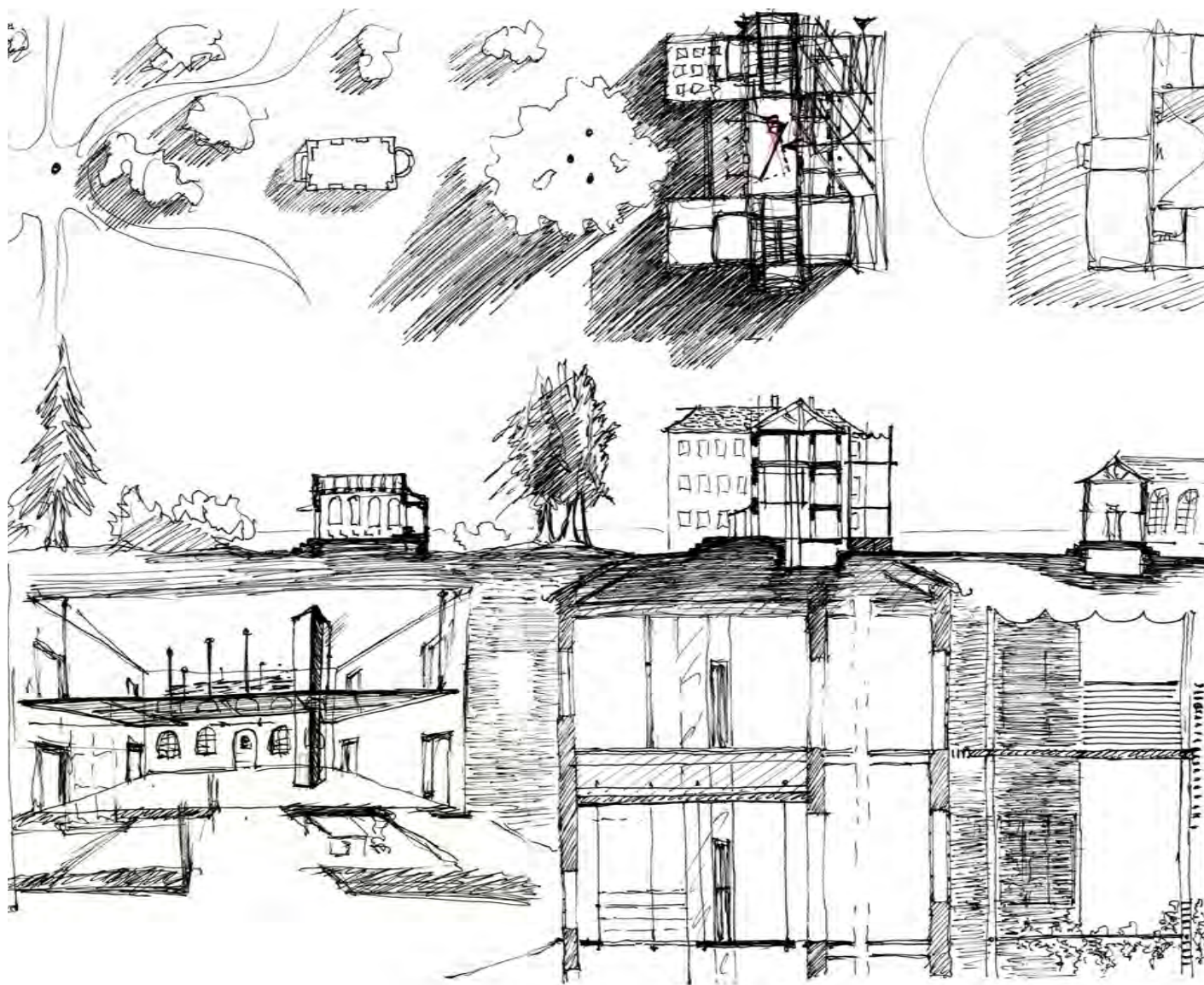




abitare la soglia

architettura e psichiatria



abitare la soglia

architettura e psichiatria

Alcune recenti esperienze di progettazione dei Centri di Salute Mentale ventiquattrore realizzate in Italia. L'esposizione dei progetti architettonici, presentati attraverso informazioni e relazioni, disegni e fotografie, è intrecciata alle testimonianze degli operatori del settore ed alle loro riflessioni sugli spazi, sulla qualità degli ambienti, e l'influenza di questi nella cura e nell'esperienza del disagio mentale che, senza alcuna pretesa di semplificazione, vogliono suggerire percorsi di dialogo fra le due discipline.

