

INCERTI LUOGHI DI OSPITALITÀ Peppe Dell'Acqua (2009)

«I malati anche non vanno spostati, bisogna lasciarli in pace, mi diceva. Mobili e internati a testimonianza della fissità, dell'immobilità reale e simbolica dell'istituzione. I mobili sono corpi, sono uomini in piedi, rigidi, fissi: sono seduti come fossero sedie. Gli internati sono sedie, il corpo perduto diventa panca, sedia e l'istituzione perpetua con l'internato il rapporto di manutenzione che ha con gli altri oggetti del manicomio».^{1[1]}

Il rapporto tra le istituzioni della psichiatria e l'architettura ha una storia lunga e ricca di suggestioni. Tra la seconda metà dell'800 e l'inizio del '900 il grande ottimismo per le conquiste e le certezze della scienza, l'elettricità, la velocità, le nuove vie di comunicazione: influenza anche il mondo della medicina. Il progresso delle discipline mediche è segnato da un susseguirsi di scoperte che generano incredibili aspettative. Il modello medico-biologico trionfa: la causa della malattia mentale è una lesione del cervello; il medico è il tecnico deputato al trattamento; la cura si fonda su strumenti di natura fisica e chimica (farmaci, contenzione, terapie di shock, isolamento); il luogo della cura è l'ospedale psichiatrico. Fedeli al paradigma positivista i medici arrivano a una definizione sempre più certa, meticolosa e ossessiva dell'organizzazione degli istituti e forniscono ai progettisti dei frenocomi indicazioni dettagliate e soprattutto *scientificamente* certe.

È il trionfo della grande utopia e delle promesse progressive della medicina psichiatrica!

I manicomi si diffondono in tutto il mondo occidentale e, sulle vie dei domini coloniali, in tutti i paesi d'oltremare. Una vera e propria pandemia.

La disposizione topografica dei reparti, dei servizi, dei giardini, dei camminamenti, delle mura di cinta, dei padiglioni di alta sorveglianza come di quelli per tranquilli o infermi, osservati in una pianta di un qualsiasi manicomio, come osservassimo l'ingrandimento del nucleo di una cellula, sembra costituire una mappa cromosomica. Il genoma dell'istituzione psichiatrica.

L'atmosfera culturale della fine del secolo dominata dall'ottimismo positivista orienta una forte convergenza tra medicina e architettura. Gli architetti immaginano e disegnano stabilimenti sorprendenti per il rigore funzionale, la cura del dettaglio, la sperimentazione delle più avanzate tecniche costruttive. Riescono a fondare città che incarnano le promesse della psichiatria, separate e autarchiche. Le cittadelle dell'utopia presto riveleranno il loro vero mandato: separazione dei pazzi dai normali, difesa dalla pericolosità e dall'imprevedibilità della malattia mentale. Luoghi di cura e custodia, di sequestro e di reclusione.

Con la consapevolezza di questa storia così densa e del fallimento delle (false) promesse della psichiatria manicomiale, l'architettura contemporanea può meglio giocare nel campo della salute mentale le preziose esperienze di cui dispone e *contribuire a migliorare la terapia dei disturbi mentali*.

La riforma dell'assistenza psichiatrica e la chiusura dei manicomi ha riportato in scena persone e storie, bisogni e relazioni, contesti e quotidianità e ha *decostruito* di fatto i luoghi vecchi e nuovi della psichiatria. Così che un progetto di una struttura per la salute mentale può farsi se comprende il senso di questo passaggio e se fonda sul lavoro critico degli psichiatri e degli architetti intorno ai saperi, alle tecniche, ai contesti in cui operano.

I nuovi luoghi, dagli ambulatori alle comunità terapeutiche, dai servizi psichiatrici ospedalieri ai centri diurni, ai day hospital, ai centri di salute mentale non possono non prevedere, e istituire, la presenza, il passaggio, l'ospitalità delle persone. La riproposizione di luoghi per la malattia, per le tecniche, per i trattamenti è il rischio che occorre massimamente evitare.

Potrebbe accadere che mentre la nave (il manicomio) affonda altri navigli (nuove tecniche, nuovi contenitori, nuove forme di controllo) si presentino minacciosi all'orizzonte.

