamente nelle seguenti pagine<sup>4</sup>, possono essere riassunti in distinte fasi di trasformazione. Il percorso storico inizia con l'inaugurazione del manicomio austriaco nel 1911, una struttura innovativa per l'epoca, successivamente distrutta durante la Prima guerra mondiale (Fase I). A seguito della distruzione, tra il 1915 e il 1933, centinaia di ricoverati furono costretti a lasciare la struttura senza potervi più fare ritorno, mentre l'area rimaneva in uno stato di abbandono e degrado. In questo periodo furono avanzate alcune ipotesi di recupero edilizio, ma nessuna di esse vide concretizzazione (Fase II). Dal 1933, il regime fascista promosse la ricostruzione di un nuovo ospedale sul sedime dell'edificio precedente, segnando una nuova fase di vita per il complesso (Fase III). Tuttavia, la svolta più significativa avvenne tra il 1961 e il 1980, sotto la direzione

### FASE I

Planimetria generale del primo impianto Franz Joseph I in Gorz 1911.

*Rielaborazioni grafiche dell'autrice.*

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 dell'impianto.  
Ing. Artur Glessig con Arch. Lodovico Braidotti  
- definitivo.

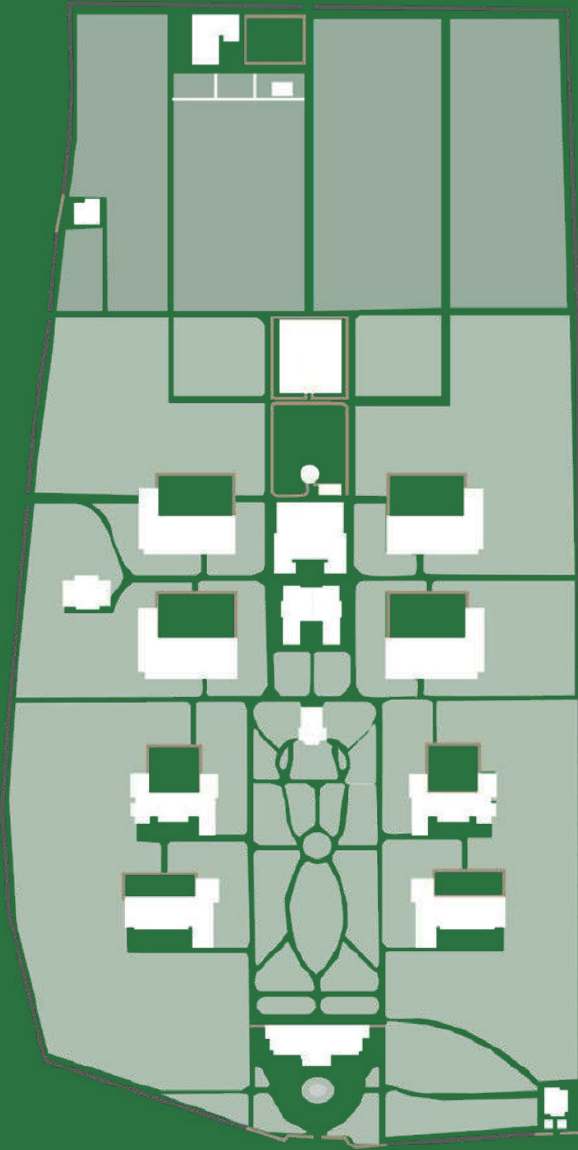
Impianto:

simmetrico, a sistema disseminato all'interno di un parco con collegamenti e percorsi, unito alla colonia agricola e con possibilità di ampliamento.

Funzione storica dei

padiglioni:  
Lato destro (ovest) padiglioni femminili; Centro strutture con funzioni collettive; Lato sinistro (est) padiglioni maschili.

3. Ricordiamo che la ricerca di dottorato è stata finanziata dalla Cassa di Risparmio di Gorizia, che prevedeva come scopo della ricerca un progetto mirato alla valorizzazione del territorio isontino.
4. 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-fasi fondamentali del processo di trasformazione del Parco Basaglia.



di Franco Basaglia, che introdusse trasformazioni radicali nelle pratiche psichiatriche e coinvolse anche la configurazione fisica degli spazi, ponendo le basi per un approccio più umano e inclusivo. Dopo la morte di Basaglia, il processo di cambiamento subì un'interruzione, lasciando il complesso in uno stato di stasi e parziale degrado. Negli anni successivi, si assistette a un'alternanza tra immobilismo e interventi di trasformazione che portarono alla suddivisione del parco e alla rifunzionalizzazione degli edifici, fino a giungere alle caratteristiche attuali (Fase IV).

Oggi, il Parco Basaglia è oggetto di nuove proposte progettuali orientate al futuro, con l'obiettivo di valorizzarlo e riattivarlo come spazio pubblico e culturale (Fase V).

L'alternanza di trasformazioni, interruzioni e stati di abbandono ha lasciato profonde tracce materiali e simboliche nell'architettura del complesso, e sono proprio queste stratificazioni a guidare l'ultima fase, oggetto del *metaprogetto* di questa ricerca: una prospettiva futura che mira alla "riattivazione" del Parco, attraverso il recupero dell'eredità lasciata dai *corpi esclusi*, delle loro storie e delle testimonianze ancora oggi visibili. Questa memoria diventa così un'opportunità per la valorizzazione e la rigenerazione del Parco in chiave contemporanea.

### **Dal manicomio di Görz all'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia (1911 – 1961)**

La storia del manicomio di Gorizia (al tempo Görz, facente parte dell'Impero austro-ungarico) prende avvio nel 1862, quando la Lungotenenza di Trieste promosse un confronto tra le Diete del Litorale (Trieste, Gorizia e Istria) per la realizzazione di un manicomio comune interprovinciale (Plesnicar, 2011). Il dibattito, particolarmente acceso e caratterizzato da contrapposizioni di natura politica e tecnico-scientifica, si concluse solo nel 1904 con l'approvazione definitiva del progetto elaborato dall'ingegnere Glessig e dall'architetto Braidotti.

I lavori iniziarono nel 1905 e si conclusero nel 1908, ma l'inaugurazione ufficiale avvenne il 16 febbraio 1911. Nacque così il Manicomio Franz Joseph I, ispirato al modello "open-door" di fine Ottocento. L'impianto prevedeva padiglioni disposti simmetricamente lungo un asse centrale, all'interno di un ampio parco, con l'intento di offrire ai pazienti un ambiente protetto ma simile a una piccola città. La scelta dell'area a sud-est di Gorizia fu dettata anche dalla fertilità del terreno, che avrebbe favorito lo sviluppo dell'agricoltura come attività riabilitativa.

Tuttavia, lo scoppio della Prima Guerra Mondiale compromise gravemente la struttura: nel 1916 i bombardamenti ridussero l'edificio in rovine, determinandone la chiusura. Più di 400 ricoverati

#### **FASE II**

Progetti di studio non realizzati:  
1921 prime ipotesi di ricostruzione  
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. arch. Barich

#### **FASE III**

Planimetria generale del secondo impianto Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia 1933.  
*Rielaborazioni grafiche dell'autrice.*

Periodo di Progettazione:  
1927 - 1928

Periodo di Costruzione:  
1928 – 1933

Progettisti:  
Ing. Arch Silvano Barich (Baresi)

Impianto:  
Viene mantenuto l'impianto del manicomio precedente, con modifiche ed adeguamento dei padiglioni.



furono costretti a un doloroso sfollamento verso altre istituzioni, in molti casi senza poter più fare ritorno nella città di origine (Scavuzzo, 2020a, p.48). Al termine del conflitto, i pazienti trasferiti in Italia furono inizialmente accolti nel manicomio di Siena e in altre strutture fuori regione, per poi essere redistribuiti tra una dozzina di manicomi situati tra Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Dopo il conflitto, Gorizia passò sotto il governo italiano<sup>5</sup>. Nel 1923 venne istituita la nuova Provincia del Friuli, che comprendeva l'attuale provincia di Udine e parte del territorio goriziano; nel 1926 fu ricostituita la Provincia di Gorizia, con la conseguente urgenza di ricostruire un manicomio provinciale che potesse accogliere i pazienti dispersi. La decisione fu quella di ricostruire sul sito originario, recuperando quanto ancora utilizzabile e integrandolo con nuove strutture. Nel luglio del 1933 l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia riapri i battenti: la maggior parte dei padiglioni preesistenti venne ricostruita, ma con significative modifiche, tra cui l'aumento delle recinzioni e la creazione di cortili chiusi adiacenti agli edifici. Inoltre, la colonia agricola fu ampliata verso sud-ovest, arrivando a estendersi su circa 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 a seguito del trattato di pace di Parigi del 1947. Gorizia diventa una città di confine, subendo pesanti conseguenze sociali, politiche ed economiche (Marin, 2007). La divisione geopolitica colpisce anche le istituzioni cittadine, tra cui il manicomio, che si ritrova isolato e marginalizzato, sia fisicamente che simbolicamente (Scavuzzo, 2019).

Negli anni '50 fanno la loro comparsa i primi psicofarmaci, come i neurolettici, somministrati però in modo massiccio e standardizzato, senza una reale personalizzazione dei percorsi terapeutici. Sebbene a livello nazionale inizi a delinearsi un dibattito su una "nuova psichiatria", a Gorizia la situazione rimane sostanzialmente immutata: l'istituzione resta ferma, chiusa in un immobilismo organizzativo e in un isolamento geografico e culturale. È

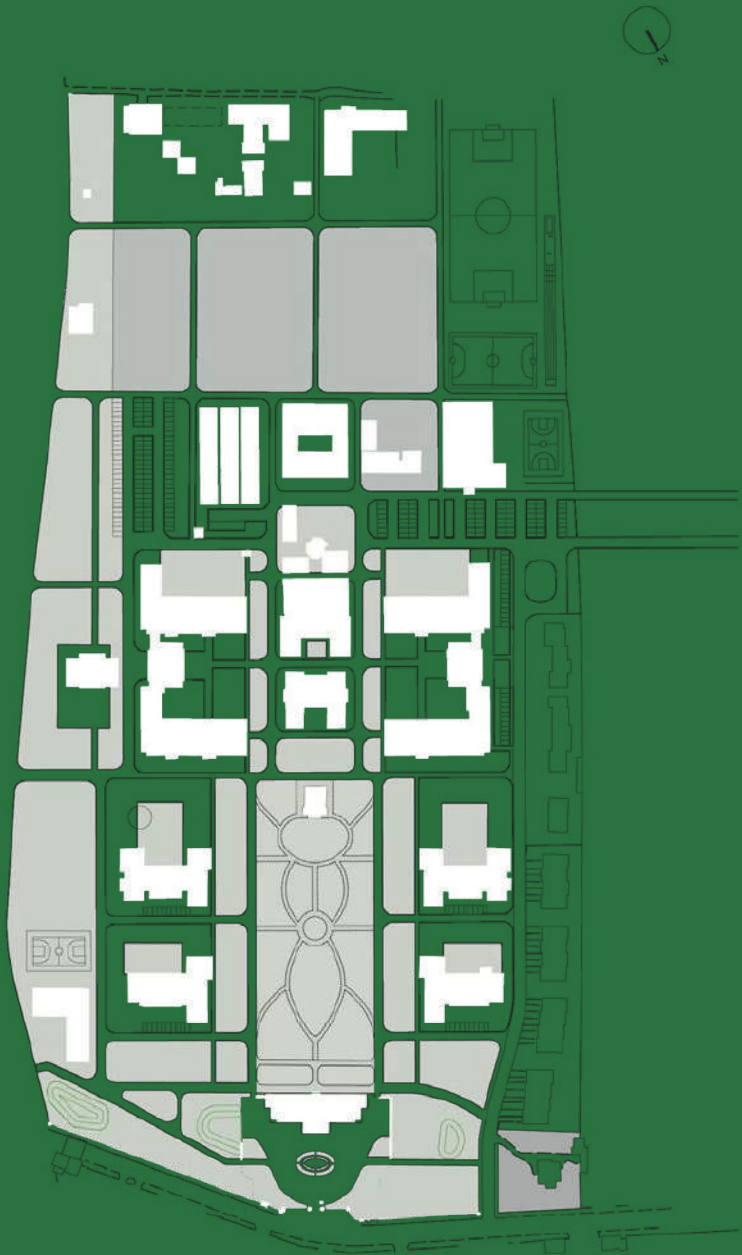
#### FASE IV

Planimetria generale di insieme dello stato attuale del Parco Basaglia, 2020. *Rielaborazioni grafiche dell'autrice.*

Periodo di Progettazione:  
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 ASL) 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)

Progettisti:  
Studio di Architettura StarAssociati

5. Tra il 1921 e il 1927, prima della riapertura definitiva, furono comunque sviluppati diversi tentativi di ricostruzione che non ebbero esito. Nel 1921 comparvero le prime ipotesi progettuali, seguite nel 1923 dall'istituzione della Provincia del Friuli e del relativo Consorzio di gestione. Nel 1926 l'ingegnere-architetto Barich elaborò un piano per nuovi istituti ospedalieri, mentre nel 1927 venne ripreso il progetto di ricostruzione sull'area parzialmente distrutta, con l'intento di riutilizzare i fabbricati ancora esistenti. In questa fase si distinsero, oltre allo stesso Barich, l'ingegnere Glessig e l'architetto Fabiani, che contribuirono a delineare le soluzioni possibili per il futuro del manicomio goriziano.



proprio questo contesto statico e marginale che, per contrasto, finisce per creare le condizioni in cui, nel 1961, potrà germogliare la rivoluzione psichiatrica avviata da Basaglia a Gorizia, e prima ancora a Trieste.

### **Dalla riforma al nuovo Parco Basaglia (1961 ad oggi)**

Con l'arrivo di Franco Basaglia, nel 1961, in qualità di direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, si avvia un processo radicale di trasformazione dell'istituzione manicomiale italiana, che condurrà all'introduzione della Legge 13 maggio 1978, n.180, comportando la chiusura definitiva dei manicomi in Italia. Al momento del suo arrivo, il manicomio di Gorizia era un'istituzione tradizionale, chiusa e repressiva, simile a molte altre in Italia: reparti separati da cancelli, uso di camicie di forza, elettroshock, contenzione fisica e farmaci somministrati in modo meccanico. Basaglia, influenzato dall'esistenzialismo, dalla fenomenologia e dalla psichiatria francese (soprattutto da Foucault e Laing), inizia un processo di deistituzionalizzazione, aprendo i reparti, abolendo le contenzioni, restituendo parola e dignità ai pazienti (Slavich, 2018).

