

i complessi
manicomiali
in Italia
tra Otto
e Novecento

i complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento

a cura di Cesare Ajroldi
Maria Antonietta Crippa
Gerardo Doti
Laura Guardamagna
Cettina Lenza
Maria Luisa Neri

Electa

Seconda Università degli Studi di Napoli

Dipartimento di Industrial Design, Ambiente e Storia

Volume realizzato con i fondi del Progetto PRIN 2008
"I complessi manicomiali in Italia fra Otto e Novecento.
Atlante del patrimonio storico-architettonico ai fini
della conoscenza e della valorizzazione"

Con il contributo di

Dipartimento di Industrial Design, Ambiente
e Storia della Seconda Università degli Studi di Napoli
Dipartimento Interateneo di Scienza, Progetto e Politiche
del Territorio del Politecnico di Torino
Dipartimento di Architettura e Pianificazione
del Politecnico di Milano
Dipartimento di Architettura dell'Università
degli Studi di Palermo

Coordinamento della curatela

Carolina De Falco

Traduzioni

Catherine Bolton e Angela Arnone
per il Centro Traduzioni Le Copain

In copertina

Giuseppe Cappellini, Ospizio di San Benedetto
in Pesaro, *Ortografia principale*, 29 novembre 1858.
BOPs, *Ospedale Psichiatrico San Benedetto*

© 2013

Dipartimento di Industrial Design, Ambiente
e Storia della Seconda Università degli Studi di Napoli,
attualmente Dipartimento di Ingegneria Civile Design
Edilizia e Ambiente

Dipartimento Interateneo di Scienza, Progetto
e Politiche del Territorio del Politecnico di Torino

Dipartimento di Architettura e Pianificazione
del Politecnico di Milano

Dipartimento di Architettura dell'Università degli Studi
di Palermo

Scuola di Architettura e Design *Eduardo Vittoria*
dell'Università degli Studi di Camerino,
sede collegata di Ascoli Piceno

Tutti i diritti riservati

All rights reserved

Una realizzazione editoriale
Mondadori Electa S.p.A., Milano

www.electaweb.com

con il patrocinio di



Sommario

- 8 Presentazione
- 9 Foreword
Cettina Lenza

Temi

- 15 Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli
Cettina Lenza
- 29 Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie
Gerardo Doti
- 39 Alla ricerca di Gheel, tra amene campagne e decorosi quartieri: la Natura in manicomio
Anna Giannetti
- 47 Manuali e riviste per l'architettura dei manicomi
Laura Guardamagna
- 51 Tradizione edilizia e innovazione tecnologica negli Ospedali Psichiatrici italiani
Ferdinando Zanzottera
- 63 **Galleria fotografica**

Profili storici

- 99 **Italia settentrionale**
- 101 **I manicomi sabaudi tra Restaurazione e Regno d'Italia**
Laura Guardamagna, Mariachiara Guerra
- 108 Regio Spedale dei Pazzi a Torino
Laura Guardamagna
- 110 Spedale de' Pazzarelli, Alessandria
Laura Guardamagna
- 112 Ospedale psichiatrico per la provincia di Cuneo a Racconigi
Laura Guardamagna
- 114 Manicomio provinciale di Novara
Mariachiara Guerra
- 117 Manicomio provinciale di Cogoletto
Mariachiara Guerra
- 120 Manicomio provinciale di Genova a Quarto al Mare
Mariachiara Guerra
- 123 Istituto Interprovinciale per infermi di mente Grugliasco
Laura Guardamagna

- 127 **I manicomi dell'area nordorientale italiana: da costruzione e negazione a gestione del vasto patrimonio pubblico**
Maria Antonietta Crippa