Tutta la rete regionale dei servizi di salute mentale del Friuli Venezia Giulia, per esempio, si è strutturata consapevole del rischio della riproposizione dei luoghi della malattia. A Trieste mentre si lavorava alla

^{1[1]} Da "La caposala" in *non ho l'arma che uccide il leone..* Peppe Dell'Acqua, Nuovi Equilibri, 2007

chiusura del manicomio, alla distruzione dell'istituzione nascevano i centri di salute mentale. Era chiara la ricerca ostinata del territorio, dei luoghi della città, della dimensione delle relazioni possibili. Ovunque in regione si è ormai radicata la consapevolezza che occorre istituire in ogni distretto (60.000 abitanti) un centro di salute mentale che funzioni 24 ore al giorno per tutta la settimana. Rispetto ad altre realtà regionali, anche ricche di risorse e impegnate nella realizzazione di servizi vicino al cittadino, il sistema regionale è molto articolato, diffuso, capace di risposte coerenti e integrate. Non ci sono "porte chiuse" e tutte le forme di contenimento sono bandite. Il centro di salute mentale può diventare, negando quotidianamente la sua pretesa natura sanitaria, un luogo di transito, una piazza, un mercato. Un luogo intenzionato a favorire lo scambio, l'incontro, il riconoscimento reciproco. Ad accogliere con cura singolare. Un luogo che vuole vedersi abitato non (soltanto) dai "pazienti". Un luogo che progetta, costruisce e cura un suo *dentro* senza mai perdere di vista il *fuori*. Anzi è l'attenzione ossessiva al fuori che pretende la cura del dentro.

Tra il *dentro* e il *fuori* si disegna una *soglia* che definisce il luogo dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto, della *terapia*, in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, gli spazi del rione, i luoghi collettivi, il centro di salute mentale. La soglia è il luogo. Progettare e costruire un centro di salute mentale significa rendere concreto, praticabile, abitabile la *soglia*.

Il centro allora oltre che essere un luogo bello, accogliente, confortevole deve coltivare la vocazione a essere punto di passaggio, confine, attraversamento. Disposi instancabilmente tra lo star bene e lo star male, tra la normalità e la anormalità, tra il regolare e l'irregolare, tra il singolo e il gruppo, tra le relazioni plurali e la riflessione singolare, tra gli *spazi dell'ozio* e gli spazi dell'attività.

Un luogo dove le dichiarate intenzioni *terapeutiche* e le scelte strutturali, costruttive, urbanistiche garantiscono le persone a essere ospiti senza rinunciare alla possibilità di appropriarsi del luogo. Un luogo che contrasta la sottomissione e l'assoggettamento. Un luogo dove le persone, senza la paura del confine che si chiude alle loro spalle, possono entrare per dire il proprio male, farlo sentire, dividerlo. Un confine aperto che garantisce sempre il ritorno.

Una persona, una famiglia che si trova (sempre) inaspettatamente a vivere l'esperienza del disturbo mentale vorrebbe *poter scegliere* il luogo, e che sia bello e accogliente. Il fatto è che la possibilità di scelta non è mai data. Almeno non nell'immediato e nelle circostanze dell'urgenza. In realtà più che una questione di scelta da parte del cittadino si tratta di disporre, da parte delle pubbliche amministrazioni, luoghi accessibili, accoglienti e *belli*. Negli anni del lavoro in manicomio era chiaro quanto fosse ineludibile la strada della trasformazione degli spazi, della loro sensata frequentabilità, di una possibile appropriazione da parte dell'internato che proprio vivendo quei luoghi recuperava una sua faticosa e differente identità. Nel manicomio in quegli anni bisognava spostare mobili, instancabilmente, nel tentativo quasi sempre frustrato di creare dimensioni vivibili, contrastare la freddezza, l'anonimato, la sottrazione.

La bellezza, la gradevolezza, il calore, l'estetica di una struttura più che condizionare una scelta deve garantire alla persona *possibilità*. La possibilità di non essere omologato, di continuare a usare le proprie identità, di scambiare, di orientarsi con dolcezza, non costretto, in un luogo che si immagina drammaticamente ostile e minaccioso. Il mondo immaginato della malattia mentale, tragicamente confermato dalla memoria e dalla triste attualità dell'orrore dei manicomi, condiziona la percezione e il vissuto delle persone quando entrano o, peggio, si trovano costrette a entrare nei luoghi delle *cure psichiatriche*. D'altra parte, siano essi pubblici o privati, questi luoghi sono quasi dovunque miseri, non curati, anomici, freddi, spersonalizzanti, vuoti. Luoghi dove è evidente soltanto l'intenzione della distanza, del controllo, della separazione.