Il muro che un tempo circondava il manicomio è stato abbattuto e sostituito da una recinzione anonima in metallo che, seppur non evidenzia il significato storico e le complessità fra le due nazioni, è simbolo di una lotta importante (Scavuzzo, 2017). Alcuni padiglioni sono stati modificati internamente e si è assistito a una fase di sperimentazione e 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 2 Bassa Friulana-Isontina 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 di interventi di recupero. È evidente come nel progetto di Barich degli anni Trenta, i padiglioni dell'ex manicomio erano destinati a funzioni precise, che nel tempo hanno subito trasformazioni significative fino alla situazione attuale raccolta nel 2023.

Il padiglione dell'Amministrazione (1) risulta oggi chiuso, mentre il villino dell'economista (2) è diventato sede dell'Azienda Sanitaria. Alcuni spazi che non avevano una destinazione precisa o erano

#### **FASE V**

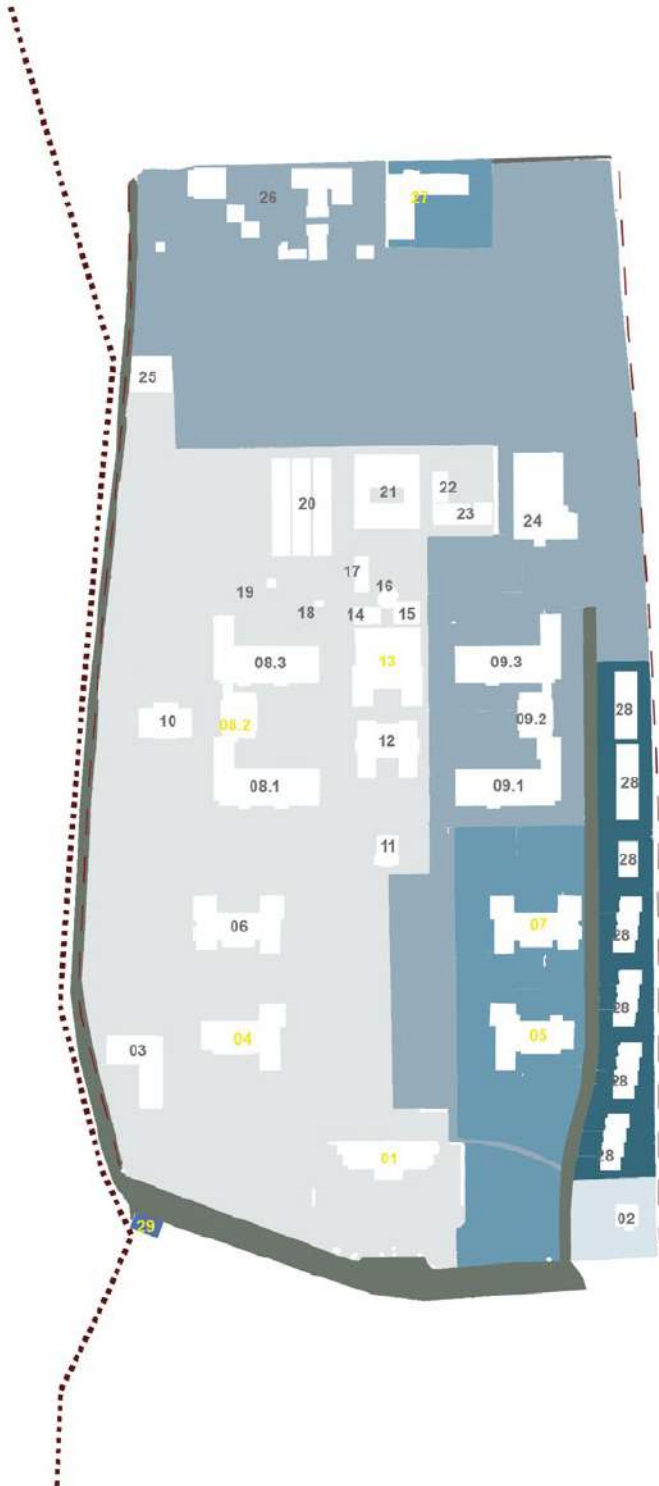
Planimetria generale del MasterPlan di progetto previsto per il Parco Basaglia nel 2025.

*Rielaborazioni grafiche dell'autrice.*

Periodo di Progettazione:  
2018-2021

Periodo di Costruzione prevista:  
2023-2025

Progettisti:  
Studio di Architettura Di Dato e Meninno Associati. 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.



adibiti ad altro (3, 8.2, 9.2, 20, 22, 24, 27) sono stati riconvertiti, ad esempio in palestra, uffici sanitari, serre o palestra scolastica, mentre altri sono rimasti chiusi.


Le aree di accettazione e osservazione degli uomini (4) e delle donne (5) sono entrambe inattive, così come il reparto delle agitate e criminali donne (7). Al contrario, il padiglione destinato agli agitati e criminali uomini (6) è stato trasformato in sede del SERT. I reparti per i tranquilli (8.1 e 9.1), un tempo separati per genere, ospitano oggi rispettivamente uffici dell'Azienda Sanitaria e il Liceo Artistico "Max Fabiani", che si estende anche nei padiglioni 9.2 e 9.3, un tempo destinati alle lavoratrici.

Il padiglione dei lavoratori (8.3) è ora utilizzato dall'Azienda Sanitaria e dal servizio di Neuropsichiatria Infantile. La chiesa (11) ha mantenuto la sua funzione originaria, mentre altri edifici hanno cambiato radicalmente ruolo: l'ex padiglione delle malattie infettive (10) è ora sede di officine e archivio dell'Azienda Sanitaria; la cucina (12) ospita il Centro di Salute Mentale; la lavanderia e centrale termoelettrica (13) è in parte chiusa e in parte utilizzata da una cooperativa come lavanderia. L'autoclave per la sterilizzazione dei materassi (14) è divenuta cabina di distribuzione elettrica, mentre il padiglione della disinfezione (15) funge da magazzino. Altri edifici di servizio hanno mantenuto continuità d'uso: la torre-serbatoio dell'acqua (16) è ancora attiva, così come le pompe di sollevamento della fognatura (19). L'ex ufficio pesa a ponte (18) è oggi adibito a pesa pubblica. Il bar (17) è stato trasformato in sede di cooperative sociali ("Il Grande Carro" e "Orizzonte").


Anche i padiglioni legati al lavoro hanno avuto nuove destinazioni: quello del panificio e pastificio (21) è stato riconvertito in falegnameria di una società cooperativa, poi laboratorio grafico, oggi sede di coltivatori; le serre e gli edifici annessi (23) ospitano serre fredde, autorimesse e magazzini; un altro padiglione agricolo (26), originariamente stalla con recinti per animali, è oggi sede della comunità "La Tempesta".

Infine, alcuni spazi hanno assunto funzioni scolastiche o culturali: il laboratorio audio e video ha preso il posto della necropsia (25), mentre altri padiglioni (24) sono oggi utilizzati come palestra scolastica. Alcune aree restano invece chiuse (27) o vuote (29, ex stazione confinaria). Inoltre, il padiglione 28 è stato demolito per fare spazio a nuove villette a schiera.


Con la caduta del confine con l'Italia e l'ingresso della Slovenia nell'Unione Europea, il Parco acquisisce enormi potenzialità strategiche (Scavuzzo, 2017). L'area del Parco attigua al confine, di proprietà dell'AAS isontina, oggi ospita servizi sanitari<sup>6</sup> – tra cui il Servizio di


 Regione autonoma FVG con sede a Trieste


 Amministrazione Provinciale di Gorizia

 Azienda per l'assistenza sanitaria n.2 Bassa Friulana isontina con sede a Gorizia (GO)

 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).

6. 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

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 CSM, 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 (Urek, 2021). L'Università di Trieste fa parte del Tavolo Tecnico dell'Ente Regionale per il Patrimonio Culturale <sup>7</sup> della Regione Friuli Venezia Giulia finalizzato alla rigenerazione urbana del Parco Basaglia, in chiave storico-culturale (Scavuzzo, 2018). 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. Nel 2020 la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia ha avviato un programma di iniziative rivolto principalmente ai giovani, volto a esplorare i diritti fondamentali e i doveri correlati. Il progetto mira a promuovere la consapevolezza dei principi costituzionali, a incoraggiare la cittadinanza attiva e a rafforzare il senso di appartenenza alla 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” del 1969.

### **Prospettive future: le indagini sul campo**

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.

.....  
edifici trovano sede le attività di alcune cooperative sociali, una lavanderia, una serra.

7. ERPAC – Ente Regionale per il Patrimonio Culturale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2018). *Progetto di rigenerazione urbana in chiave storico/culturale del Parco Basaglia a Gorizia.*

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, oltre l'attuale realizzazione di una pista ciclabile lungo la linea di demolizione della rete metallica posta sull'ex confine di Stato. Mentre la palestra e i campi da gioco già in uso potrebbero essere adibiti a eventi temporanei. A disposizione dell'ERPAC, c'è il palazzo di direzione “1” all'ingresso del Parco dove, sebbene la funzione non sia ancora certa, si pensa alla conversione dell'edificio in un centro documentale. L'immobile “10” potrebbe invece essere adibito a servizi d'ufficio o come punto ristoro.

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, e 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.

Da anni si dedicano ricerche e studi in questo luogo, simbolo di quello che la riqualifica degli ex manicomi 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 (Scavuzzo, 2020a). 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.

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. I paragrafi che seguono approfondiscono quindi le osservazioni derivate dall'analisi sul campo e i risultati ottenuti attraverso incontri diretti e questionari. Nelle ricerche sul campo, infatti, c'è stata la possibilità di incontrare e intervistare persone che operano o hanno operato nel centro sanitario, tra cui medici, operatori sanitari, architetti e progettisti. Parallelamente, è stato condotto un lavoro diretto con gli utenti, coinvolgendoli attivamente nell'indagine.

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. A partire da tutto ciò è stato ideato un “meta-progetto” del Parco Basaglia, il quale 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 degli incontri, sono stati posti dei quesiti ad alcuni medici e 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 e per il piano di rigenerazione previsto inizialmente 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 a utenti, familiari e operatori sanitari. Il questionario, composto da tre parti, trattava temi quali: questioni generali riguardanti l'organizzazione e le attività svolte all'interno del centro; la struttura edilizia (e il suo intorno); gli spazi di relazione e di incontro tra pazienti, terapeuti e familiari; gli spazi per la terapia; le sale d'attesa, gli spazi di movimento e gli spazi riservati.

Considerata la situazione pandemica, purtroppo gli incontri in presenza 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, con l'opportunità di svolgere attività di ricerca più mirate all'interno del Parco, l'autrice avrebbe privilegiato un'analisi più approfondita del sito e una maggiore possibilità di contatto partecipato con gli utenti, per ottenere una raccolta più ampia di testimonianze e la possibilità di svolgere dei laboratori di coprogettazione.

## **Le architetture per la salute mentale nel Parco Basaglia**

Per quanto riguarda l'aspetto architettonico dei servizi per la salute mentale, lo studio di architettura *Star Associati*<sup>8</sup> si è occupato nel 2016 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

.....  
8. Che dal 1999 al 2004 si era occupato già della riqualifica e ampliamento del CSM di Domio, a Trieste.

conservazione dell'edificio (di pregio storico e architettonico<sup>9</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 in grado di valorizzare 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; sono stati inoltre inseriti un loggiato interno al primo piano e un ascensore panoramico, 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 e 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 londa, dei serramenti esterni, dello zoccolo e dei davanzali. Inoltre, sono stati recuperati i vani scala con ringhiere in ferro battuto e corrimano in legno, e 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 a 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, 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, dott.ssa Michiei Paola Zanus, e con utenti che frequentano il Centro, non sono emerse criticità rilevanti

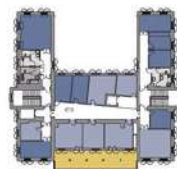
9. Edificio assoggettato a tutela ai sensi del D.Lgs. n. 42/2004 art.12 c.1.



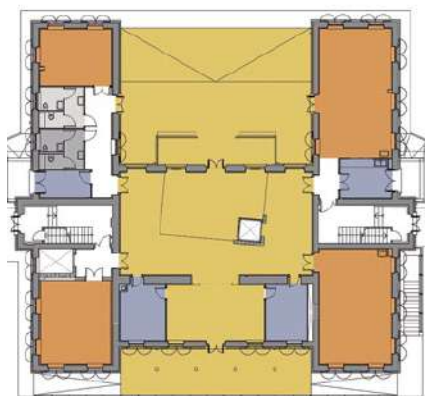
- spazi comuni per attività
- spazi comuni
- spazi riservati a personale specializzato
- spazi assistenziali
- spazi riservati agli utenti
- servizi igienici riservati al personale
- servizi igienici pubblici



SECONDO PIANO



PRIMO PIANO



PIANO TERRA



PIANO INTERRATO

Fig. 4 • 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. Foto ed elaborati grafici gentilmente concessi dallo studio StarAssociati.

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 organizzativa. 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, la struttura avrebbe oggi bisogno di un'area ristoro e di una mensa adeguata.

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 a 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 propeedeutici alla terapia delle diverse problematiche infantili e alla diagnosi precoce, oltre all'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 limitato ad adeguare dei locali interni con l'aggiunta di materiale didattico e di arredi specializzati, dovendo sottostare a stringenti limitazioni economiche e tecniche.

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.

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 Masterplan dello studio di architettura *Meninno e Di Dato Associati*<sup>10</sup>, che preve-

---

10. L'ente ERPAC ha affidato a un gruppo di professionisti (composto da Luigi Di Dato, Sinergero Spa, Maria Cristina Tullio, Eleonora Ceschin e Ivan Snidero) l'elaborazione di un Masterplan 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.

dono 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 i laboratori e il parco-parcheggio.