- 134 Manicomio centrale di San Servolo a Venezia
Adele Simioli
- 136 Manicomio femminile di San Clemente a Venezia
Valentina Raimondo
- 138 Manicomio provinciale di Milano-Mombello a Limbiate
Maria Antonietta Crippa
- 141 Manicomio provinciale di Pavia in Voghera
Susanna Zatti
- 143 Ospedale psichiatrico San Martino a Como
Adele Simioli
- 145 Manicomio provinciale Tirolese a Pergine Valsugana
Maria Antonietta Crippa
- 147 Manicomio provinciale di Cremona
Valentina Raimondo
- 149 Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Bergamo
Maria Antonietta Crippa
- 152 Manicomio provinciale di Brescia
Valentina Raimondo
- 154 Manicomio provinciale di Vicenza
Adele Simioli
- 156 Manicomio provinciale di Padova
Adele Simioli
- 158 Manicomio provinciale di Mantova
Adele Simioli
- 160 Manicomio provinciale di Udine
Ferdinando Zanzottera
- 163 Manicomio provinciale di Trieste
Ferdinando Zanzottera
- 166 Manicomio della Provincia di Gorizia
Marta Lombardi
- 168 Manicomio provinciale di Sondrio
Ferdinando Zanzottera
- 171 Manicomio provinciale di Treviso
Valentina Raimondo
- 174 Grande Astanteria Manicomiale in Affori in Milano
Ferdinando Zanzottera
- 177 Manicomio provinciale di Varese
Ferdinando Zanzottera
- 180 Ospedale psichiatrico di Verona a Marzana
Adele Simioli
- 182 Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere
Damiano Iacobone

- 185 **Italia centrale**
- 187 **Frenocomi in Toscana: aspetti ambientali e paesaggistici nella sperimentazione dello spazio manicomiale**
Ewa Karwacka Codini
- 194 Ospedale di Bonifazio a Firenze
Barbara Puggioni
- 197 Spedale de' Pazzi di Fregionaja a Lucca
Paolo Bertoncini Sabatini
- 199 Manicomio San Niccolò di Siena
Anna Giannetti
- 202 Manicomio di San Salvi a Firenze
Barbara Puggioni
- 205 Casa di salute "Ville Sbertoli" a Pistoia
Paolo Bertoncini Sabatini
- 207 Frenocomio di San Girolamo a Volterra
Roberto Castiglia
- 209 Manicomio provinciale di Arezzo
Cettina Lenza
- 213 **Le "città proibite" nei territori centro-italiani**
Maria Luisa Neri
- 221 Manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma alla Lungara e sul Gianicolo
Isabella Salvagni
- 223 Frenocomio di San Lazzaro a Reggio Emilia
M. Beatrice Bettazzi
- 226 Stabilimento di Santa Margherita a Perugia
Simona Salvo
- 230 Ospizio di San Benedetto in Pesaro
Gerardo Doti
- 233 Manicomio Centrale di Imola
M. Beatrice Bettazzi
- 236 Manicomio provinciale di Ferrara
M. Beatrice Bettazzi
- 238 Manicomio provinciale di Bologna
Francesca Talò
- 241 Manicomio provinciale di Piacenza
Enrico Iori
- 243 Manicomio provinciale di Santa Croce a Macerata
Maria Luisa Neri
- 246 Manicomio di Ascoli Piceno in Fermo
Fabio Pasquaré
- 249 Manicomio provinciale di Parma in Colorno
Enrico Iori
- 251 Manicomio dell'Osservanza di Imola
M. Beatrice Bettazzi
- 253 Manicomio provinciale di Ancona
Fabio Pasquaré
- 256 Manicomio provinciale di Santa Maria della Pietà a Roma Sant'Onofrio
Isabella Salvagni
- 260 Ospedale provinciale di malattie nervose e mentali San Francesco di Rieti
Isabella Salvagni
- 263 Ospedale psichiatrico provinciale di Viterbo
Raffaella Catini
- 265 **Italia meridionale e isole**
- 267 **Da convento a villaggio: i manicomi del Mezzogiorno continentale tra progetti e realizzazioni**
Cettina Lenza
- 277 La Real Casa dei Matti in Aversa
Elena Manzo
- 280 Le prime sedi del Manicomio provinciale di Napoli: Santa Maria dell'Arco e San Francesco di Sales
Gianluca Pappalardo
- 283 Manicomio provinciale di Catanzaro in Girifalco
Giovanna Rauccio
- 286 Manicomio Sant'Antonio Abate a Teramo
Saverio Carillo
- 289 Manicomio Vittorio Emanuele II di Nocera Inferiore
Ilaria Girfatti
- 292 Manicomio provinciale di Terra d'Otranto a Lecce
Carolina De Falco
- 294 Nuovo Manicomio provinciale di Napoli
Cettina Lenza
- 298 Manicomio Santa Maria di Collemaggio a L'Aquila
Ilaria Girfatti
- 301 Il progetto per il Manicomio provinciale di Potenza
Mario Pisani
- 303 Ospedale psichiatrico provinciale di Reggio Calabria
Giovanna Rauccio
- 306 Le Case della Divina Provvidenza nell'Italia meridionale
Carolina De Falco