La qualità e la cura dei luoghi, più che un valore in sé, deve tendere a produrre tensione, differenze nel vissuto e nell'uso degli spazi, singolari posizioni, opportunità di relazioni, curiosità, esplorazione. In questo senso *la possibilità di scelta*. Scegliere come vivere uno spazio, come appropriarsene, come attraversarlo. L'estetica in questo senso obbliga alla cultura dell'accoglienza e dell'ospitalità, della singolarità degli sguardi, delle relazioni, dell'incessante trasgressione delle distanze.

I luoghi della psichiatria, i manicomi, sono stati storicamente i luoghi della *costruzione* e della *riproduzione* della malattia mentale. Luoghi senza ritorno. Nel nostro paese le leggi di riforma dell'assistenza psichiatrica e la conseguente chiusura del manicomio, hanno rappresentato la prima misura (nel mondo) che si è rivelata capace di garantire il ritorno e di avviare processi efficaci di prevenzione.

Anche se il manicomio non c'è più e le mura sono letteralmente crollate, sono sopravvissuti ai cambiamenti luoghi che riproducono malattia, cronicità, esclusione. La maestosa grandezza degli ospedali psichiatrici ha lasciato il posto a strutture di più piccole dimensioni, dislocate nei territori, con funzioni diverse, altrimenti normate, in un quadro legislativo radicalmente modificato. Strutture che a differenza del manicomio vorrebbero accogliere persone e non malattie, prendersi cura e non controllare, garantire accesso e non sottrarre diritti. Benché i mutamenti culturali e normativi siano profondi e manifesti troppo spesso resistono inalterati i modi di operare, le organizzazioni, le gerarchie, la miseria delle risorse. È evidente allora che non sono i luoghi in sé che inducono *le cattive pratiche*. Sono le pratiche che fondano su quella psichiatria che ha edificato il manicomio. Una psichiatria tutta interna al paradigma medico definisce malattie, oggetti, comportamenti, rischio, pericolosità, inguaribilità: «*lo psichiatra finisce per avere occhi ciechi e orecchi sordi*». Sordità e cecità condizionano irrimediabilmente i luoghi. Oggi immaginare e progettare luoghi diversi significa disarticolare completamente il paradigma della medicalizzazione (demedicalizzare!), interrogarsi sulla natura della malattia, ascoltare le persone che vivono l'esperienza della malattia per scoprire alla fine che i luoghi della cura altro non sono che i luoghi del quotidiano.

Non è più necessario di conseguenza pensare a luoghi particolarmente dedicati che possano influenzare *il decorso della terapia*: colori o arredi in quanto tali, un cubo piuttosto che un parallelepipedo, il rosso invece del giallo. La cura degli interni e degli arredi assume significato in rapporto alla funzione, all'intenzione, alla singolarità del fruitore e al suo rapporto di potere con quegli spazi.

La parola chiave sembra essere *accoglienza*. Un luogo accogliente non sottolinea l'estraneità, non condiziona, non obbliga a un uso rigido dello spazio, permette un singolare orientamento. Un luogo che non rimanda immediatamente a una (sola) funzione, sanitaria per esempio, ma che non sia una casa con una sua cifra precisa, ed alla fine estraniante, con una sua forte personalizzazione. Come quando si arriva in un buon albergo che accoglie, si dispone, mette a proprio agio. Un luogo *proprio* che non è "la casa".

Molti pensano che ascoltare le persone, cogliere le loro visioni, i loro bisogni, le paure, le aspettative nel momento della progettazione sia un passaggio necessario. Ma chi ascoltare? Gli infermieri, i medici, gli abitanti del rione, i familiari, i *pazienti*? A pensarci bene si capisce che l'operazione non è semplice, confonde e condiziona. L'ascolto in realtà costringe chi parla ad assumere fino in fondo il ruolo di paziente, di infermiere di medico e così via. I pazienti (e i medici, gli infermieri) non faranno altro che proiettare l'immagine del loro essere pazienti. Ma con le persone che usano e attraversano quel luogo si deve pur parlare e non è possibile limitarsi a un semplice ascolto, bisognerà discutere, opporsi, aprire un campo di tensione, affrontare contraddizioni, conflitti. Ciascuno esporrà la sua opinione che traduce la sua visione, la sua particolare esperienza della malattia, per esempio, dell'immagine sociale, dei pregiudizi. Preziose e singolari posizioni che bisognerà mettere in relazione con qualcosa d'altro; cercare di definire questo *altro* costringe a ripercorrere il senso e le *scelte di campo* (malato/malattia per esempio) che hanno portato a immaginare quel particolare tipo di centro di salute mentale, di relazione con le persone e quel territorio.