Il piano proposto prevede la ricostruzione del percorso originario del 1933 con calcestruzzo drenante e dimensioni maggiori, adeguate alla normativa del '89. Si pone inoltre l'obiettivo di trattare in egual misura tutti i percorsi principali delle ascisse e ordinate attraverso la realizzazione di pavimentazioni con una superficie in inerti con leganti cementizi, estremamente resistenti, ma altrettanto drenanti. Questo materiale rappresenterà un ulteriore valore nel contesto del riutilizzo e della valorizzazione degli spazi urbani da parte del Parco Basaglia, e, parallelamente, contribuirà alla gestione integrata della sua impiantistica, a prescindere 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 a un ripristino delle architetture vegetali di valore storico (come la salita della "Motta", belvedere in corrispondenza del checkpoint di confine) e alla rimozione delle specie spontanee o pericolosa dal punto di vista della staticità e l'inserimento di fioriture nei parterre laterali.



Fig. 5 • Foto del Parco Basaglia di Gorizia, degli edifici e degli spazi esterni che li circondano, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio precedentemente riportate. Dall'alto: ex edificio del Direttore e amministrazione (01); chiesa (11); CSM (12), ex cucine. Foto dell'autrice, 2020.



Fig. 6 • Foto del Parco Basaglia di Gorizia, degli edifici e degli spazi esterni che li circondano, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio precedentemente riportate. Dall'alto: 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 del lavoro (21). Foto dell'autrice, 2020.



Fig. 7 • Foto del Parco Basaglia di Gorizia, degli edifici e degli spazi esterni che li circondano, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio precedentemente riportate. Dall'alto: serre (23); ex bar (17) con alle spalle la torre-serbatoio dell'acqua (16); la rete sul bordo nel territorio goriziano. Foto dell'autrice, 2020.



Fig. 8 • Foto del Parco Basaglia di Gorizia, degli edifici e degli spazi esterni che li circondano, con codice che fa riferimento alle planimetrie di studio precedentemente riportate: ex lavanderia e centrale termoelettrica (13). Foto dell'autrice, 2020.

# Progettare oltre la soglia nel Parco Basaglia di Gorizia

Nella zona destra del Parco Basaglia, 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 l'Amministrazione Provinciale e l'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.

Il Centro di Neuropsichiatria Infantile e il Centro di Salute Mentale potrebbero necessitare di una struttura intermedia che faciliti il dialogo tra loro, influenzando positivamente sull'aspetto terapeutico nel passaggio dall'età infantile all'età adulta.

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.

Per promuovere lo sviluppo sostenibile e la fruibilità dello spazio da parte dei cittadini italiani e sloveni, il coinvolgimento del terzo settore potrebbe rappresentare una chiave per prevenire il degrado degli edifici non utilizzati e favorire nuove modalità di partecipazione. In particolare, potrebbe essere utile destinare alcuni spazi a luoghi educativi o scuole che incoraggino il bilinguismo, ad attività artistiche, cinematografiche, sportive e orticole, all'apertura di uno spazio di ristoro per momenti di aggregazione, all'utilizzo di aree all'aperto per eventi culturali o commerciali, e soprattutto alla creazione di un percorso formativo ed educativo che sensibilizzi sulla salute mentale, sulla storia del luogo e di Franco Basaglia, sulle pratiche di deistituzionalizzazione e sull'accesso all'archivio storico, offrendo così un terreno di confronto e dialogo tra i cittadini.

## **Il 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**

Nel seguente volume, 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.

## **La strategia di intervento**

Per lo sviluppo del meta-progetto 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 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 dal 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 dal confronto degli studi planimetrici condotti in relazione alle trasformazioni storiche (e future) dell'area, emerge evidente la necessità di interventi che preservino una *memoria percettiva* del luogo, generata dai segni e dalle tracce, visibili e invisibili, del passato rapportato al presente. 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 a 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, riconoscibili e facilmente identificabili, 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, riparo 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 e 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 materiali, 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 e dai tracciati che si inseriscono in questi spazi.

## **Gli interventi**

Per trasformare il Parco Basaglia in un luogo vivo di testimonianza, riscoperta e incontro, è stata immaginata una serie di interventi in grado di potenziarne sia la dimensione funzionale sia quella sociale, restituendo al parco un ruolo attivo e partecipato nella vita della comunità.

Al centro di questa visione vi è la volontà di istituire un "Museo della Mente", un luogo capace di raccontare le esperienze legate alla salute mentale attraverso un percorso narrativo e sensoriale. Il museo non dovrebbe limitarsi a esporre, ma piuttosto coinvolgere il visitatore in un'esperienza empatica e interattiva, servendosi di dispositivi tattili e visivi che esplorino le molteplici interazioni con lo spazio e con l'altro. Fondamentale sarà la valorizzazione degli spazi di soglia, luoghi fisici e simbolici riconoscibili, di passaggio e contaminazione. Questo racconto non dovrebbe esaurirsi all'interno del parco: installazioni diffuse sul territorio, capaci di emergere nella città, contribuirebbero a estendere la narrazione e a far dialogare il museo con il contesto urbano.

Un altro aspetto centrale riguarda la custodia della memoria: è prevista la creazione di un archivio storico che raccolga documenti, testimonianze e materiali visivi relativi alla storia del parco e delle sue trasformazioni. Questo archivio potrebbe convivere con il recupero parziale delle strutture esistenti, che, dove non più accessibili, diventerebbero spazi da osservare e attraversare con lo sguardo, grazie a scorci studiati e a proiezioni capaci di evocare la loro storia e funzione originaria.

In ottica più sociale e terapeutica, si propone la creazione di uno spazio intermedio destinato ad accompagnare il passaggio dei giovani pazienti dal centro di neuropsichiatria infantile ai servizi per adulti. Questo luogo non avrebbe una funzione clinica, ma si configurerebbe come un punto di incontro stabile, adattabile e inclusivo, dove espressione, confronto e appartenenza possano contribuire a un processo di guarigione più ampio.

**Analisi Storica delle trasformazioni architettoniche fino allo Stato attuale**

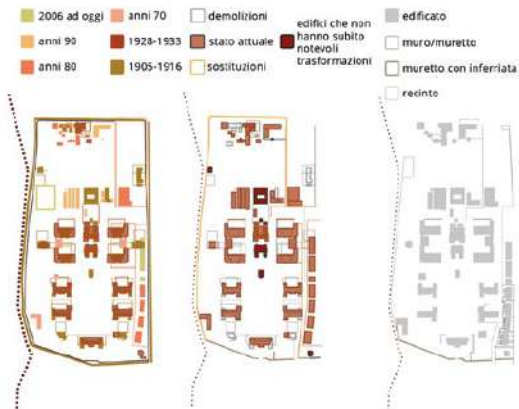


Fig. 9 • Ricostruzione delle trasformazioni degli spazi architettonici – edifici realizzati, demolizioni, recinzioni e confini – dall’istituzione del primo manicomio fino alla configurazione attuale del Parco Basaglia. Elaborati grafici dell’autrice. In ordine di visualizzazione delle planimetrie, da sinistra a destra: relazione tra edificato e recinzioni nelle varie fasi di costruzione; relazione tra demolizioni e costruzioni nelle varie fasi di trasformazione; stato attuale degli elementi costruiti.

**Analisi Storica delle trasformazioni degli spazi verdi fino allo Stato attuale**

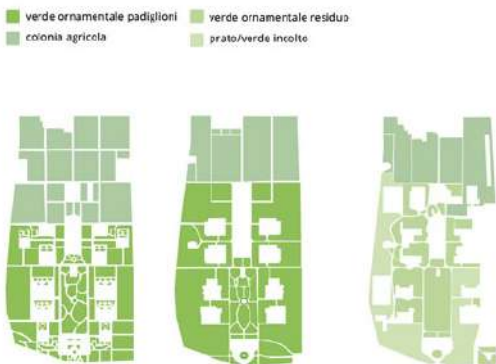


Fig. 10 • Ricostruzione delle trasformazioni degli spazi verdi – utilizzati come elementi divisorii, ornamentali e di percorrenza – dalla fondazione del primo manicomio fino all’attuale configurazione del Parco Basaglia. Elaborati grafici dell’autrice.

**Il futuro progetto per il Parco Basaglia in cui gli spazi-soglia prendono forma**

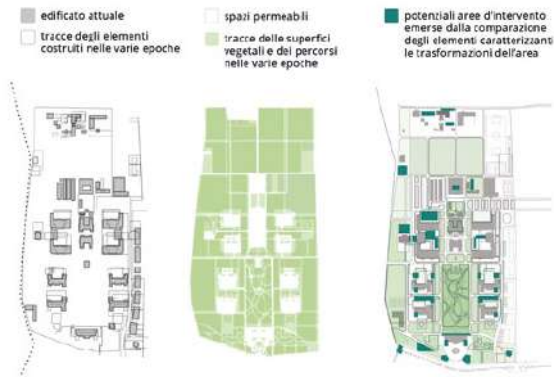


Fig. 11 • Sovrapposizione delle trasformazioni stratigrafiche e visione d’insieme degli spazi-soglia del Parco Basaglia, emersi dalle ricostruzioni delle fasi. Elaborati grafici dell’autrice. In ordine di visualizzazione delle planimetrie da sinistra a destra: confronto stratigrafico del costruito; confronto stratigrafico tra superfici verdi e tracciati; planimetria generale con visione d’insieme dei potenziali spazi-soglia di intervento.

Sempre per i più giovani, si immagina un nuovo spazio d'attesa per bambini, situato tra l'interno e l'esterno del padiglione di Neuropsichiatria Infantile. Pensato come un'area accogliente per famiglie e bambini, questo spazio diventerebbe anche un luogo d'incontro, capace di alleggerire il momento dell'attesa trasformandolo in un'opportunità di relazione.

Una particolare attenzione sarà riservata agli spazi aperti, che potranno essere ripensati come luoghi di intrattenimento culturale, artistico e performativo. Qui, artisti e artigiani avranno la possibilità di realizzare progetti inclusivi, esposizioni e laboratori in dialogo con il museo e con il territorio. L'idea è quella di attivare collaborazioni anche transfrontaliere, coinvolgendo residenze artistiche dislocate sia nell'area isontina che in territorio sloveno. In prossimità degli accessi al parco si prevede inoltre la realizzazione di un punto informativo e di divulgazione, che funga da interfaccia tra interno ed esterno, rendendo visibili e accessibili le iniziative in corso. Questo dispositivo andrebbe anche a valorizzare concettualmente il bordo del parco, inteso non come limite, ma come soglia dinamica.

Infine, si propone l'allestimento di uno spazio ristoro autogestito, in cui favorire l'inserimento lavorativo attraverso la vendita dei prodotti agricoli coltivati nelle aree verdi del parco stesso. Questo spazio assumerebbe una funzione sociale e produttiva, rafforzando l'identità del luogo come comunità attiva e inclusiva. L'intero progetto, infine, guarda con attenzione alla vicinanza con il confine e alla possibilità di attivare programmi di cooperazione culturale e scambio transnazionale, per fare del Parco Basaglia non solo un luogo della memoria, ma anche un laboratorio di dialogo, confronto e innovazione sociale.

## **Conclusioni: gli spazi-soglia del Parco Basaglia**

Attraverso la ricostruzione storica e la sovrapposizione degli elementi che hanno segnato l'evoluzione di questo luogo complesso, emergono delle soglie: punti significativi di passaggio, confronto e trasformazione. Questi elementi generano un processo narrativo che, a partire dalle tracce esistenti nel Parco, intreccia presente e passato nella visione di un futuro in cui il Parco Basaglia si configura come parte integrante di una più ampia idea di cura urbana e cittadinanza attiva.

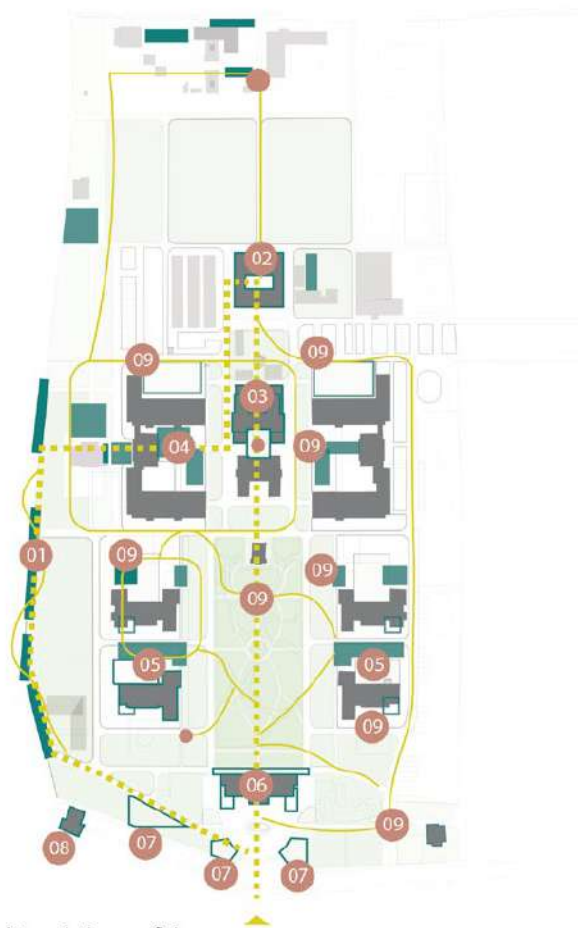
Le soglie assumono così un duplice valore: spaziale, in quanto dispositivi architettonici riconoscibili che segnano e mediano il passaggio tra un luogo e un altro; e simbolico, poiché invitano alla riflessione e all'incontro. Possono essere rifugi, spazi di attesa, filtri visivi o punti di transizione, ma sempre connotati da un significato profondo e condiviso.

Attraverso questi dispositivi, il Parco diventa un viaggio nella memoria, capace di raccontare la storia del manicomio, le sue trasformazioni e le prospettive future. Il percorso si snoda tra i padiglioni esistenti, arricchito da coperture, pavimentazioni e volumi architettonici riconoscibili che dialogano con il contesto. Lungo il tragitto si alternano elementi narrativi che stimolano un'esplorazione libera e immersiva, invitando il visitatore a scoprire i diversi strati del luogo.

L'itinerario principale parte dall'archivio storico nel padiglione dell'Amministrazione e attraversa spazi interni ed esterni, fino a giungere all'area espositiva ricavata nel vecchio Padiglione del Lavoro, dove si trovano fotografie, testimonianze e opere di artisti e artigiani. Alcuni padiglioni adiacenti lungo l'asse centrale vengono destinati ad attività laboratoriali e arti-terapeutiche, rafforzando l'idea del parco come spazio produttivo e partecipato.