315 **Le “città dei matti” nelle isole maggiori:
Sicilia e Sardegna**

Maria Teresa Marsala

322 Nuovo Manicomio Pietro Pisani di Palermo

Maria Teresa Marsala

324 Manicomio Rizzeddu di Sassari

Giuseppe Di Benedetto

328 Manicomio Villa Clara a Cagliari

Emanuela Davì

332 Manicomio Lorenzo Mandalari a Messina

Giuseppe Arcidiacono, Antonino Marino

335 Manicomio di Agrigento

Maria Teresa Marsala

337 Manicomio provinciale di Siracusa

Alessandro Brandino

340 Manicomio di Trapani

Maria Teresa Marsala

343 Progetto del Manicomio di Catania

Isabella Arcidiacono

Progetti

347 Progetto e restauro: workshop a Palermo

Cesare Ajroldi

353 La riqualificazione urbana dei complessi manicomiali:
il caso studio Mandalari, a Messina

Giuseppe Arcidiacono

357 Mandalari. Ipotesi di restauro

Antonino Marino

360 Dalla storia al progetto: recupero e valorizzazione
dell'ex Ospedale psichiatrico Paolo Pini a Milano

Pierfranco Galliani

368 I manicomi provinciali italiani, un'eredità complessa
fra memoria e oblio

Simona Salvo

377 Abstracts

397 Bibliografia

000 Indice dei nomi

Italia centrale

Le “città proibite” nei territori centro-italiani

La riconversione degli ex ospedali psichiatrici provinciali, successiva alla loro dismissione, nell'Italia centrale ha attraversato itinerari diversi, in molti casi non ancora risolti. È un argomento non marginale nell'attuale panorama urbanistico, sia sul piano quantitativo – trattandosi di un'area complessiva, esclusa la Toscana, di circa 3.500.000 mq, di cui 240.000 di superficie edificata – sia su quello qualitativo, poiché tutti gli impianti ancora esistenti hanno caratteristiche di pregio. Si tratta di un patrimonio, però, che sembra accogliere con difficoltà le nuove destinazioni d'uso e che ha subito in più casi operazioni di frammentazione in diversi nuclei funzionali e proprietari, quando non è stato lasciato in uno stato di parziale o totale abbandono.

Qualunque percorso si voglia fare attraverso gli spazi della follia, non si può prescindere da quello della psichiatria e delle sue finalità teoriche, avendo questi proceduto in modo sincronico nella costruzione dei sistemi spaziali finalizzati alla terapia. Tralasciati i tentativi d'Antico Regime e gli esperimenti settecenteschi, l'origine ha coinciso con la fase in cui il manicomio inizia a essere concepito come cittadella autonoma. Da metà Ottocento, di fatto, diviene uno spazio elettivo, dove ragione medica e logica architettonica, stabilita una forte sinergia operativa, definiscono un accurato programma pratico e un modello insediativo caratterizzante la nuova istituzione, sorta di macchina ideale per curare i malati mentali¹. Un percorso che nell'Italia postunitaria si apre con la legge 36/1904, per chiudersi con la 180/1978: settantaquattro anni di storia legislativa, solo in parte sovrapposta alle reali vicende che hanno connotato la costruzione fisica dei manicomi e il loro funzionamento.

L'età d'oro dell'edilizia manicomiale

Storicamente le istituzioni d'assistenza o di carità dei territori dello Stato pontificio si erano caratterizzate per una scarsa uniformità, rispondente alle tante storie e culture delle diverse aree che lo componevano. Soluzioni innovative nell'assistenza ai malati mentali sono sperimentate fin dal primo ventennio dell'Ottocento sia nella ca-

pitale sia nelle sue periferie, che nei modelli adottati applicano e legittimano assunti teorici allineati alla cultura medica internazionale; modelli fra loro distinti ma forti di uno stretto legame di reciprocità, in cui è più volte la periferia a sperimentare, senza vincoli imposti da Roma, nuovi indirizzi organizzativi nella conduzione degli istituti. Esempari sono i casi di Bologna e Imola, che introducono innovazioni cliniche, ma è Macerata, amministrativamente autonoma dalla curia romana, la prima città marchigiana a voler costruire *ex novo* un manicomio. L'ingegnere provinciale, nel redigere il progetto esecutivo si rifà liberamente ai modelli toscani e lombardi, operando sotto la supervisione del Consiglio d'Arte di Roma e seguendo gli indirizzi scientifici e il parere tecnico di medici alienisti legati alla capitale.