Trieste, febbraio 2010

incerti luoghi di ospitalità abitare la soglia peppe dell'acqua

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 straordinarie 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 sembra costituire una mappa cromosomica, come osservassimo l'ingrandimento

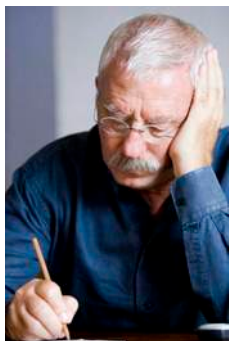
del nucleo di una cellula. Il genoma dell'istituzione psichiatrica.

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 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. Disporsi 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 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, di una loro sensata frequentabilità, di una possibile appropriazione da parte dell'internato che proprio vivendo quei luoghi poteva recuperare 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 il dominio della freddezza, dell'anonimato, della sottrazione.

La bellezza, la gradevolezza, il calore, l'estetica di un ambiente più che favorire una scelta deve garantire alla persona *possibilità*. La possibilità di non essere omologato, di continuare ad usare le proprie identità, di 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 e tuttavia

persistono pratiche pessime.

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 che 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 anche un luogo che non sia una casa con una sua cifra precisa, ed alla fine estraniante. Come quando arrivo in un buon albergo che accoglie, si dispone, mette a proprio agio. Un luogo proprio che non è come se fosse "la mia 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, configgono gerarchie e culture, si scontrano inconciliabili visioni del mondo.

Abbiamo acquisito esperienze che ci permettono di immaginare e realizzare spazi che sembrano poter 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 dell'unica cosa certa: la 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 prima metà degli anni '70, ha reso possibile la presenza del malato nei contesti sociali. Una sorta di riconciliazione: un'interminabile e controversa ricucitura. In realtà non di una ri/cucitura si trattava ma di un'esperienza del tutto inedita e singolare. Un'esperienza che non aveva storia ed era ricca di incognite e di ambiguità. Cadevano i muri del manicomio e la follia dopo secoli ritornava nelle strade.

Da allora 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. 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 di salute mentale innesca conflitti, a volte veri e propri scontri. Interessi e visioni diverse nell'uso e nella definizione degli spazi confliggono. 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 e usuale 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 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.

da “psichiatria e architettura” convegno di mendrisio franco rotelli

Il Prof. Diatkine, psichiatra di fama mondiale, veterano per età e esperienza, dirige a Parigi una delle istituzioni più avanzate della psichiatria europea (nel XIII° arrondissement), mi dice: “Se, come psichiatra, entri in un luogo e senti il puzzo di fumo ed orina, adacchi chiusi, tu puoi dire “on est chez nous”. Noi psichiatri possiamo dire, “siamo a casa nostra”. E qui si potrebbe già chiudere il discorso su psichiatria e architettura. François Tosquelles, che ha fortemente contribuito al progresso della psichiatria, partendo da Saint-Alban, nella Lozère (Pirenei), negli anni del dopo guerra, ancora recentemente scrive della possibilità – dentro un ospedale psichiatrico, dentro una istituzione psichiatrica - di allestire quella che lui chiama una scuola di libertà, luogo di emancipazione. L'illusione degli psichiatri del dopoguerra che fosse possibile l'utopia di un luogo, di un ospedale psichiatrico come luogo di emancipazione, sta a segnare una parte importante della cultura progressista psichiatrica europea. D'altra parte l'illusione che l'uomo nuovo possa nascere dietro le mura è l'illusione che ha attraversato per tutti questi decenni tutte le esperienze del socialismo reale; che un uomo nuovo possa nascere solo dietro le mura proteggendosi, in una microsocietà o macrosocietà, dal resto del mondo, è l'illusione che da Cuba ad altrove ha attraversato molte delle utopie della borghesia giacobina quando ha cercato di immaginare un cambiamento radicale nel mondo. Oggi siamo più poveri, però una cosa ormai sappiamo: l'uomo nuovo non nasce mai dietro le mura, dietro le mura nascono solo mostri. La legge