Il centro di salute mentale, con le persone che lo attraversano costituisce un insospettabile campo di contraddizioni (inconciliabili), di ricerca di singolari possibilità, di resistenza. È il luogo della indefinizione, della decostruzione, dell'incertezza. Ma anche il luogo della assicurazione, della ricomposizione, della riflessione. La vivibilità del centro deve fare i conti con tutto questo. Garantire l'attraversabilità, la contaminazione e l'uso collettivo degli spazi e la possibilità di un uso riservato, privato, sicuro. Gli infermieri, i medici, i *pazienti*, i familiari giocano su un'immagine di sé, della malattia, del ruolo *inconciliabile* con il progetto di centro di salute mentale. Ognuno fa fatica a condividere la visione dell'altro. Tenere aperto questo campo, garantire la diversità, l'inconciliabilità, l'insieme delle voci diverse – l'eterofonia - costruisce la possibilità concreta di immaginare un centro di salute mentale.

I medici, gli infermieri, gli operatori, si sa, prediligono gli spazi separati e omologati. Vogliono spazi riservati e vietati agli altri. Per esempio tutte le forme di cambiamento avvenute in questi anni che hanno dovuto attraversare proprio la riorganizzazione degli ambienti, degli arredi, degli spazi hanno trovato le resistenze più formidabili proprio nei medici, negli psicologi e i loro ordini professionali, negli infermieri e i loro sindacati. Lo spazio separato, la stanza dedicata, i luoghi vietati agli utenti (la cucina, l'ambulatorio, i servizi igienici...) riproducono gerarchie, rafforzano poteri, danno certezza di ruolo e approfondiscono la distanza tra chi cura

e chi è curato. La difesa degli spazi è stato il pretesto per difendere l'inerzia e gli assetti di potere nei manicomi e ha costituito uno dei punti di più forte resistenza ai percorsi di deistituzionalizzazione e di sviluppo dei servizi territoriali.

Discutere degli ambienti, degli spazi e degli arredi porta irrimediabilmente a smascherare gruppi di potere, lobby e conflitti sotterranei. Progettando spazi *nuovi o imprevedibili*, discutendo di una porta che deve stare aperta, della forma di una sedia e del colore di un tavolo, della stanza dei colloqui o dell'accoglienza si giocano poteri, configurano gerarchie e culture, si scontrano inconciliabili visioni del mondo.

Abbiamo acquisito esperienze che ci permettono di immaginare e realizzare spazi che sembrano soddisfare le domande di cura e di salute che nascono nei territori. Possiamo farlo perché diventa sempre più chiara e *incerta* la loro funzione in rapporto con la singolarità dei bisogni e delle storie delle persone e di una collettività. Ci aiuta una sorta di *pensiero debole*: non disponiamo di paradigmi scientifici certi e inattaccabili e di conseguenza la visione dello spazio non può che essere incerta, mutevole, instabile. Non può che tener conto della presenza di cittadini, di persone, di individui. Per semplificare si potrebbero immaginare servizi di salute mentale orientati verso due possibili polarità: verso una dimensione medico-sanitaria da una parte e verso una dimensione sociale dall'altra. Così che gli spazi, a seconda di questo orientamento diventano spazi con odori, sapori e strutturazioni molto differenti. Un Centro di salute mentale avrà bisogno di uno spazio maggiore, o diversamente articolato, se orientato verso le persone, la collettività, il territorio: ci sarà una caffetteria, uno spazio riunioni, uno spazio per le associazioni, bacheche per fornire informazioni su attività sportive, culturali, politiche, una sala dove le persone possono fare esercitazioni di scrittura piuttosto che di teatro, una mensa, una cucina con l'odore della cipolla che sfrigola, dei luoghi per il lavoro terapeutico individuale e di gruppo che avranno caratteristiche diverse dall'ambulatorio. Gli arredi, gli spazi, gli ingressi, l'accettazione saranno scelti e strutturati di conseguenza.

In un centro orientato verso la dimensione clinica, il trattamento della malattia, la diagnosi ci sarà il telefonista, il banco accettazione, l'agenda per gli appuntamenti, la sala d'aspetto, il lettino per le visite. Il medico non lo si vede mai perché "... sta visitando", lo psicologo perché "... sta facendo una seduta", gli infermieri, pochi, sono nell'infermeria e "... stanno governando i farmaci e le schede". E così via.