Una deviazione nel percorso porta a scoprire le cooperative sociali attive all'interno del Parco, sottolineando il legame tra salute mentale, lavoro e inclusione. In prossimità del confine si incontra una soglia particolarmente significativa: viene rimossa la rete che delimitava lo spazio – non più barriera visiva ma ancora limite fisico – e sostituita con la “pesantezza” di un muro frammentato, denso di significato e memoria. Il tracciato dei padiglioni demoliti viene evocato attraverso una pavimentazione cromatica, che ne restituisce l'impronta come segno di ciò che è stato.

L'intero percorso è pensato per accompagnare il visitatore attraverso un racconto sensibile della cura, fatto di pause, osservazione e coinvolgimento. La struttura che media tra il Centro di Salute Mentale e quello di Neuropsichiatria Infantile si configura come un punto di connessione permeabile: uno spazio d'incontro e dialogo tra servizi e persone, ma anche tra fasi della vita, facilitando la continuità terapeutica tra adolescenza e età adulta. Il Parco Basaglia si configura quindi come un luogo di scambio, memoria e trasformazione, in cui il dialogo tra architettura, storia e salute mentale costruisce una nuova narrazione condivisa: inclusiva, aperta e orientata al futuro.



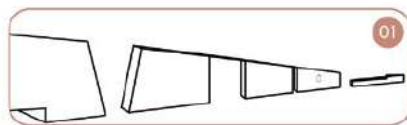
- volumi, tracciati, superfici
  
- itinerari principali e secondari

## Meta-Progetto.

### Progettare Oltre la soglia nel Parco Basaglia

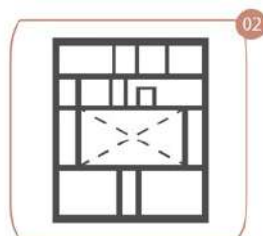
#### 01. Oltre la soglia: memoria e narrazione

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 a tratti interrotto e carico di significato, a fianco del quale verrà accostato il nuovo percorso ciclabile. “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.



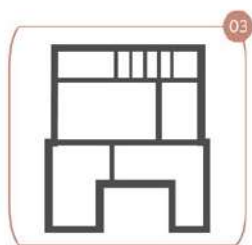
#### 02. Spazio espositivo e punto ristoro

Uno spazio autogestito si inserisce all'interno del vecchio padiglione del lavoro (21), diventando punto di incontro e di dialogo.



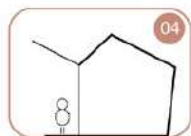
### 03. Centro di mediazione tra i servizi per la salute mentale

Si inserisce nel padiglione della ex lavanderia (13) una struttura di mediazione tra il CSM (Centro di Salute Mentale) e il centro di Neuropsichiatria Infantile, diventando un prezioso punto di incontro per le persone e un luogo dove i due servizi sanitari possono interfacciarsi e connettersi attraverso un passaggio permeabile che li collega visivamente. Questa struttura rappresenterebbe un'importante mediazione nel passaggio della cura dall'età adolescenziale a quella adulta, offrendo un'opportunità di confronto.



### 04. La Sala d'attesa, d'incontro, di gioco

Un volume di ampliamento costruito tra gli spazi esterni del Centro di Neuropsichiatria 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 possono 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.



### 05. Padiglioni degli artigiani

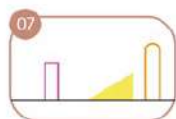
Spazio di lavoro dove all'esterno una copertura offre un'area per ospitare e accompagnare gli eventi che si svolgono nello spazio aperto circostante.

## 06. Padiglione di ingresso

Custodisce l'archivio storico. Diventa accessibile da entrambi gli ingressi (anteriore e posteriore) e si può oltrepassare per accedere al Parco.

## 07. Spazio espositivo e di narrazione

Superfici pavimentate appositamente per ospitare installazioni d'arte sui temi della salute mentale, promosse da artisti ed artigiani, per incoraggiare la convivenza tra le diversità. Visibili dal percorso stradale.

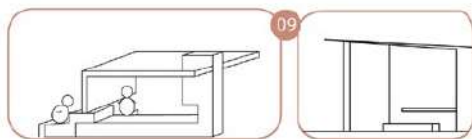


## 08. Punto informativo

In quanto punto d'accesso alla città e al parco, in questo spazio si forniscono informazioni sugli eventi previsti sia all'interno del parco che nella città.

## 09. Le soglie: cura e narrazione

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. Nella planimetria l'alternanza di volumi e tracciati va a comporre l'insieme delle tracce del sedime dei padiglioni che sono stati distrutti e andati persi nel tempo, messi in evidenza da una pavimentazione di diverso cromatismo o dall'aggiunta di sedute e spazi quiete in cui sostare.



## Spazi di alterità tra cura, memoria e narrazione nella salute mentale

A oltre quarant'anni dalla Legge che ha sancito la chiusura dei manicomi, la società ha compiuto progressi nell'accettazione della diversità e nel riconoscimento della salute mentale come diritto inalienabile. La cura, un tempo sinonimo di isolamento, oggi è intesa come strumento di inclusione sociale. Perché questo modello fosse possibile, era necessario che la società accogliesse il malato non solo come segno di emancipazione culturale, ma come parte di un processo terapeutico fondato anche su basi scientifiche. Ciò ha richiesto un'educazione della collettività e, parallelamente, la consapevolezza da parte del malato del valore del contatto con l'esterno. Quando questa relazione mancava, era necessario avviare percorsi educativi rivolti a cittadini e famiglie per favorire un coinvolgimento attivo e costruire un legame empatico con la comunità. La progressiva dismissione degli ospedali psichiatrici italiani, aggravata dallo stigma che li circondava, ha condotto però al degrado della maggior parte degli edifici. Il confronto con realtà internazionali, oggetto di questa ricerca, ha messo in luce le cause dell'abbandono e i tentativi di riabilitazione avviati altrove, dove però è mancata l'applicazione concreta delle esperienze italiane.

Si assiste così a una frattura tra pratiche e saperi, mentre la sperimentazione architettonica e psichiatrica italiana sembra arrestarsi. Nonostante le normative introdotte per preservare e valorizzare le architetture, queste strutture vengono troppo spesso abbandonate al deterioramento. Pertanto, è fondamentale rivedere il concetto stesso di luogo di cura e accoglienza, trasformandolo in spazio di fiducia e inclusione, dove ogni persona possa sentirsi parte della comunità. L'architettura diventa così simbolo e strumento di cambiamento: non solo conservazione, ma anche "ri-attivazione" dei luoghi della memoria. Un'integrazione autentica richiede processi di accompagnamento che mettano in dialogo città, cittadini ed ex istituzioni, così da condividere storia e memoria e sviluppare empatia verso le alterità. Questa ricerca non propone un modello universale, ma riflette sulla necessità di soluzioni contestuali. Dal confronto con le istituzioni europee emerge come sia preferibile correre alcuni rischi per rifunzionalizzare questi luoghi piuttosto che condannarli all'oblio. Le politiche dovrebbero quindi proteggere i beni storici non solo con la conservazione, ma anche con interventi innovativi, persino radicali, quando necessario. Un caso emblematico citato è l'ospedale psichiatrico di Sint-Jozef a Melle, dove la demolizione parziale di un edificio monumentale ha dato vita a un nuovo spazio d'incontro tra cittadini e pazienti. In altri casi, l'inserimento nei complessi psichiatrici di servizi culturali atti a una "musealizzazione" potrebbe non essere sufficiente a garan-

tire convivenza tra architetture manicomiali e pratiche terapeutiche contemporanee. Restano eccezioni virtuose, esperienze come l'ospedale Sainte-Anne di Parigi o i complessi di Santa Maria della Pietà a Roma e Paolo Pini a Milano, capaci di coniugare assistenza sanitaria, memoria storica e inclusione sociale.

Il Parco Basaglia di Gorizia rappresenta un ulteriore potenziale motore di cambiamento: non solo memoria storica, ma spazio vitale capace di superare lo stigma. È un approccio coerente con i principi di "riordino" elaborati da Basaglia e dall'architetto Calabi negli anni Sessanta, fondati sull'idea di un ospedale transitorio che offrisse cure necessarie e al tempo stesso favorisse il reinserimento sociale. Lo scambio tra interno ed esterno trasforma i confini in soglie permeabili, luoghi di relazione e interazione reciproca. In questo quadro, l'architettura contemporanea per la salute mentale è analizzata attraverso il concetto di soglia: uno spazio che diventa narrazione, inclusione e incontro. Le esperienze di progettazione partecipata confermano l'importanza del dialogo interdisciplinare nel ripensare gli spazi terapeutici, dimostrando come sia possibile superare limiti storici e culturali.

Il presente lavoro sostiene quindi che la riattivazione dei complessi manicomiali debba passare attraverso la creazione di spazi di relazione, dove la soglia acquista valore simbolico e pratico. Così, questi luoghi possono trasformarsi in sistemi aperti di connessione, capaci di valorizzare non solo "il prendersi cura" delle persone, ma anche degli spazi stessi.





# Bibliografia

- Archives de Paris (2014) Asile Sainte-Anne (1867-1936), hôpital psychiatrique Sainte-Anne (1937-1943), centre psychiatrique Sainte-Anne (1944-1973), centre hospitalier Sainte-Anne (1974-1992): fonctionnement (1861-1992). 3719W 1-97.
- Archivio della Regione Friuli Venezia Giulia, Ampliam. e sistemaz. Dell'OPP. di Gorizia. Progetto e contributo statale, Fascicoli 1955-1990.
- Archivio Generale Città Metropolitana di Venezia, ospedali psichiatrici, fasc. IV-1-2
- Archivio Raggianti, Giurie e commissioni. 1947-1981. Fasc. 7: Concorso nazionale per la progettazione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Venezia 1968-1969.
- Archivio provinciale di Verona, b. 2378, fasc. "Progetto generale" 1963
- ERPac - Ente Regionale per il Patrimonio Culturale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2018). Progetto di rigenerazione urbana in chiave storico/culturale del Parco Basaglia a Gorizia.
- Ministero per i Beni Culturali e Ambientali, Direzione Generale degli Archivi (2010). Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici. A cura del Gruppo di Coordinamento del Progetto Nazionale "Carte da Legare". Roma: Editrice Gaia.
- Abbas, S., Okdeh, N., Roufayel, R., Kovacic, H., Sabatier, J.M., Fajloun, Z. e Abi Khattar, Z. (2024). Neuroarchitecture: How the perception of our surroundings impacts the brain. *Biology (Basel)*, 13(4), 220.
- Agosti, S., Bellocchio, M., Petraglia, S., Rulli, S. (1975). *Matti da slegare* (documentario). 11 Marzo Cinematografica.
- Ahmetovic, S. e Di Prisco, M. (2017). *Abitare la memoria. Progettazione di un centro per malati di Alzheimer nell'area ex O.P.P. di Trieste*. Tesi di Laurea Magistrale, Università degli Studi di Trieste.
- Ahrentzen, S., Steele, K. (2016). *At Home with Autism: Designing for the Spectrum*. Bristol: University Press.
- Aime, M. e 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. e Neri, M.L. (a cura di) (2013). *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa.
- Albani, L., Bortot, L., Donati, D., Lah, D., Zanusi, P. (2020). Gorizia 2020. In *Cartografie sociali. Cosa resta del manicomio?*, pp. 185-199.
- Amadei, G. (1908). I mattoidi. In AA.VV., *L'opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni*. Torino: Bocca, pp. 82-100.

- American Planning Association (2023) PAS Report 223 (online). In [www.planning.org](http://www.planning.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.planning.org/pas/reports/report223/>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, J., Briggs, A., Porter, R., Tucker, P., Waddington, K. (1997). *The History of Bethlehem*. London and New York: Routledge.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), pp. 11-18.
- Armiato, L. e Martelli, P. (2019). Musei, memorie e narrazioni per la salute mentale. *Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia*, 3(2), pp. 107-120.
- Arts on Prescription. *Arts on Prescription* (online). In <https://www.artsonprescription.org> (ultima consultazione maggio 2025).
- Augé, M. (2018). *Nonluoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità*. Ed. it. a cura di Rolland, D. e Milani, C. Milano: Elèuthera.
- Azzurri, F. (1868). I nuovi restauri nell'Archiospedale di S. Spirito in Saxia. Internet Archive.
- Babini, V.P. (2009). *Liberi tutti: manicomio e psichiatri in Italia. Una storia del Novecento*. Bologna: Il Mulino.
- Barbetta, P. (2020). L'autismo oltre lo sguardo medico. Disponibile in: <https://www.doppiozero.com/lautismo-oltre-lo-sguardo-medico> (ultima consultazione: gennaio 2023).
- Barillari, D. (2008). L'architettura per il frenocomio di Trieste, storia di un progetto e della sua realizzazione (1896-1908). In AA.VV. (a cura di), *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908-2008*. Milano: Mondadori Electa, pp. 118-133.
- Barbetta, P. (2020). *L'autismo oltre lo sguardo medico* (online). In Doppiozero <https://www.doppiozero.com/lautismo-oltre-lo-sguardo-medico>
- Barnes, A.J., Chen, C.L., Lin, C.H., Lin, S.K., Lau, T.C., Besley, J. e Gale, C. (2014). Museums and mental health. *Museum Worlds: Advances in Research*, 2(1), pp. 133-169.
- 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., Ongaro Basaglia, F. e Minguzzi, G.F. (1967). Exclusion, programmation et intégration. *Recherches*, 5, pp. 75-84. Trad. it. Esclusione, programmazione e integrazione. In Basaglia, F. (2010). *Scritti, 1953-1980*. Milano: Il Saggiatore, p. 403.
- Basaglia, F. (a cura di) (2010). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini & Castoldi. [1ª ed. 1968, Torino: Einaudi].
- Basaglia, F. e Ongaro Basaglia, F. (a cura di) (1969). *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F. (1969). Lettera da New York. Il malato artificiale. *Nuovi Argomenti*, 18, pp. 167-183.