180 italiana ha, per la prima volta nella storia dell'umanità, stabilito che non debbono più esistere luoghi separati, concentrazionari per i folli. Con questa ha segnato, per la prima volta, la re-immissione nella generale cittadinanza di persone storicamente destinate all'esclusione e/o alla reclusione, alla separazione e/o al concentramento, alla clinica – nella migliore delle ipotesi – all'alienismo sempre. La cultura psichiatrica, nelle istituzioni ora modificate – da leggi, regolamenti, riforme che hanno traversato, comunque, l'Europa- permane molto di più, che non le istituzioni concrete, legata ad una concezione che fa dell'alienismo la sua fonte continua di produzione di idee, di produzione di concetti, di produzione di pratiche. L'economia desiderante deve stare dentro un luogo, la debolezza del folle deve stare protetta, devono esistere i luoghi in cui si possa allucinare la libertà, e questi luoghi devono essere ovviamente separati, devono essere altri, altrove rispetto ai luoghi della normalità, perché in fondo è “altra” e “altrove” la persona del folle, il folle sta sempre “altrove”, alieno. Questa cultura, è una cultura che la legge 180 ha negato, è cultura che non possiamo più accettare né nelle istituzioni che materialmente la racchiudono e fisicamente la incarnano, né nei concreti moti del pensiero, nei modi dell'operare, nelle procedure del sapere-potere dello psichiatra. Con la legge 180, il matto deve stare finalmente dentro al commercio umano, deve stare dentro luoghi del commercio umano, dello scambio, deve stare dentro i luoghi della relazione, deve stare dentro la normale ricchezza o volgarità, violenza o armonia, cultura o incultura o

barbarie della città, degli spazi, dei fisici contenitori a tutti dati, a ciascuno assegnati. È possibile immaginare che questo appartenga al processuale; che questo processo di negoziazione dei diritti, di costruzione materiale dei diritti formalmente dati, ma contrariamente ancora da realizzare, usi spazi e luoghi in cui il territorio – la comunità – possano e debbano essere vivificati, debbano essere per un momento, più o meno lungo – non lo sappiamo – alimentati, arricchiti da energie altre, da poteri, da saperi che sostengano questo processo costruttivo di diritto. Diritto per persone affioranti solo ora ad esso. Sarà allora possibile immaginare nella nostra città, ambiti, spazi, centri, trincee, luoghi in cui il diritto venga sostenuto, venga difeso, venga avvalorato, dove il calore della relazione, la consapevolezza della difesa, dell'essere lì a difesa di diritti altrimenti facilmente negabili, costruisca il ritmo della cura, il senso della terapia, il tempo della riabilitazione del paziente, che è sempre, se vera, comunque processo di riabilitazione della psichiatria dei suoi siti e dei suoi riti. È quindi possibile immaginare che architetti, designers, professionisti, possano e debbano essere chiamati a dare anche un senso fisico, costruire il segno fisico di questo processo. Ma questo segno non può, non deve che essere il segno di una connessione finalmente ristabilita, il segno di un mercato, il luogo dove lo scambio diventi il cuore, il centro, lo scopo, mai la separazione, la negazione, mai la – sia pure decorosa, abbellita – esclusione e scissione, secessione. Immaginabile che architetti e designers abbiano il loro da fare a riconvertire i modi che fisicamente segnano questo mercato, i vecchi reclusori, i vecchi istituti, e, a volte, spesso, a strutturare nuovi alloggi, panchine di neve, che si sciolgano il più presto possibile – speriamo – in cui questo commercio venga stabilito, venga formalizzato, messo dentro uno spazio fisico delineato, ma che dovrebbe avere, nella sua fisicità di spazio, proprio queste caratteristiche, questa possibilità, questa funzione. Funzione estetica, anche, perché nel lungo processo di negoziazione, della rivalorizzazione del matto dentro la città, la funzione estetica, la funzione del decoro, la funzione della competenza e la funzione del bello,

non possono accompagnare la funzione etica che sostanzia inevitabilmente questo processo o lo nega, e dica la trasformazione. Nella città delle immagini, nella città del segno, nella ricostruzione del decoro, dentro lo scambio, è una funzione, è un obbligo, è un auspicio, è una necessità ed è un compito di chi è chiamato a disegnare questi spazi, a costruirli, a definirli. Mai più dentro la alienità, ma dentro la ricomposizione possibile e tendenziale, dentro il corpo sociale, dentro il riconoscimento di identità differenti, ma nella comunanza di differenze e non più nella identificazione di diversità da "altrove" collocare. Trieste, comprensorio di San Giovanni, ex-ospedale psichiatrico, già ora luogo multiplo, da molti anni ormai spalancato alla città, attraversato dalle automobili di chiunque, a qualunque ora, oggi già "modello" di forme e funzioni multiple, per i giovani, scuole, università, istituti, scenografie del teatro della città, luogo di cooperazione, altri servizi sanitari, piccole comunità residue di anziani anche lì nel parco, ma dentro una libertà fisica riconquistata, trovano ciò che la città ormai non potrebbe più offrire loro di meglio, dal momento che le mura sono crollate, dal momento che molte figure, molti attori sociali diversi, popolano quel comprensorio. Centri (di salute mentale) nella città, centri nei quartieri, aperti al quartiere, porte sempre aperte, spalancate sul quartiere, attraversabili da chiunque, centri sociali e centri sanitari congiuntamente, mai medicali, mai ambulatoriali, mai asettici, popolati di figure sociali diverse, di attori sociali diversi e spesso difficilmente riconoscibili, difficilmente identificabili all'occhio di un visitatore estemporaneo. Appartamenti per gruppi di persone espulse dalla famiglia, o mai aventi famiglia o con le famiglie distruttive, o con solitudini eccessive, con tentativi di piccola composizione, di piccolo gruppo, in una convivenza minimamente solidale, aiutata, dentro i condomini – però – dentro i quartieri normali, dentro la città normale. Eccesso di normalità, eccesso di normalizzazione? Non da questo siamo spaventati, ma semmai dalla bassa qualità della normalità, e la nostra civiltà anzitutto ci dice che diversamente dobbiamo comportarci; nulla ci vieta di utilizzare poteri, saperi, risorse, mezzi, legittimità della