Da metà Ottocento, Pio IX favorisce la trasformazione degli spazi di assistenza in luoghi più propriamente medici, perlopiù ispirati alla dottrina francese. Cadute dopo l'Unità d'Italia le linee tendenzialmente privilegiate di appartenenza per macro aree, le competenze scientifiche tengono conto di altri modelli alienisti e, superando i limiti di ordine storico-geografico, ci si rivolge ad altri poli istituzionali, fra cui i manicomi di Aversa e Imola, e soprattutto al San Lazzaro di Reggio Emilia, vera e propria “officina scientifica” e riferimento incontestabile nella realizzazione di più complessi manicomiali. Parallelamente si crea una complessa rete culturale nella quale gli alienisti si spostano liberamente tra i diversi manicomi italiani, fino alla ricerca di un riconoscimento nazionale, avvenuto con la legge del 1904, dando libera circolazione anche ai principi e alle regole architettoniche a questa legati.

Ripercorrere le vicende e l'evoluzione edilizia dei manicomi ha consentito di ampliarne la conoscenza, essendo stati questi in gran parte esclusi da accurate indagini storico-architettoniche. Inedite esperienze tecnico-progettuali e artistiche costituiscono l'ossatura di un nuovo modo di rapportarsi della cultura architettonica al tema degli spazi della follia. Costruiti perlopiù tra 1840 e 1914, con una concentrazione dopo il 1860, anni coincidenti con “l'età d'oro dell'edilizia ma-

Maria Luisa Neri



1. Due città a confronto, la "città proibita" e la città di Macerata vista dall'ingresso del Manicomio di Santa Croce. ASMc, Amministrazione provinciale di Macerata, Album fotografico (XIX sec.)

nicomiale italiana"², questi spazi non mancano di esempi iniziati in precedenza (Roma Lungara, Perugia, Reggio Emilia, Pesaro) né di realizzazioni successive (Rieti) o di tentativi interrotti. Più iniziative, inoltre, sono indirizzate alla costruzione di manicomi ideali, espresse nelle tante proposte mai concretizzate di cui molte province si erano fatte promotrici. Diversi professionisti si erano cimentati sul tema con progetti di un certo interesse, dal panottico di Domenico Mariotti per Macerata (1843) all'impianto di Ignazio Gardella vicino a Bologna (1863) e alle quattro idee di Pietro Marchelli per l'ampliamento del San Lazzaro di Reggio Emilia (1869), senza dimenticare le soluzioni alternative proposte per la nuova sede del manicomio romano.

Sono oltre cento anni di storia di una struttura variamente definita: "architettura della custodia", "città proibita", "santuario della follia", "luogo dei sentimenti negati", "isola dei folli", "cittadella dei pazzi", espressioni spesso utilizzate con una connotazione negativa.

Tuttavia, chiunque acceda ai luoghi in cui sono sorti i complessi manicomiali non può che ammirarne la qualità ambientale, paesaggistica e architettonica, laddove si metta da parte la realtà di una presenza inquietante, che ha significato anche emarginazione, segregazione e dolore della diversità. Se visti, però, nell'ambito della cultura che li ha generati, sono stati spazi privilegiati dove accogliere e curare l'alienato mentale, costituendo per circa un secolo elementi ben riconoscibili nel territorio. In particolare dopo l'Unità, la scelta del sito più idoneo alla cura dei malati mentali era stata tra le voci più importan-