- Basaglia, F. (1971). La maggioranza deviante. *Quaderni Piacentini*, 51, pp. 3-17.
- Basaglia, F. e Ongaro, F. (a cura di) (1975). *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., Bellavitis, G. e Valle, N. (1976). Psichiatria ed Architettura. In Scavuzzo, G. (2020), *Il parco della guarigione infinita*. Siracusa: Letteraventidue, pp. 254-260.
- Basaglia, F. (1978). Intervista a Franco Basaglia. Per la socializzazione della sofferenza psichica. In Semino, G.P. (a cura di), *Hinterland*, 3, pp. 24-25.
- Basaglia, F. (1979). Il fascino discreto del manicomio. *La Repubblica*, settembre.
- Basaglia, F. (2005). *L'utopia della realtà*. A cura di F. Ongaro Basaglia; introduzione di M.G. Giannichedda. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F. (2017). La comunità terapeutica come base di un servizio psichiatrico: realtà e prospettive. In Ongaro Basaglia, F. (a cura di), *Scritti, 1953-1980*. Milano: Il Saggiatore.
- Bassanelli, M. (2015). Interno-Esterno: lo spazio soglia come nuovo luogo della domesticità. *BDC: Università degli Studi di Napoli Federico II*, 15(2).
- Bassoe, P. (1945). Spain as the Cradle of Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 101(6), pp. 731-738.
- Beale-Ellis, S. (2017). *Sensing the City: An Autistic Perspective*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Beaver, C. (2010). Autism-Friendly Environments. *The Autism File*, n.37, pp.82-85
- Belek, B. (2019). *Autism* (online). The Cambridge Encyclopedia of Anthropology. In <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/autism>
- Bellini, E. (2020). *Ambienti sensoriali "terapeutici" che rendono Abili. Un progetto integrato di vita per persone con Disturbi dello Spettro Autistico*. Firenze: Firenze University Press.
- Benassi, P. (2014). 1960-2010. *Mezzo secolo di psichiatria italiana*. Milano: Franco-Angeli.
- Benjamin, W. (1983). *Das Passagen-Werk*. In Tiedemann, R. (a cura di), *Das Passagen-Werk*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Bentham, J. (1791). *Panopticon or the Inspection House*. London. [Trad. it. a cura di M. Foucault e M. Perrot (1983). *Panopticon ovvero la casa d'ispezione*. Venezia].
- Bentham, J. (2019). *Esquisse d'un ouvrage en faveur des pauvres*. Paris: La Compagnie du Livre. [1<sup>a</sup> ed. 1801].
- Besley, J. e Finnane, M. (2011). Remembering Goodna: Stories from a Queensland Mental Hospital. In Coleborne, C. (a cura di), *Exhibiting Madness in Museums*. London: Routledge, pp. 21-34.
- Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. Glencoe: Free Press.
- Bieberfeldt, H.H. (2002). La civiltà islamica: scienze della vita. Le malattie mentali e psicosomatiche. In *Storia della Scienza*. Roma: Enciclopedia Treccani.
- 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. *Archivio di Studi Urbani e Regionali*, 122.

- Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke.
- Blume, H. (1998). *Neurodiversity*. The Atlantic.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bogdashina, O. (2003). *Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome: Different Sensory Experiences–Different Perceptual Worlds*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bogdashina, O. (2011). *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*. Crema: Uovonero.
- Bonella, A., Pastina, N., Sibbio, R. (2002). L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'archivio storico sec. XVI–XX. *Inventario*, p. 106.
- Bonnafé, L., Dubuisson, M., Lainé, T. (1973). Une psychiatrie différente: Dites-Vous. *La Nouvelle Critique*, suppl. 63. [Trad. it.] (1978). *La psichiatria di settore. Dibattito sull'esperienza francese*. Padova.
- Bonnafé, L. (1992). *Désaliéner? Folie(s) et sociétés*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Borasi, G. e Zardini, M. (a cura di) (2011). *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture [Exhibition]*. Montreal: Canadian Centre for Architecture (CCA).
- Breuer, I. (2020). Husserl and Merleau Ponty: The affective bodily experience of architectural space. *Gestalt Theory*, 42.
- Bruzzese, M.A., Longo, A.E.A. (2011). *Dialoghi della composizione. Riflessioni interdisciplinari intorno al progetto urbanistico contemporaneo*. *Planum – The Journal of Urbanism*.
- Bulmer, M. (1984). *The Chicago School of Sociology: Institutionalization, Diversity, and the Rise of Sociological Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Calkins, M.P. (2018) From research to application: Supportive and therapeutic environments for people living with dementia. *The Gerontologist*, 58(Suppl\_1), pp. S114-S128.
- Cali, C. (2012). La natura della percezione. La fenomenologia di Husserl e la psicologia della percezione. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, Vol. 3 (2012), n. 2, pp. 225-240.
- Campbell, M. (2005). What Tuberculosis did for Modernism: The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture. *Medical History*, 49(4), 463-488.
- Canezza, A., Paolini, A., Marcovigi, G. (1935) Ospedale, in *Enciclopedia Italiana*. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* (trad. it. G. Giannini). Milano: SE.
- Cannas, P., Di Prisco, M. (2022). L'eredità dei corpi esclusi. Indagine sugli spazi eterotopici della devianza, in *AISU International 2022, Adaptive cities through the post-pandemic lens*, Torino, pp. 814-824.
- Canosa, R. (1979). *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli.
- Capolongo S. (2006). *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*. Milano: Hoepli.

- 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.
- Cardinal, R. (1972). *Outsider Art*. London: Studio Vista.
- Castelbajac, T., Quintin J. (2021). Architecture en psychiatrie et atmosphère soignante, in *L'Évolution Psychiatrique*, Volume 86, Issue 3, pp. 617-625.
- Castiglia, R. (2013). Frenocomio di San Girolamo a Volterra. In: Ajroldi, C. et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa, pp. 207-209.
- Cavallari, G., Migani C., Nosé G. (a cura di) (2008). *Follia gentile. Dal manicomio alla salute mentale*. Rovigo: Negretto Editori.
- Cerletti, U., Bonfiglio, F. (1965). Il lavoro neuropsichiatrico. *Ospedale Psichiatrico Provinciale di S. Maria della Pietà: Roma*, Vol. XXXVI Anno XIX Fasc. III.
- Cervesato, A. (2024). Un processo partecipativo. Workshop nel parco di Sant'Osvaldo. In La Varra, G., Cervesato, A., *Ricerche friulane. Progetti di architettura e paesaggio*. Conegliano: Anteferma. Pp. 48-57.
- Chamberlain, A. S. (1966). Early Mental Hospitals in Spain. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing (Ajp), 123(2), Pp. 143-149
- Chiarugi, V. (1794). *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico analitico con una centurie di osservazioni (1793-1794)*. Firenze: Paolo Maria Giusti.
- Cirifino, F., Rosa, P., Sangiorgi, L. (2019). Musei, memorie e narrazioni per la salute mentale, in *Mefisto. Rivista di medicina, filosofia, storia*, III, n. 2, pp. 107-120.
- Coco Architecture. *Centre de soins intensifs en psychiatrie* (online). In [www.cocoarchitecture.fr](http://www.cocoarchitecture.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.cocoarchitecture.fr/projet/centre-de-soins-intensifs-en-psychiatrie/>
- Colin, G. (2014). *A Museum of the Mind*. *Museum Worlds: Advances in Research*. 2, pp.142-146. New York: Berghahn Books.
- Colomina, B. (2019). *X-Ray Architecture*. Zurigo: Lars Müller.
- Conferenza Salute Mentale (2020) *Ricominciamo: salute mentale e servizi di comunità* (online). In <http://www.conferenzasalutementale.it/2020/05/28/ricominciamo-salute-mentale-e-servizi-di-comunita-problemi-pratiche-proposte-video-assemblea-sabato-30-maggio/> (ultima consultazione maggio 2025)
- 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.
- Conolly, J. (1830). *An inquiry concerning the indications of insanity, with suggestions for the better protection and care of the insane*. London: Private publication.
- Conolly, J. (1847). *The Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*. London: John Churchill.
- Conolly, J. (1856). *Treatment of the insane without mechanical restraints*. London: Smith: Elder and Co.
- Conti, C. (a cura di) (2023). *Il parco di Sant'Osvaldo. Elementi e figure del progetto nel comprensorio dell'ex manicomio della provincia di Udine*. Conegliano: Anteferma.

- Cooley, M. (1978) *Human-Centred Systems*. London: National Economic Development Office.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications.
- Costa, V., (2010). *Fenomenologia dell'intersoggettività*. Roma: Carocci.
- Chroniques Architecture (2024). *Pôle Neurosciences de Sainte-Anne signé Pargade* (online). In <https://chroniques-architecture.com/pole-neurosciences-de-sainte-anne-signe-pargade-architectes/> (ultima consultazione gennaio 2025).
- Cultural Welfare Center. *Cultural Welfare Center* (online). In <https://culturalwelfare.center/> (ultima consultazione maggio 2025).
- 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.
- D'Agostino, A. (a cura di) (2017a) *Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia*. *Festival dell'Architettura Magazine*, 41.
- D'Agostino, A. (2017b). Le città dimenticate. Dalla città per la cura alla cura per la città. *FAMagazine*, 10, n.41, pp.14-21.
- Davidson J., Henderson V. L. (2016). The Sensory City: Autism: Design and Care, in Bates C., Imrie R., Kullman K. (a cura di) *Care and Design: Bodies: Buildings, Cities*. Oxford: Wiley Blackwell, pp. 74-94.
- Davydov, J. (1966) *Il lavoro e la libertà. Una teoria della società comunista*. Trad. e pref. di V. Strada. Torino: Einaudi.
- Dawes W. (1880). A paper to the Architectural Association, in *Builder*, 1, pp. 274-275, 308-310.
- de Certeau, M. (2020). *L'invenzione del quotidiano*. Trad. it. a cura di M. Baccianini. Roma: Edizioni Lavoro.
- De Maio, D. (2002). Terapia e farmacologia psichiatrica nel Medioevo islamico, in *Medicina nei secoli*, n.1. Milano Editore, pp. 39-68
- De Mattia, D. (2012). Il tempio romano dell'Asklepieion di Kos: nuovi dati per la sua anastilosi, *Thiasos*, 1, pp. 61-80.
- De Simone, A. (2016). L'inquieta prossimità. Lo straniero e il migrante secondo Simmel, in *Postfilosofie*, n.9., pp.59-70
- Decker, E.F. (2014). *A City for Mark: An inclusive urban design approach to planning for adults with autism*. New York: Routledge.
- Del Nord, R., Peretti, G. (2012). *L'umanizzazione degli spazi di cura. Le linee guida*. Firenze: TESIS.
- Dell'Acqua, P., D'Autilia, S. (2017). Un'architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale. *FAMagazine*, 10, n.41, pp.30-45.
- Dennard, L., (1997). Review of the book *More than bricks and mortar? Mental health and the built environment*. *Human Relations*, 50, n.4, pp.451-460.
- D'Alessandro, L., Piro, S. (1969). *Gli Esclusi. Fotoreportage da un'istituzione totale*, Il Diaframma: Milano.
- Di Chiro, A. (2021). Un pensiero della soglia. Figure dell'alterità in Simmel: Schütz e Waldenfels e politiche dell'ospitalità, in *ARETÉ*, Vol. 6.

- 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.
- 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.
- Diffrient, N., Tilley, A.R., Bardagjy, J.C. (1974-1981) *Humanscale 1/2/3, 4/5/6, 7/8/9*. Henry Dreyfuss Associates. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dols, M.W. (1987). The origins of the Islamic hospital: myth and reality. *Bulletin of the History of Medicine*, 61(3), Oxford University Press, pp. 367-90.
- Donghi, D. (1927). Manicomi, in *Manuale dell'architetto*, volume II, sezione III (sez. II del capitolo XV – Stabilimenti sanitari), Torino: Unione Tipografico.
- Doti, G. (2018). *Spazi della follia/1: damnatio memoriae vs riuso*. Il giornale dell'architettura (online). In <https://ilgiornaledellarchitettura.com/2018/05/15/spazi-della-follia-1-damnatio-memoriae-vs-riuso/>
- Duffy, J., Dorner, R. (2011). The Pathos of “Mindblindness”: Autism, Science, and Sadness in Theory of Mind Narratives. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 5(2), pp. 201-215.
- Dyck, E. (2010). *Spaced-Out in Saskatchewan: Modernism: Anti-Psychiatry, and Deinstitutionalization, 1950-1968*. *Bulletin of the history of medicine*. 84. 640-66.
- Edginton, B. (2003). The Design of Moral Architecture at The York Retreat. *Journal of Design History*. 16(2). Oxford University Press, pp. 103-117.
- Esposito, A. (2019). *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*. Napoli: ad est dell'equatore.
- Esquirol, J.É.D. (1838). *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-légaux*, 2 vols. Paris: J.B. Baillière.
- Evangelista G. (2018). *Spazi della follia/2: recuperi virtuosi* (online). Il giornale dell'architettura. In <https://ilgiornaledellarchitettura.com/2018/05/15/spazi-della-follia-2-recuperi-virtuosi/>
- Evans, R. (1971). Bentham's Panopticon: An Incident in the Social History of Architecture. *Architectural Association Quarterly* 3.2, pp. 12-37.
- Eyal, G., Hart, B., Onculer, E., Oren, N., Rossi, N. (2010). *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic*. Cambridge: Polity Press.
- Faré, I., Piardi S. (a cura di) (2003). *Nuove specie di spazi*. Liguori: Napoli, p.15.
- FBM Architects (2025). *The Museum of the Mind* (online). In [www.fbmarchitects.com](http://www.fbmarchitects.com). Disponibile su: <https://www.fbmarchitects.com/project/the-museum-of-the-mind/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Ferrante, T. (2012). Valorizzazione e alienazione del patrimonio edilizio pubblico: il caso degli ex ospedali psichiatrici, in *Techne*, 3(2). Firenze: Firenze University Press, pp. 357-360

- Folstein, S. e Rutter, M., 1977. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), pp.297-321.
- Fondazione Mario Tobino. *Fondazione Mario Tobino* (online). In <https://fondazione-mariotobino.it/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Foot, J. (2014). *La Repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*. Milano: Feltrinelli.
- Fornasari, F. (2020). Social inclusion and museum. Communities, places, narratives. *European Journal of Creative Practices in Cities and Landscapes*, 3(2), pp. 159-185.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Pantheon Books. Trad. it. (2011). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard. Trad. it (1976; 1993). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: einaudi.
- Foucault, M., (1978). Carceri e manicomio nel congegno del potere. D'Eramo, M., (a cura di) in *Avanti* (1974). Intervista riportata in: *Hinterland*, 3, pp. 26-27.
- Foucault, M. (1984). Des espaces autres. *Architecture: Mouvement, Continuité*, n° 5. trad. It. Vaccaro S. (a cura di), (2002). *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*. Milano: Mimesis Edizioni.
- Fowler, C. (1846). A Paper to the IBA. *The Builder*, 4(181), p. 349.
- Frampton, S., Gilpin L., Schweitzer M. (2004). Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health. *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*, 9, pp. 106-113.
- Frauenberger, C., Spiel K., Makhaeva J. (2018). Thinking Outside the Box – Designing Smart Things with Autistic Children. *Int J Hum Comput Interact*, n.35(8):666-678.
- Fresco Parkinson Institute. *Fresco Parkinson Institute* (online). In <https://www.frescoparkinsoninstitute.com/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Funaioli, P. (1877). *Una visita ai manicomio della Svizzera e della Francia: ricordi e studi di Siena*, Tip. Dell'ancora di G. Bargellini.
- Furnari, M. (a cura di) (1996). *Guida per progettare. Lezioni di architettura*. Herman Hertzberger. Laterza: Bari.
- Gaines, K., Bourne, A., Pearson, M., Kleibrink, M. (2016). *Designing for Autism Spectrum Disorders*. New York: Routledge.
- 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.
- Giacobini, G., Cilli, C., Malerba, G. (2010). Il riallestimento del Museo di Antropologia criminale "Cesare Lombroso" dell'Università di Torino. Patrimonio in beni culturali e strumento di educazione museale. In *Museologia Scientifica*, nuova serie, 4(1-2), pp. 137-147.
- Giannantonio, R. (2013). *Nella città del dolore: esperienze manicomiali in Abruzzo tra Otto e Novecento*. Pescara: Carsa Edizioni.