In conclusione, si potrebbe riconoscere uno spazio *per le persone*, un luogo di incontri che fa della orizzontalità, dell'attraversabilità la sua forza; e uno *per i pazienti* che trova la sua conferma nella gerarchia, nella malattia, nelle codificazioni diagnostiche, nel lessico medico.

Non riesco a pensare a *uno spazio ideale* se non nella dimensione ruvida, concreta e incerta con le persone vere dove queste visioni necessariamente si confrontano, si scontrano e si scommettono l'una nell'altra.

Il centro di salute mentale fino dalla sua prima apparizione, a Trieste verso la metà degli anni '70, ha reso possibile la presenza del *malato* nel tessuto sociale. Una sorta di riconciliazione: un'interminabile e controversa *ricucitura*. In realtà non di una *ri/cucitura* si tratta ma di un'esperienza del tutto inedita e singolare. Un'esperienza che non ha storia ed è ricca di incognite e di ambiguità. Cadono i muri del manicomio e la follia dopo secoli ritorna nelle strade.

Il tessuto sociale si dispone a incorporare *il luogo della sofferenza* e contemporaneamente produce anticorpi per isolare, circoscrivere, rigettare così che i processi di integrazione sono controversi e discontinui, mai lineari. La *ri/cucitura* si scuote e si ricuce ogni giorno. Nel quotidiano, nella frequentazione dei problemi e dei bisogni si scoprono rapporti possibili e praticabili. E tuttavia la presenza provocatoria del centro innesca conflitti, a volte veri e propri scontri. Interessi e visioni diverse nell'uso e nella definizione degli spazi configurano. Un centro di salute mentale non può che vivere questa dimensione, sempre in bilico tra la pacifica accettazione e il malcelato rifiuto. Quanto più il luogo, il centro, è visibile, trasparente, attraversabile e attraversato dalle contraddizioni tanto più crescono le possibilità di radicamento. Oggi a Trieste, per esempio, si può dire che il tessuto sociale ha fatto proprio il centro di salute mentale ed è maturata la capacità critica dei cittadini tanto che si potrebbe dire che i luoghi della sofferenza psichica nel vissuto della città non esistono più. Si fa fatica a immaginare un cittadino triestino che chiami il centro di salute mentale "luogo della sofferenza psichica", semmai in maniera più approssimativa dirà "là dei matti" e attraverserà quel luogo con disinvoltura senza più paura, senza diffidenza.

Un centro di salute mentale non può che *vivere nel contesto urbano*. È questa un'affermazione tanto logica che può apparire perfino banale. Tuttavia che un luogo dove vanno le persone a far sentire il male della mente sia *veramente* in mezzo alla città non è affatto scontato. Bisogna riconoscere che quella presenza evidenzia una provocazione, una spina irritativa, un segno di diversità non facile da accettare. Non si può negare questa condizione: il centro di salute mentale sta di fatto in un ambiente urbano e deve continuamente interrogarsi sul senso di questa inusuale localizzazione e del vissuto che questa localizzazione genera nelle persone. È la presenza provocatoria, talvolta disturbante, contraddittoria che va tenuta presente. Le persone con i loro problemi, la loro manifesta sofferenza, le loro inaspettate apparizioni provocano perplessità, timori, chiusure, affrettate tolleranze. Questo è il dato che non può essere occultato, esorcizzato, banalizzato. Un centro di salute mentale non è un grande magazzino, un supermercato, un ufficio postale e ciò nonostante come questi, come luogo di scambio e di normalità, deve poter essere percepito e vissuto.

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

In questo senso ritorna importante la questione dell'estetica, del *bello*, dell'accogliente che costringe alla cura dell'immagine di chi attraversa questi luoghi all'attenzione ai "dettagli": le cicche per terra, le porte sgangherate, le toilette infrequentabili, gli intonaci cadenti e tutti quei segni che condizionano lo sguardo prima ancora che incontri e riconosca chi il centro di salute mentale si trova ad attraversare.

Trieste, febbraio 2009

Sono debitore per quanto scritto alle innumerevoli conversazioni con Franco Rotelli, ai suoi lavori e alle sue riflessioni dette e scritte sulla cura dei *luoghi* che sono la parte, forse più ricca, del suo estenuante impegno per il cambiamento.