ti da considerare, come lo erano state le questioni del rispetto di un'ideale distanza dalla città, per isolare i malati e proteggere i sani, e della ricerca di principi generalizzabili per rispondere alla funzione cui il complesso edilizio era destinato, cioè la definizione di un'ideale tipologia. Un'immagine per tutte esemplifica tali questioni. Una seducente fotografia di fine XIX secolo del manicomio di Macerata ci restituisce l'efficace specchio di una realtà, fisica e sociale, che vede contrapposte due città di natura diversa³. Da un lato è la città dei sani, che appare sullo sfondo del belvedere esterno all'ingresso del manicomio. Dall'altro è la città dei folli, che si sviluppa alle spalle della grande cancellata, estendendosi su una vasta area in gran parte destinata a parco, prato e terreno coltivato. Separate da un avvallamento boscoso, e distanti una dall'altra oltre un chilometro, la prima è aperta al libero accesso, la seconda è chiusa dall'inferriata, sorvegliata da un guardiano, e da un basso muro di confine. Del resto il sistema manicomiale aveva avuto origine da una finalità di duplice ordine, l'uno di natura scientifica e l'altro di carattere sociale: garantire la cura dei malati di mente e difendere la società dai possibili pericoli provocati dai folli, che dovevano perciò vivere la segregazione e l'umiliazione dell'esclusione.

Può essere però visto, come negli ideali del modello francese di Esquirol e Pinel, anche come un'utopistica cittadella, sorta di operoso falansterio, dove i folli possono ritrovare un loro equilibrio sotto l'egida di un direttore medico dai poteri fisici e morali. Poteri affidati alla figura portante di una gerarchia verticistica che deve risiedere nel manicomio, in un alloggio fisicamente e simbolicamente al vertice architettonico dell'edificio principale, da cui è stata scattata l'immagine fotografica maceratese.

Immagine che ci racconta anche la posizione territoriale del manicomio, collocato tra due fiumi – Chienti e Potenza – simbolicamente ricordati dalle statue poste sui tetti dei due piccoli edifici d'ingresso posti ai lati della cancellata. Così come ci introduce a un altro aspetto che caratterizza molti complessi manicomiali: l'importanza terapeutica della presenza di un ambiente naturale ricco di vegetazione, cui si riserva la stessa cura progettuale dedicata ai manufatti edilizi.

Salubrità, igiene, natura e architettura sono parti di una stessa concezione ideativa che, in molti dei casi esaminati, nonostante la diversità del tipo insediativo, propone un'uguale sequenza funzionale lungo un asse centrale. Asse che separa il



2. Macerata. Manicomio provinciale di Santa Croce, inaugurato nel 1871, gli edifici dell'ingresso visti dai giardini un tempo destinati al passeggio dei malati tranquilli nella stagione invernale

settore donne da quello degli uomini e organizza le unità spaziali – ingresso, giardini, sede della direzione (servizi, uffici, cappella, teatro), ambienti destinati alle varie categorie di folli –, seguendo criteri direzionali dal centro alla periferia e dalla minore alla maggiore pericolosità, fino alle parti estreme dove sono i pensionanti.

Percorsi tra i complessi manicomiali

Se ragioniamo in termini cronologici, il primo Ospedale dei Pazzi era sorto a Roma nel centro della città in piazza Colonna (1550), per poi essere trasferito alla Lungara a metà Settecento in un vasto complesso edilizio, opera di Raguzzini. Il suo ampliamento (1855-63) sul Gianicolo si deve a Francesco Azzurri che lo concepisce secondo le più moderne tendenze europee e adottando il modello a villaggio.

È però Reggio Emilia, con forte anticipo, a costruire il proprio asilo esterno alle mura e a due chilometri dal centro della città, così come poco dopo farà Perugia. Una prassi che diventerà consueta solo nel Novecento, come possiamo rilevare ad Ancona, a Roma Sant'Onofrio, collocato addirittura a sette chilometri dal centro ma ben collegato da una linea ferroviaria, a Rieti e a Viterbo. Nella maggior parte dei casi, però, la preferenza ricade su aree prossime alle mura urbane, esterne o interne o a ridosso delle stesse, sfruttando preesistenze architettoniche monumentali. Solo il manicomio di Colorno, distante da Parma, capoluogo di provincia, ha sede nel

centro dell'abitato, costituendone addirittura l'elemento architettonico dominante.