- Giannichedda, M.G. (2007). *Ospedale psichiatrico*, in D'Arcais, Enciclopedia dei diritti umani: UTET.
- Giardiello, P. (2010). *Waiting. Spazi per l'attesa*. Napoli: Clean edizioni.
- GIMBE (2012) *Evidence-based Medicine* (online). In <https://www.gimbe.org/eb/definizione.html> (ultima consultazione dicembre 2024).
- Gli spazi della follia. *Gli spazi della follia* (online). In [spazidellafollia.unicam.it](https://spazidellafollia.unicam.it). Disponibile su: <https://spazidellafollia.unicam.it/it> (ultima consultazione maggio 2025).
- Godwin, G. (1859). Lunatic Asylums and the Treatment of the Insane. *The Builder*, pp. 721-723.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Trad. Ita: *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata* (2018). Verona: ombre corte.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. Trad. It. F. Ongaro Basaglia (1968), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino: Einaudi.
- Golembiewski, J. (2017). Architecture, the urban environment and severe psychosis: Aetiology. *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*, 135, pp. 113-131.
- Guglielmi, M. (2018). *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*. Firenze: Franco Cesati Editore.
- Guglielmi, M. (2019). Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica. *Scritture Migranti*, n. 13, pp.177-204
- Hall, E. T. (1966). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday; Trad. it. (1968), *La dimensione nascosta*, Milano: Bompiani.
- Henry, S., Lavielle, C., Patenotte, F. (2017) *L'hôpital Sainte-Anne: pionnier de la psychiatrie et des neurosciences au cœur de Paris*. Paris: Somogy Éditions d'Art.
- Hertzberger, H. (1991). Herman Hertzberger: 1959-1990. *Architecture and Urbanism (A+U)*, Extra-edition April 1991. Tokyo: a+u Publishing, pp. 1-247
- Heylighen, A., Bianchin, M. (2018). Building justice: How to overcome the inclusive design paradox?. *Built Environment*, 44(1), pp.24-37.
- Hine, G.T. (1901). Asylums and Asylum Planning. *Journal of the Royal Institute of British Architects*, VIII, 3rd series (8) 94, pp. 161-180. (162), Londra.
- Hinterland. Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio*. (1978, maggio-giugno). Segregazione e corpo sociale, n. 3, Milano: Mondadori.
- Holt-Lunstad, J. (2020). Social Isolation and Health. *Health Affairs*. Health Policy Brief.
- Hunter, R., Macalpine, I. (1968). Introduction. In: Conolly, J. *The Construction and Government of Lunatic Asylums*. Swindon: Dawsons.
- Husserl, E. (1929). *Formale und transzendente Logik: Versuch einer Kritik der logischen Vernunft*. Halle: Niemeyer. Trad. it. di Enzo Paci, 1966).
- Husserl, E. (1913). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie-

- ie. Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung, 1. Halle: Niemeyer. (Trad. it. di Enrico Filippini, 1950-65).
- Husserl, E. (2015). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. (trad. it.) di Filippini E., Milano: il Saggiatore.
- Jaarsma, P., Welin, S. (2012). Autism as a natural human variation: reflections on the claims of the neurodiversity 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.
- Jones, M. (1968). *Social psychiatry in practice: the idea of the therapeutic*. Harmondsworth. Trad. it. (1987). *Il processo di cambiamento*. Milano: Feltrinelli.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kapp, S.K., 2020. *Autistic community and the neurodiversity movement: stories from the frontline*. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Keates, S. (2015). Design for the value of inclusiveness. In: J. van den Hoven, P. Vermaas & I. van de Poel (eds.), *Handbook of Ethics: Values, and Technological Design*. Dordrecht: Springer, pp. 383-402.
- 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*. Siracusa: LetteraVentidue, pp.138-141.
- Kirkbride, T.S. (1854). The Construction: Organization and Arrangement of Hospitals for the Insane, pp. 122-163. In: Fernandez, F. and Muñoz, F. (2019) *The Kirkbride buildings in contemporary culture (1850-2015): from moral management to horror films*, *History of Psychiatry*, 30(1), pp. 3-20
- Kovess-Masfáty, V., Severo, D., Causse, D., Pascal, J.-C. (eds.) (2004) *Architecture et psychiatrie*. Paris: Le Moniteur Editions
- Kovess-Masfáty, V., Severo, D. (a cura di) (2017). *Architecture et psychiatrie: Approches françaises et internationales*, Parigi: Le Moniteur Editions.
- Kuban, D. (2010). *Ottoman architecture*. Woodbridge: Antique Collectors' Club Ltd, 720 p.
- Lacan, J. (1973) *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*, Cox & Wyman Ltd., Reading: Berkshire.
- Lenza, C. (2013). Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. In: Ajroldi, C. et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa.
- Lenza, C. (2017). I manicomi tra memoria e futuro. *FAMagazine*, 10(41), pp.82-89
- 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.
- 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.
- Litvak, A. (dir.), 1948. *The Snake Pit* (film). 20th Century Fox.
- Livi, C. (1862) *Relazione del manicomio di S. Niccolo di Siena e cenni statistici del triennio 1859-1861*. Siena: tip. nel R. Istituto dei Sordo-Muti

- Lo Jacono, C. (2003) *Storia del mondo islamico (VII-XVI secolo). Il Vicino Oriente*. Torino: Einaudi. Piccola Biblioteca Einaudi. Nuova Serie, vol. 251
- Louvre Abu Dhabi (2023) *A Mindful Museum* (online). In [www.louvreabudhabi.ae](http://www.louvreabudhabi.ae) (ultima consultazione gennaio 2025). Disponibile su: <https://www.louvreabudhabi.ae/en/about-us/a-mindful-museum>
- Lotzof, K. (2016). Spectacles of Madness: Representing Mental Health from 'Bedlam' to Bethlem Museum of the Mind. In *Museum Studies*.
- Luciani, D. (a cura di) (1998) *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia: censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996*. Roma: Fondazione Benetton Studi Ricerche.
- Lugiato, L. (1939). Ernesto Belmondo. *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, 451-454.
- Madanipour, A. (2003). *Public and Private Spaces of the City*. Oxfordshire: Routledge.
- MAHSA, *Le Musée d'Art et d'Histoire de l'Hôpital Sainte Anne* (online). In [musee.mahsa.fr](http://musee.mahsa.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://musee.mahsa.fr/presentation-de-la-collection/>
- Main, T. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution, in *Bulletin of the Menninger Clinic*, n. 10, pp. 66-70.
- 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*. Roma: Carocci Editore.
- Marin, A. (2007). *Gorizia. Piani e progetti per una città di confine*. Udine: Ed. Casamassima Libri.
- 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. (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*, pp. 27-50, Trento: Erickson
- MeLa Consortium (2015). *Rethinking the Museum as a System for Identity Formation and Representation: Twelve Principles for Museums in the 21st Century*. In: MeLa – European Museums in an Age of Migrations. European Commission, RF06 Research Field. Brussels: European Commission.
- Met Museum (2021). *Healing Arts Symposium* (online). In [www.metmuseum.org](http://www.metmuseum.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.metmuseum.org/press-releases/healing-arts-symposium-2021-news>
- Met Museum (2022). *Your Met Art Box* (online). In [www.metmuseum.org](http://www.metmuseum.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.metmuseum.org/press-releases/your-met-art-box-2021-news>
- Mente in Rete. *Mente in Rete* (online). In [menteinrete.it](http://menteinrete.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://menteinrete.it/>

- Milton, D., (2012). On the ontological status of autism: the “double empathy problem”, in *Disability & Society*, vol. 27, n. 6, pp.883-887
- Mindham, R. (2021). Robert Hooke's Bethlem Hospital of 1676: an architectural wonder – psychiatry in pictures, *The British Journal of Psychiatry*, 218 (4), p.181
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2025). *Dopo di noi* (online). In [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Do-po-di-noi/Pagine/default.aspx>
- Minguzzi, G.F., Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F. (1967). Exclusion, programmation et intégration, in *Recherches*, n. 5, gennaio 1967.
- Morgenthaler, W. (1921). *Ein Geisteskranker als Künstler (Adolf Wölfli)*. Berna. Trad. W. Morgenthaler, 2007. *Arte e follia in Adolf Wölfli, con uno scritto di Michele Mari*, Padova: Alet.
- Mostafa, M. (2008). An architecture for autism: Concepts of design intervention for the autistic user, in *ArchNet-IJAR: International Journal of Architectural Research*, vol.2(1), pp. 189-211
- Mostafa, M. (2014). Architecture for Autism: Application of the Autism ASPECTSS™ Design Index to Home Environments, in *The International Journal of the Constructed Environment*, Volume 4, Issue 2, April 2014, pp.25-38.
- Mostafa, M. (2015). Architecture for Autism: Built Environment Performance in Accordance to the Autism ASPECTSS™ Design Index, in *Design Principles and practices: an International Journal – Annual Review*, vol. 8, pp.55-71, Common Ground Publishing: Champaign, Illinois: USA
- Mounier, E. (a cura di) (1952). *Misère de la psychiatrie*. *Espirit*, n. 197, numéro monographique.
- Möhn A. (2021). Best practice: a personalized and humanized environment, in *Connected Living: international and interdisciplinary conference*, Frankfurt am Main.
- MTA, Musei Toscani per l'Alzheimer. *Musei Toscani per l'Alzheimer* (online). In <https://immaginar.io/musei-toscani-per-lalzheimer/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Museo Salute Mentale. *Museo Salute Mentale* (online). In <https://www.museosalute-mentale.it/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Musei Civici di Reggio Emilia. *Musei Civici di Reggio Emilia* (online). In <https://www.musei.re.it/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Museum of the Mind. *Museum of the Mind* (online). In <https://museumofthemind.org.uk/> (ultima consultazione maggio 2025).
- MuseumNext (2021) *Museums, health & wellbeing summit* (online). In <https://www.museumnext.com/events/museums-health-wellbeing-summit/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Napoli, V. (2014). Spazi di transizione tra strutture sociosanitarie e città. Condividere funzionalità in ambiente urbano, in *A Matter of Design: Making Society through Science and Technology*. Proceedings of the 5th STS Italia Conference. P. 1253-1267
- Narzisi, A. (2017). Disturbo dello spettro autistico ad alto funzionamento, in *Quaderni Associazione Culturale Pediatri*, n. 4.

- NHS (2023) *Mental Health* (online). In [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.nhs.uk/mental-health/>
- Negri, E., Chiera, S. (1909). *Il Manicomio Provinciale di Roma. Ricordo della posa della prima pietra*. Roma: Tip. L. Artero.
- Neri, M.L. (2013). Le “città proibite” nei territori centro-italiani. In: Ajroldi, C. et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa, pp. 213-220.
- Neufert, E. (1936). *Architects' Data*. Berlin: Bauwelt-Verlag.
- Neutra, R. (1953). *Survival Through Design*. New York: Oxford University Press.
- Noble, P. (1999). The Architecture of Madness: Buildings Can Drive You Crazy, But Can They Help Restore Mental Health?, in *Metropolis*, (19), pp. 128-131.
- Norberg-Schulz, C. (1984). *L'abitare: L'insediamento: lo spazio urbano, la casa*. Milano: Electa.
- Nussbaum, M. (1996). Compassion: The Basic Social Emotion. In *Social Philosophy and Policy*, 13 (1). Pp 27-58.
- Olinda (2025) *Da vicino nessuno è normale - Bianco* (online). In [www.olinda.org](http://www.olinda.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.olinda.org/portfolio/da-vicino-nessuno-e-normale-bianco/>
- Onbeperkt Genieten. *Onbeperkt Genieten* (online). In <https://www.onbeperkt-genieten.nl/> (ultima consultazione maggio 2025).
- Ongaro Basaglia, F., Giannichedda, M.G. (a cura di) (2000). *Conferenze brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Osmond, H. (1957). Function as the Basis of Psychiatric Ward, in *Mental Hospitals*, n. 8, pp. 23-29.
- Palermo, G. (2020). Follia, devianza e criminalità. La definizione dell'anormalità tra potere giudiziario e sapere psichiatrico nel XIX secolo, in Palermo G. e Perrella R. (a cura di), *La società dei folli*. Capua: Artetetra
- Parchappe, J.B. (1853). *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*. Paris: Librairie de Victor Masson.
- Park, R.E., Burgess, E.W., McKenzie, R.D. (1984). 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).
- Parsley, P. (2009). Peeling Back History: the remembering Goodna exhibition. *Health and History* 11, n. 1, pp. 172-179.
- Pasnik, M. (2015). Concrete Therapy: Paul Rudolph's Architecture of Mental Health, *Harvard Design Magazine*, no. 40, pp. 156-163.
- Pastor, B. (2016). Progettazione di ospedali: l'organizzazione dello spazio tra specializzazione e flessibilità, ovvero la ricerca del tipo neutro. In Maffioletti, S. (a cura di) *La concretezza sperimentale. L'opera di Nanni Valle*. Padova: Il Poligrafo.
- Peiry, L. (2011). Nannetti. *Infolio/Collection de l'art brut*. Losanna: Gollion.
- Peltonen, P. (1968). *La favola del serpente* (documentario). Finlandia/Rai
- Petit, A. (1774). *Mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital de malades*. Paris: Imprimerie Royale.