In termini insediativi, sono state adottate più tipologie. Circa un terzo dei complessi ha applicato il modello di manicomio-villaggio, attuato nei cinque esempi di Reggio Emilia, Perugia, Roma (Gianicolo e Sant'Onofrio) e Rieti. Nato da un'idea filantropica e umanitaria ottocentesca, doveva corrispondere a una cittadella ideale modellata sulla vita sociale esterna e assumere l'aspetto di un quartiere di città moderna, dove, secondo Augusto Tamburini, la piacevolezza e la varietà del paesaggio e della natura circostante dovevano dare l'idea di una vita libera. Una sorta di "città proibita", dov'era fondamentale ottenere l'*effetto casa*, di città (fabbricato e villino) o di campagna (colonia agricola), e dove i malati non dovevano essere in vista del pubblico.

Il San Lazzaro di Reggio Emilia ha un'estesa colonia agricola, la prima italiana annessa a un manicomio, ed è il primo a scegliere un impianto disseminato o a villaggio, con gli edifici disposti liberamente, frutto di progetti concepiti e attuati in tempi lunghi⁴. La direzione di Tamburini, cui si affianca l'opera degli Spallanzani, è uno spartiacque nella vicenda costruttiva del frenocomio, sia per la sua gestione trentennale sia per la sua capacità nel definire un programma d'interventi di ampio e lungo respiro: una netta distinzione del genere e della gravità della malattia informa le azioni da intraprendere

3. Reggio Emilia. Frenocomio di San Lazzaro, padiglione Charcot (poi Villa Rossi), destinato a infermeria uomini e realizzato su progetto di Domenico Spallanzani del 1896, parzialmente modificato nel 1906 e a metà Novecento

4. Pesaro. Ospizio di San Benedetto, oggi in stato di abbandono, il fronte principale con le cinque arcate del loggiato d'ingresso opera del livornese Giuseppe Cappellini nel 1858



nell'ammodernamento di spazi e strutture. Il "manicomio in forma di città", "uno dei più antichi e ad un tempo dei più moderni fra i Manicomi Italiani"⁵, già da fine Ottocento inizia a caratterizzarsi come città reale, adottando perlopiù la tipologia del villino, di cui le periferie urbane si stavano popolando. Seguendo l'approccio igienista dell'ingegneria, risponde ai principi della moderna freniatria e usa tecnologie all'avanguardia, caratteristica riscontrata in quasi tutti i complessi analizzati.

Frequente è anche il sistema insediativo misto – un blocco compatto o articolato, cui sono aggiunti padiglioni e villini isolati –, generalmente applicato quando la preesistenza si era dimostrata insufficiente ad accogliere la nuova funzione e si era potuto avere a disposizione vasti terreni circostanti, come a Bologna, Piacenza, Macerata, Fermo e Colorno, tutti realizzati nel decennio 1867-77.

Il San Benedetto a Pesaro (1829) e il manicomio di Ferrara (1858) sono all'interno delle mura ur-

biche. Il primo utilizza un complesso conventuale in abbandono, la cui crescita nel tempo mantiene la formula insediativa originaria. Il secondo, situato nei pressi di un bastione e appoggiato a palazzo Tassoni, sfrutta tutta l'area triangolare di pertinenza, resa efficiente da Clodomiro Bonfigli, per poi cercare di ampliarsi in località San Bartolo a tre chilometri dalla città. Da qui partirà la battaglia dei giovani kraepeliani con la pratica dell'*open-door* e del *no-restraint*. Oggi è tra i casi più rilevanti di trasformazione in sede universitaria (Facoltà di Architettura).

Assai particolare è il caso di Imola, una vera e propria "città in forma di manicomio", che al suo interno ha ben due complessi di notevoli proporzioni, divenuti nel tempo la più importante azienda cittadina. Il manicomio Centrale (poi intitolato a Luigi Lolli), con costruzioni di "severa eleganza" è tra i primi a essere costruito *ex novo* con criteri moderni su disegno dell'architetto napoletano Antonio Cipolla, attivo tra Firenze, Bologna e Roma, che progetta un impianto insediativo e un'organizzazione funzionale esemplari, tanto da essere ripresi a Brescia, Voghera, Bergamo, Ancona e Napoli. Il più tardo manicomio dell'Osservanza è concepito senza muri di cinta, sostituiti da semplici reti metalliche. Anche qui, come nel Centrale, al disordine mentale dei malati si sceglie di contrapporre l'ordine architettonico e la perfetta geometria degli spazi.

Se tendenzialmente l'origine dei manicomi ha una matrice conventuale (metà dei casi esaminati), in due episodi si forma su un precedente sistema residenziale (Ferrara, Roma Gianicolo), in due complessi su una preesistenza mista di residenze e conventi (Pesaro, Colorno) e in altri due su una radice ospedaliera (Reggio Emilia, Imola Centrale). Le sezioni distaccate utilizzano sempre edifici preesistenti, ville (Macerata), collegi (Roma Ceccano), ospedali, mentre le colonie agricole in alcuni casi sono dislocate in luoghi distanti dalla sede manicomiale (Ferrara, Piacenza).

Sette sono gli impianti di nuova costruzione, anche se in più casi si appoggiano a edifici preesistenti. Sul piano architettonico, la scelta di utilizzare complessi conventuali o residenziali dismessi non poteva che avere come conseguenza la progressiva distruzione di memorie consolidate da secoli. I casi più clamorosi possono considerarsi Macerata, con la demolizione pressoché totale dell'antico convento e della facciata della chiesa, Fermo e Bologna, dove anche lo spazio interno delle chiese è usato a fini ospedalieri, travolgendone l'originaria fisionomia architettonica.

Ingegneri provinciali e architetti

Nella maggior parte dei casi, e almeno fino al primo ventennio del Novecento, quando altri soggetti tenderanno a egemonizzare nuovi spazi di potere, la progettazione ed esecuzione dei complessi manicomiali si deve all'opera di sconosciuti ingegneri provinciali, sempre affiancati da alienisti che ne seguono tutto l'iter ideativo e costruttivo, trasformandosi essi stessi in progettisti: sono loro a fissare i criteri che devono essere di guida all'ingegnere o all'architetto che predisporrà i disegni del "manicomio moderno"⁶.

Poi, una nuova relazione tra cultura e potere tenderà a ridefinire i ruoli dei protagonisti, con una predominanza dei tecnici rispetto agli psichiatri. La generazione di Gualandi, Girolami, Roncati, Livi, Tamburini, Antonini e altri, dopo la Grande Guerra sembra aver esaurito il proprio peso operativo per essere sostituita da architetti del calibro di Giovanni Battista Milani (Rieti), Cesare Valle (Forlì), Daniele Calabi (Perugia) e Vittorio De Feo (Frosinone). Alla trasformazione dei complessi manicomiali, però, continuano a partecipare professionisti locali e tecnici degli uffici provinciali.

Le vicende legate alla costruzione dei manicomi – dalla scelta dell'area di localizzazione alla soluzione tipologica dell'impianto e dei singoli edifici, dalla decisione dei criteri costruttivi alla crescita progressiva della struttura – si possono comprendere solo legando insieme azioni di natura diversa che, caso per caso, luogo per luogo, hanno contribuito alla realizzazione dei multiformi complessi manicomiali. Se li consideriamo come microcosmi sui quali hanno agito molti poteri, diverse forze sociali e culturali, più teorie mediche e costruttive, non possiamo che interpretarli come manufatti nati da una forte contaminazione fra scelte politiche e azioni burocratiche, fra interessi medico-sanitari e ideazione dei tecnici. Assente è il dibattito sull'aspetto figurativo degli edifici, che devono essere costruzioni semplici, economiche, senza particolari esigenze decorative, proprio perché ritenute una questione decisamente secondaria.

Gli studi e le ricerche sul ruolo e la cultura dei tecnici provinciali sono argomento di scarsa tradizione storiografica, nonostante queste figure abbiano svolto un'attività non certo trascurabile, misurandosi con una varietà di mansioni che copre l'intero campo dell'attività pubblica e con diverse scale della progettazione, dall'ideazione dei manufatti alla gestione del cantiere. Capacità individuale e senso di appartenenza all'istituzione si valutano proprio in questa pluralità di competenze e nella condivisione di culture, lin-

5. Imola. Manicomio Centrale (poi Luigi Lolli), veduta del fronte architettonico contiguo alla Rocca Sforzesca

6. Ferrara. Manicomio provinciale ora trasformato in Facoltà di Architettura, veduta di una corte interna dell'ex palazzo Tassoni dal portico utilizzato dalla comunità degli studenti universitari



guaggi e scelte operative con altri interpreti della scena urbana e architettonica.