- Pinel, P. (1798) *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: Chez Maradan. [3e éd. 1807. Paris: Brosson]
- Pinel, P. (1809) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Brosson
- Plesnicar, M. (2011). *L'ospedale psichiatrico di Gorizia "Francesco Giuseppe I". Nascita e sviluppo dell'istituzione manicomiale nel dibattito politico provinciale (1861-1911)*. Mariano del Friuli: Edizioni della Laguna.
- Poyet, B. (1874). *Renouvellement du projet de transférer l'HôtelDieu de Paris à l'Île des Cygnes, d'après l'approbation des médecins les plus distingués*. [Ed. Or. 1824] Parigi: BNF / Hachette.
- Pralormo, M. (2023). *I musei internazionali si confrontano su arte, salute e «benessere»* (online). In <https://www.ilgiornaledellarte.com/Articolo/1-musei-internazionali-si-confrontano-su-arte-salute-e-wellbeing> (ultima consultazione maggio 2025).
- Premack, D., Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?, *Behavioural and Brain Sciences*, n.4, p. 515-526.
- Prinzhorn, H. (a cura di) Peiry, L. (2011). *L'arte dei folli: l'attività plastica dei malati mentali*. Milano: Mimesis.
- Priori, R. (1957). Esperienza interiore e linguaggio nella "model psychosis" indotta da LSD-25. In *Lavoro neuropsichiatrico*, vol. 21, pp. 209-224
- Pérez, R.M. (2017). Manicomio de Valencia: los locos en la época del hospital general y su localización en la ciudad. [online] (ultima consultazione: maggio 2025).
- Quotidiano Sanità (2019). *Alla Asl di Rieti la Mostra "Museo della Mente, c'era una volta il Manicomio" sulla storia dell'ex ospedale psichiatrico S. Francesco* (online). In [https://www.quotidianosanita.it/lazio/articolo.php?articolo\\_id=79054](https://www.quotidianosanita.it/lazio/articolo.php?articolo_id=79054) (ultima consultazione luglio 2025)
- Ramsden, E. (2019). Designing for mental health: Psychiatry, psychology and the Architectural Study Project: Past, present and future. In D. Kritsotaki, S. Ioannidi-Kapolou, P. Tsiamoulis (eds.), *Preventing mental illness: Mental health in historical perspective*, Routledge, pp. 209-234
- 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.
- Risse G.B., (1990). *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*, New York: Oxford University Press.
- Roberts, A. (1981). *The Lunacy Commission. Study of its Origin, Emergence and Character*. (online). In <http://studymore.org.uk/01.htm> (ultima consultazione: maggio 2025).
- Rohan, T.M. (2014). *Scenographic Urbanism: Paul Rudolph and the Public Realm* (online). In *Places Journal* (ultima consultazione: maggio 2025).
- Rosa, P. (1985). *L'osservatorio nucleare del signor Nanof (The Nuclear Observatory of Mr. Nanof)*, film-documentario. Studio Azzurro.
- Roscioni, L. (2003). *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Milano: Mondadori, pp. XVI-XVII.

- Russo, F., (2023). *Cinema e psichiatria: rappresentare la sofferenza. Avvicinarsi a storie che altrimenti sembrerebbero lontane da noi o pericolose* [intervista]. *Il Punto – Confronti su Medicina e Sanità*, 13 febbraio. Disponibile su: <https://ilpunto.it/scienza-e-politica/cinema-e-psichiatria-rappresentare-la-sofferenza/> (ultima consultazione: maggio 2025).
- Russo, C., Capararo, M., Valtellina, E. (2014). *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.
- Rutter, M., (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(2), pp.139-161.
- Sachs N., Vincenta T., (2011). Outdoor Environments for children with autism and special needs. *Implication*, 9(1), 1-7, pp. 1-18.
- Saitelbach, J. (2016). *Therapeutic Streetscapes: A New Bell Street Designed to Accommodate Those on the Autism Spectrum*. Master's thesis: University of Washington.
- Saldaña, D., Álvarez, R. M., Lobatón, S., López, A. M., Moreno, M., Rojano, M. (2009). Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain. *Autism: the international journal of research and practice*, 13(3), 303-316.
- 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). *Museums, Prejudice and the Reframing of Difference*. London: Routledge.
- Scabia, G. (2024). *Marco Cavallo. Una storia di teatro e cura*. Milano: Meltemieditore.
- Scavuzzo, G. (2017). Progetto e libertà terapeutica. Parco Basaglia a Gorizia. *FAMagazine*, 10, n.41, pp.46-56.
- Scavuzzo, G., Pratali Maffei, S., Guaragna, G. (2018). *Riparare l'umano. Lezioni da un manicomio di frontiera*, Siracusa: Letteraventidue.
- Scavuzzo, G. (2019). Architetture tra sovrana ragione e diritti dell'altro. *Ardeth*, 4, pp. 128-149
- Scavuzzo, G. (2020 a). *Il parco della guarigione infinita*. Siracusa: Letteraventidue.
- Scavuzzo, G., Dordolin, A., Di Prisco, M. (2020 b), Tra città e casa: lo spazio-tempo della soglia come esperienza dell'alterità, in *Urbanistica Informazioni*, n. 289 s.i., pp. 55-58
- 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*. (online). In *MondoInternazionale*.
- Scott, I. (2009). Designing learning spaces for children on the autism spectrum, in *Good Autism Practice (GAP)*, 10(1). pp. 36-51
- Scull, A.T. (1979). *Museums of Madness*. Londra: Penguin Books.
- Sen, A.K. (2000). *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*. Milano: Mondadori.

- Servizi Metropolitan Venezia. Museo Manicomio di San Servolo (online). In <https://servizimetropolitani.ve.it/it/museomanicomio> (ultima consultazione maggio 2025).
- Severo, D. (2015). *Paul Nelson et l'Hôpital de Saint-Lô. Humanisme, art et architecture*. Paris: Picard.
- Severo, D., Bonneau, L. (a cura di) (2019). *La reconversion des grandes aires hospitalières du XXème siècle. Expériences nationales et internationales*. Conegliano: Anteferma Edizioni
- Shepley, M.M., Dilani, A. (2001). Research on healthcare for children and their families. *Design & Health – The Therapeutic Benefits on Design*. Stockholm: Elanders Svensk Tryck AB.
- Sibley, D. (1995). *Geographies of Exclusion*. Londra: Routledge.
- Simioli, A. (2013). L'ipotesi di ospedale psichiatrico di Daniele Calabi: progetti e realizzazioni. *Territorio*, n. 65, p. 85-88
- Simioli, A. (2013). Ospedale psichiatrico di Verona a Marzana, in Ajroldi, C., Crippa, M.A., Doti, G., Guardamagna, L., Lenza, C. and Neri, M.L. (eds.) *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*. Milano: Electa, pp. 180-181.
- Simioli, A. (2017). Calabi: Tutti pazzi per l'architettura. *ArchitettiVerona*, n. 108, p. 60-65.
- Simmel, G. (1995). *La metropoli e la vita dello spirito*. Jedlowski P. (a cura di). Roma: Armando Editore.
- Sine, D.M. (2008). The Architecture of Madness and the Good of Paternalism. *Psychiatric Services*, 59 (9), 89. Pp.1060-2
- Singer, J. (1998a). *Odd People In: The Birth of Community Amongst People on the "Autistic Spectrum"*. University of Technology Sydney.
- Singer, J. (1998b). Why can't you be normal for once in your life? From a 'problem with no name' to the emergence of a new category of difference. In M. Corker, S. French(eds.), *Disability Discourse*. Buckingham: Open University Press, pp.59-67.
- Slavich, A. (2018). *All'ombra dei ciliegi giapponesi*. Gorizia 1961. Merano: Edizioni Alpha Beta Verlag.
- Smith, L. (2007). The architecture of confinement: Urban public asylums in England, 1750-1820. In L. Topp, J. E. Moran, & J. Andrews (a cura di), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*. New York: Routledge, pp. 41-62.
- Smithson, A.P. (1957). *Urban Structuring*. London: Studio Vista.
- Sommer, R. (1959). Studies in Personal Space. *Sociometry*, n. 22, pp. 247-50.
- 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.
- Szasz, T. S. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- Söderström, O. (2016). I don't care about places: the whereabouts of design in mental health care. In Bates C., Imrie R., Kullman K., Oxford: Wiley Blackwell (a cura di), *Care and Design: Bodies: Buildings, Cities*. New Jersey: Wiley-Blackwell, pp. 56-70.

- Studio Azzurro (2021). *L'osservatorio nucleare del Signor Nanof* (online). In [www.studioazzurro.com](http://www.studioazzurro.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.studioazzurro.com/en/works/losservatorio-nucleare-del-sig-nanof-the-nuclear-observatory-of-mr-nanof/>
- 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. 33-48.
- Talu, V., Tola, G. (2018a). 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. 121-125. sul numero speciale "SI" (special issue) della rivista *Urbanistica Informazioni* (n. 278).
- Talu, V., Tola, G. (2018b) *La città per immagini. Verso la definizione di un insieme di requisiti spaziali per la progettazione di città autism friendly*. Trento: List lab.
- Tambroni, R. (1901), I progressi della neuropatologia, della psichiatria e della tecnica manicomiale. In Atti dell'XI Congresso della Società Freniatrica Italiana: Ancona. *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. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. XXVIII, pp. 671-687.
- Taylor, J. (2007). The Architect and the Pauper Asylum in Late Nineteenth-Century England. In Topp, L., Moran, J.E., Andrews, J. (eds), *Madness, Architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*. Abingdon: Routledge.
- Tenhoor, M. (2022). Des architectures du soin: Philippe Paumelle et Nicole Sonolet. *Terrain*. 76. Pp. 146-163.
- Tenon, J.R. (1788). *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*. Paris: Imprimerie Royale.
- 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.
- Teyssot, G. (2000). Soglie e pieghe. Sull'intérieur e l'interiorità. *Casabella*, n. 681, pp. 26-35.
- Teyssot, G. (2005). Le cose perturbanti e nomadiche. *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?. *Annals of Emergency Medicine*, n.28, pp.652-656.
- Thompson, J.D., Goldin, G. (1975). *The Hospital: A Social and Architectural History*. New Haven and London: Yale University Press.
- Tomes, N. (1994). *The Art of Asylum-Keeping*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Tomes, N. (1994). *The Art of Asylum-Keeping: Thomas Story Kirkbride and the Origins of American Psychiatry*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Topp, L. (2005). Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding. *The Art Bulletin*, 87 (1), pp.130-156.

- Topp, L. (2015). Freedom by Design: The Paradoxes of Psychiatric Architecture. *Harvard Design Magazine*, 40, pp. 110-115
- Trabucchi, L. (2016). *Cherubino Trabucchi e l'Ospedale psichiatrico di Verona: un percorso verso la medicina della persona*. Verona: Cierre.
- Trafeli, A., Quirici, M. (2022). *Io e Fernando. La storia di N.O.F.4 raccontata da Aldo Trafeli*. Pontedere (PI): Bandecchi & Vivaldi.
- Tschanz, D.W. (2017). The Islamic Roots of the Modern Hospital. *Aramcoworld*, Vol. 68, No.2, pp.22-27
- Ulrich, R., et al. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, n.224, p.420.
- University of Oxford. *Mental health and wellbeing* (online). In [www.ox.ac.uk](http://www.ox.ac.uk) (ultima consultazione gennaio 2025). Disponibile su: <https://www.ox.ac.uk/students/welfare/mentalhealthandwellbeing>
- Urek, M. (2021). The Right to 'Have a Say' in the Deinstitutionalisation of Mental Health in Slovenia. *Social Inclusion*. 9, pp.190-200.
- Vannozzi, F. (a cura di) (2007). *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*. Milano: Mazzotta.
- Verderber, S., Reuman, D. (1987). Windows, views, and health status in hospital therapeutic environments. *The Journal of Architectural and Planning Research*, n. 2, vol. 4, pp. 120-133.
- Vermeersch, P.W., Schijlen, J., Heylighen, A. (2018). Designing from disability experience: Space for multi-sensoriality. PDC 2018. Belgio: Hasselt and Genk.
- Villa, R. (1980). Le Famiglie di Gheel: Utopia: Tradizione e Storia nel Trattamento della Follia. *Studi Storici*, ed. Fondazione Istituto Gramsci, 21, n. 3, pp. 503-526.
- Virk, Z.M. (2017). Hospitals and Health Care in Medieval Islam. *The Muslim Times*, April 12, special contribution.
- Vischer, R., Vischer, F. T. (1872). *Symbol und Gestalt*. trad. It. (2003), Sul sentimento ottico della forma. Aragno: Torino.
- Volkmar, F.R., Reichow, B, McPartland, J. (2012). Classification of autism and related conditions: progress, challenges, and opportunities. *Dialogues Clin Neurosci*. 14(3):229-37.
- Volmat, R. (1956). *L'Art Psychopathologique*. Paris: Universitaire de France.
- Walker, N. (2014). *Neurodiversity: Some basic terms and definitions* (online). In: *Neurocosmopolitanism*.
- Warburg, A. (1988). *Il rituale del serpente*. Tr. it. Milano: Adelphi. [Ed. orig. 1923, *Schlangenritual: ein Reisebericht*]
- Ward, M.J. (1948). *The Snake Pit*. Boston: Houghton Mifflin.
- Which Museum. *Museum of the Mind - Dolhuys, Haarlem* (online). In <https://whichmuseum.com/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://whichmuseum.com/museum/museum-of-the-mind-dolhuys-haarlem-75>
- Wing, L., Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), pp.11-29.