Tra i nomi illustri di architetti o ingegneri che hanno contribuito alla realizzazione della rete manicomiale tra 1824 e 1932 emergono quelli di Pietro Marchelli a Reggio Emilia, del livornese Giuseppe Cappellini, che a Pesaro introduce “formule e dispositivi di matrice francese”, di Francesco Azzurri, Luigi Poletti, Antonio Cipolla, Giulio De Angelis, Edgardo Negri e Giovanni Battista

Milani, attivi tra Perugia, Imola, Roma e Rieti. L’Azzurri, però, può essere considerato un vero specialista nella progettazione di manicomi, avendo dedicato gran parte della sua attività, tra il 1824 e il 1901, a questo tema, prima a Perugia, poi a Roma (Lungara e Gianicolo)⁷, Alessandria e Siena. A lui è riconosciuta la priorità nell’aver propugnato in Italia il manicomio-villaggio, proposto dopo aver visitato diversi stabilimenti in Italia e all’estero.



7. Bologna. Manicomio provinciale (poi Francesco Roncati), ingresso da via Sant'Isaia. Sullo sfondo il fronte dell'edificio principale, oggi sede del Poliambulatorio Saragozza con servizi sanitari dell'Azienda USL di Bologna

8. Roma. Manicomio provinciale di Santa Maria della Pietà a Sant'Onofrio, inaugurato nel 1914, veduta della sede originaria della direzione e degli uffici dai giardini dell'ingresso principale



Amico di Carlo Livi, collaboratore di Tamburini e socio della società medico-psicologica parigina, si affida agli scritti di Castiglioni, Bonacossa, Trompeo, Girolami, Monti e, per la progettazione del manicomio-villaggio, ritiene fondamentale la lettura dell'opuscolo di Andrea Verga, *Il manicomio e la famiglia*; reputa, inoltre, che sia indispensabile tener conto del clima, delle abitudini e delle caratteristiche della città nella quale il manicomio sarà costruito. Non stupisce tale consi-

derazione se si tiene conto della sua attiva partecipazione all'ambiente culturale dell'Associazione artistica fra i cultori di architettura di Roma, della quale farà parte anche Edgardo Negri, autore del manicomio di Santa Maria della Pietà a Sant'Onofrio (1914), considerato da Tamburini l'equivalente architettonico della legge del 1904⁸. Di fatto si stabilirà una forte continuità teorica e pratica sia con l'omonimo manicomio al Gianicolo, opera di Azzurri, che nel 1877 ne aveva nor-



9. Imola. Manicomio dell'Osservanza, uno degli ambienti naturali fra i padiglioni alla vigilia dei lavori che trasformeranno il complesso in polo tecnologico per la ricerca e l'innovazione su progetto di Gae Aulenti

10. Rieti. Ospedale San Francesco, edificio della direzione e amministrazione, ora destinato a direzione e uffici dell'ASL di Rieti



mato i contenuti con l'invito ad abbandonare le "forme simmetriche o monumentali"⁹ sia con il successivo ospedale psichiatrico di Rieti (1932), opera di Milani.

Se omettiamo i casi di Forlì e Frosinone, esauriti in un concorso – il primo vinto da Cesare Valle (1935), il secondo da Vittorio De Feo (1956) – e quello di Viterbo, iniziato negli anni settanta e di cui resta solo la gabbia di cemento armato, icona di un'anacronistica sopravvivenza destinata alla cancellazione, gli ex complessi manicomiali del-

l'Italia centrale costituiscono un patrimonio ambientale e architettonico dagli alti valori storici e di attualità. Patrimonio che conserva una propria identità, individuale e collettiva, se non altro come contenitore della memoria della follia¹⁰, e che ha rappresentato una precisa fase della cultura del progetto, riconoscibile sul piano architettonico, ambientale, sociale, igienico-sanitario e tecnologico. Nonostante la cancellazione della loro funzione, la vicenda dei manicomi non va, dunque, considerata conclusa.

1 Degani, Gorla 1982.

2 Padovani 1936, p. 1055.

3 ASMc, *Amministrazione provinciale di Macerata*, II, b. 1070.

4 Tamburini 1880; Tamburini 1900.

5 Tamburini, Ferrari, Antonini 1918, p. 113.

6 Antonini 1909.

7 Azzurri 1864; Azzurri 1893.

8 Tamburini 1913.

9 Azzurri 1877.

10 Foucault 1971; Le Goff 1982.