- World Health Organization (WHO), 1948. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *World Health Organization* (online). In <https://iris.who.int/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348009>
- Wykes, T., Csipke, E., Rose, D., Craig, T., McCrone, P., Williams, P., Koeser, L., & Nash, S. (2018). Patient involvement in improving the evidence base on mental health inpatient care: the PERCEIVE programme. *NIHR Journals Library*.
- Zanini, P. (2002). *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*. Milano: Mondadori.
- Zavoli, S. (1968). *I giardini di Abele* (documentario). RAI-TV7.

# Bibliografia dei casi studio

## Sweetwater Spectrum Community

- Ahrentzen, S., Steele, K. (2009). *Advancing Full-Spectrum Housing: Design for Adults with Autism Spectrum Disorders*. Technical report. Phoenix (US): Arizona Board of Regents.
- Ahrentzen, S., Steele, K. (2015). *At Home with Autism: Designing Housing for the Spectrum*. Bristol: Policy Press.
- AIA Top Ten. *Sweetwater Spectrum* (online). In [www.ariatopten.org](http://www.ariatopten.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.ariatopten.org/node/369>
- ArchDaily (2013). *Sweetwater Spectrum Community / LMS Architects* (online). In [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.archdaily.com/446972/sweetwater-spectrum-community-lms-architects>
- Bellini, E. (2020). *Ambienti sensoriali “terapeutici” che rendano abili. Un progetto integrato di vita per persone con Disturbi dello Spettro Autistico*. Firenze: Firenze University Press.
- King, J. (2016). *Welcome Home. A community for adults with autism shows the power of an understated landscape*. In *Landscape Architecture Magazine*, vol. 10 Land Matters, pp. 68-80.
- Leestma, D.P. (2015). *Designing for the Spectrum: An Educational Model for the Autistic User*. Tesi di laurea.
- LMS Architects. *Sweetwater Spectrum Community* (online). In [www.lmsarch.com](http://www.lmsarch.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.lmsarch.com/projects/sweetwater-spectrum-community?f1=all>
- Resnik, D. et al. (2009). *Opening Doors: A discussion of residential options for adults living with autism and related disorders*. Collaborative Report: Urban Land Institute Arizona, Southwest Autism Research & Resource Centre, Arizona State University.
- Roche + Roche Landscape Architecture. *Sweetwater Spectrum* (online). In [www.rocheandroche.com](http://www.rocheandroche.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.rocheandroche.com/projects/sweetwater-spectrum/>

## **Bittersweet Farm Community**

- Bittersweet Farms. *Bittersweet, Inc.* (online). In [www.bittersweetfarms.org](http://www.bittersweetfarms.org) (ultima consultazione maggio 2025)
- Giddan, J.J., Ucelli di Nemi, S. (2003). *L'alternativa non urbana: le farm communities per adulti con autismo*. *NOOn*, n. 4, pp. 341-350.
- Giddan, J.J. (1990). *Farm-Life Skills Training of Autistic Adults at Bittersweet Farms*. Comunicazione presentata all'American Speech-Language-Hearing Association Annual Convention, Seattle, 16-19 novembre 1990.

## **Casa Verde**

- ArchDaily (2017). *Casa Verde – Young Women's Care Home for Mental Health / LDA.iMda architetti associati* (online). In [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.archdaily.com/886409/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-ldmda-architetti-associati>
- Area. *Residenza sociale per disabili – Casa Verde* (online). In [www.area-arch.it](http://www.area-arch.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.area-arch.it/residenza-sociale-per-disabili-casa-verde/>
- Fondazione CRSM. *Casa Verde: riapertura e sostegno alla disabilità* (online). In [www.fondazionecrsm.org](http://www.fondazionecrsm.org) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://fondazionecrsm.org/?p=1061>
- Il Cuoio in Diretta (2020). *Le famiglie non ce la fanno più. Casa Verde a San Miniato vuole riaprire* (online). In [www.ilcuoioindiretta.it](http://www.ilcuoioindiretta.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.ilcuoioindiretta.it/in-sociale/2020/07/04/le-famiglie-non-ce-la-fanno-piu-casa-verde-a-san-miniato-vuole-riaprire/80854/>
- LDA.iMda architetti associati. *Casa Verde – Architettura contemporanea per disabili in Toscana* (online). In [www.ldaimda.com](http://www.ldaimda.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.ldaimda.com/Casa-Verde-architettura-contemporanea-disabili-toscana.htm>
- LDA.iMda architetti associati. *Casa Verde – Architettura ospedaliera sostenibile, spazi per la cura innovativi* (online). In [www.ldaimda.com](http://www.ldaimda.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.ldaimda.com/CASA-VERDE-architettura-ospedaliera-sostenibile-spazi-per-la-cura-innovativi.htm>
- The Plan (2017). *Casa Verde – Young Women's Care Home for Mental Health Problems* (online). In [www.theplan.it](http://www.theplan.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.theplan.it/eng/award-2017-health/casa-verde-young-womens-care-home-for-mental-health-problems-1>

## San Francisco Javier Center

- Architonic. *Vaillo+Irigaray – Psychiatric Center* (online). In [www.architonic.com](http://www.architonic.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.architonic.com/it/project/vaillo-irigaray-psychiatric-center/5105676>
- Area. *Centro psichiatrico a Pamplona* (online). In [www.area-arch.it](http://www.area-arch.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.area-arch.it/centro-psichiatrico-a-pamplona/>
- Arkitectureonweb. *Centro psichiatrico rivisitato tra tracce del passato* (online). In [www.arkitectureonweb.com](http://www.arkitectureonweb.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.arkitectureonweb.com/it/web/renovationonweb/-/centro-psichiatrico-rivisitato-tra-tracce-del-passato>
- Arquitectura Viva. *Centro psiquiátrico en Pamplona* (online). In [www.arquitecturaviva.com](http://www.arquitecturaviva.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://arquitecturaviva.com/works/centro-psiquiátrico-en-pamplona-0>
- Domus (2017). *Pamplona: un centro psichiatrico con un cielo azzurro* (online). In [www.domusweb.it](http://www.domusweb.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.domusweb.it/it/architettura/2017/12/15/pamplona-un%20centro-psichiatrico-con-un-cielo-azzurro>.
- Floornature. *Vaillo+Irigaray: ampliamento di un centro psichiatrico, Pamplona* (online). In [www.floornature.it](http://www.floornature.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.floornature.it/vailloirigaray-ampliamento-di-un-centro-psichiatrico-pamplon-16127/>
- Modulo.net. *Centro psichiatrico* (online). In [www.modulo.net](http://www.modulo.net) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://modulo.net/it/realizzazioni/centro-psichiatrico>
- Politecnico di Milano. *Centro psichiatrico a Pamplona – Vaillo + Irigaray* (online). In [re.public.polimi.it](http://re.public.polimi.it) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://re.public.polimi.it/handle/11311/1076781>
- Start for Talents (2017). *Psychiatric Center – Pamplona, Spain | Vaillo + Irigaray* (online). In [www.startfortalents.net](http://www.startfortalents.net) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://startfortalents.net/2017/12/15/psychiatric-center-pamplona-spain-vaillo-irigaray/>
- Vaillo+Irigaray. *Psychiatric Center* (online). In [www.vailloirigaray.com](http://www.vailloirigaray.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.vailloirigaray.com/portfolio/psychiatric-center/>
- YouTube. *Centro Psichiatrico di Pamplona – Video presentazione* (online). In [www.youtube.com](http://www.youtube.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://youtube.com/watch?v=ILrFaXDMHwI>

## **Baum Haus Psychiatric Rehabilitation Centre for Children**

- ArchDaily (2008). *Children's Center for Psychiatric Rehabilitation / Sou Fujimoto Architects* (online). In [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.archdaily.com/8028/children%25e2%2580%2599s-center-for-psychiatric-rehabilitation-sou-fujimoto>
- Architecture thérapeutique (2015). *L'Architecture d'Aujourd'hui*, n. 405. Parigi: AA Éditions, pp. 30-35.
- Arquitectura Viva (2020). *Sou Fujimoto Architects 7. AV Monografie*, n° 226, pp. 12-15 (online). In [www.arquitecturaviva.com](http://www.arquitecturaviva.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://arquitecturaviva.com/publications/av-monografias/sou-fujimoto-architects-7>
- Fujimoto, S., Ito, T., Igarashi, T., Fujimori, T. (2008). *Sou Fujimoto: Primitive Future. Contemporary Architect's Concept Series 1*. Tokyo: INAX Publishing.
- Ståhlberg-Aalto, F. (2019). *The aesthetics and architecture of care environments*. Helsinki: Aalto University Press.

## **L'éveil du Scarabée**

- Kovess-Masféty, V., Severo, D. (a cura di) (2017). *Architecture et psychiatrie: Approches françaises et internationales*. Paris: Le Moniteur Éditions.
- Negrone, E. *L'éveil du scarabée* (online). Disponibile su: <https://www.emmanuel-negrone-archivision.com/1--veil-du-scarab-e> (ultima consultazione maggio 2025).

## **Trillium Secure**

- ArchDaily (2017). *Trillium Secure Adolescent Inpatient Facility / TVA Architects* (online). In [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.archdaily.com/803705/trillium-secure-adolescent-inpatient-facility-tva-architects>
- TVA Architects. *Trillium SAIP – Secure Adolescent Inpatient Facility* (online). In [www.tvaarchitects.com](http://www.tvaarchitects.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://tvaarchitects.com/project/trillium-saip-1/>
- Western Oregon University – Omeka. *The Children's Farm Home* (online). In <https://bentoncountymuseums.org/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://bentoncountymuseums.org/childrens-farm-home-covallis-oregon/>

## Unité des soins intensifs en psychiatrie Garderose

- Centre Hospitalier Libourne. *Histoire des hôpitaux de Libourne* (online, pdf). In [www.ch-libourne.fr](http://www.ch-libourne.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: [http://www.ch-libourne.fr/media/file\\_uploads/histoire\\_hopitaux\\_libourne.pdf](http://www.ch-libourne.fr/media/file_uploads/histoire_hopitaux_libourne.pdf)
- Centre Hospitalier Libourne. *LULISS rentre en service* (online). In [www.ch-libourne.fr](http://www.ch-libourne.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.ch-libourne.fr/actualites/luliss-rentre-en-service/>
- Centre Hospitalier Libourne. *Sito ufficiale* (online). In [www.ch-libourne.fr](http://www.ch-libourne.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <http://www.ch-libourne.fr/>
- Coco Architecture. *Service de soins intensifs en psychiatrie* (online). In [www.cocoarchitecture.fr](https://www.cocoarchitecture.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.cocoarchitecture.fr/projet/centre-de-soins-intensifs-en-psychiatrie/>
- Kovess-Masfétý, V., Severo, D. (a cura di) (2017). *Architecture et psychiatrie: Approches françaises et internationales*, pp. 266-271. Parigi: Le Moniteur Éditions
- Le Résistant (2022). *Hôpital Robert Boulin: L'accueil psychiatrique s'étoffe et se mutualise à proximité des urgences* (online). In [www.leresistant.fr](https://www.leresistant.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.leresistant.fr/2022/01/29/hopital-robert-boulin-laccueil-psychiatrique-setoffe-et-se-mutualise-a-proximite-des-urgences/>
- Spirale Architecture. *Santé: Unité de soins intensifs de psychiatrie, Libourne* (online). In [www.spirale-architecture.fr](https://www.spirale-architecture.fr) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.spirale-architecture.fr/portfolios/sante-unite-de-soins-intensifs-de-psychiatrie-libourne/>

## Helsingør Psychiatric Hospital

- Architectour. *Ospedale psichiatrico di Helsingør* (online). Disponibile su: [https://www.architectour.net/opere/opera.php?id\\_opera=5539](https://www.architectour.net/opere/opera.php?id_opera=5539) (ultima consultazione maggio 2025)
- Arquitectura Viva. *Hospital psiquiátrico* (online). In <https://arquitecturaviva.com/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://arquitecturaviva.com/works/hospital-psiquiátrico-4>
- BIG – Bjarke Ingels Group (2006). *Ellsinore Psychiatric Hospital* (online). In <https://big.dk/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://big.dk/projects/ellsinore-psychiatric-hospital-2064>
- Divisare. *BIG – Bjarke Ingels Group & JDS Architects. Ellsinore Psychiatric Clinic* (online). In <https://divisare.com/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://divisare.com/projects/218546-big-bjarke-ingels-group-jds-julien-de-smedt-architects-ellsinore-psychiatric-clinic>
- Domus (2006). *Reinventando PLOT* (online). In <https://www.domusweb.it/> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://www.domusweb.it/it/architettura/2006/10/04/reinventando-plot.html>

## Het Gielsbos

- ArchDaily. *Het Gielsbos / DierendonckBlancke Architects* (online). In [www.archdaily.com](http://www.archdaily.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: [https://www.archdaily.com/801939/het-gielsbos-dierendonckblancke-architects?ad\\_medium=gallery](https://www.archdaily.com/801939/het-gielsbos-dierendonckblancke-architects?ad_medium=gallery)
- Boie, G. (2020). *Repenser la "maison de lits"*. In A+, n.283
- Divisare. *DierendonckBlancke Architects + Filip Dujardin - Het Gielsbos* (online). In [www.divisare.com](http://www.divisare.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://divisare.com/projects/286963-dierendonckblancke-architects-filip-dujardin-het-gielsbos>
- DierendonckBlancke. *Het Gielsbos* (online). In [www.dierendonckblancke.eu](http://www.dierendonckblancke.eu) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://dierendonckblancke.eu/het-gielsbos/>
- Festival van de Architectuur (2017). *DA Het Gielsbos* (online). In <https://2017-festivalvandearchitectureur-be.translate.google> (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: [https://2017-festivalvandearchitectureur-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-festivalvandearchitectureur-be.translate.google/programma/da-het-gielsbos/?_x_tr_sl=nl&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=sc)
- Mies Arch. *Het Gielsbos* (online). In [www.miesarch.com](http://www.miesarch.com) (ultima consultazione maggio 2025). Disponibile su: <https://miesarch.com/work/4129>





---

novembre 2025  
Anteferma Open Book



**1 Modernità in Pietraforte**

Lorenzo Bagnoli, 2022

**2 Comporre la Siedlung**

Manlio Michieletto, 2023

**3 La Grande Venezia**

Vittorio De Battisti Besi, 2024

**4 L'architettura della soglia**

Martina Di Prisco, 2025