psichiatria per finalmente tentare qualcosa che assomiglia a un processo di costruzione di salute mentale, cioè a un processo di qualificazione di spazi, luoghi della normalità in quanto spazi del normale attivarsi delle persone e tuttavia, appunto, da qualificarsi. Possono sempre essere giusti spazi, qualificabili solo in crescita culturale, in crescita estetica, in modi e forme concrete dell'abitare, socialità dell'habitat, forme dell'habitat. Che, finalmente, gli psichiatri possano collaborare a migliorare la città, invece che a ripulire la città dai suoi rifiuti. Sembra un'utopia molto più sensata, più semplice, vera e auspicabile delle vecchie utopie del passato. L'architettura della psichiatria era ed è ancora architettura attorno alla pericolosità. Altrove fu ed è architettura della clinica, ospedale o ambulatorio, asetticità verde e luce. Quisisana. È anche ospedale generale allo scopo blindato, vetri blindati, videocitofoni in gara di follia – protezione con l'ipernormalità blindata della privacy benagiata. Ma c'è un'architettura del ritorno alla vita? Stiamo costruendo un piccolo albergo su una spiaggia dei Caraibi. Non per i matti, ma anche per essi. Intanto a Parma nasce il castello dei diritti, cascinale recuperato per matti, tossici, extracomunitari e giovani che vogliono un futuro non diviso. Che ogni quartiere recuperi un luogo che sia quadrivio, crocevia, spazio segnale, ambito di relazioni, di parola, di fatti. E che qualcuno distrugga il nuovo manicomio criminale di Berlino che architetti di sinistra hanno costruito: stupida serra per vegetali extraterrestri al centro di una capitale d'Europa.

CSM 24 ore

gambini

ASS N.1 TRIESTINA

DSM TRIESTE (g. dell'acqua)

via gambini 8

tel. 0403995745

csm.gambini@ass1.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
elisabetta pascolo fabrici

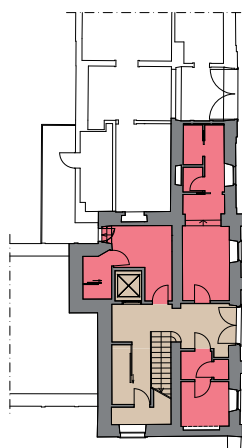
numero totale operatori: 40

bacino di utenza distretto 4 – Trieste Nord:
50.000 persone
numero medio utenti:
60 al giorno

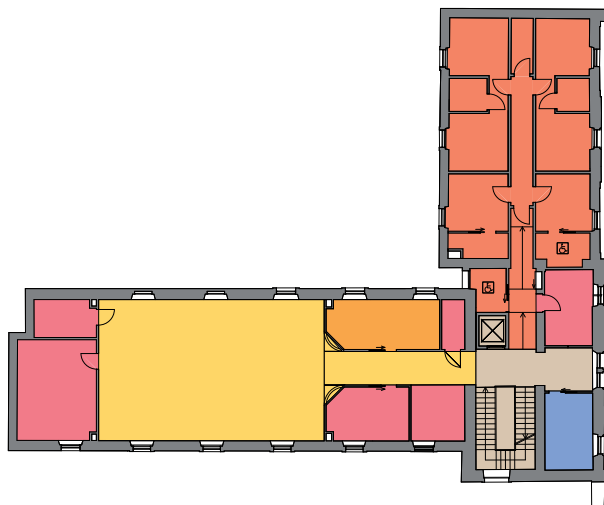
edificio ristrutturato nel 2010
progettista: luciano celli

superficie totale mq 554
piano terra mq 116
primo piano mq 366
secondo piano mq 72

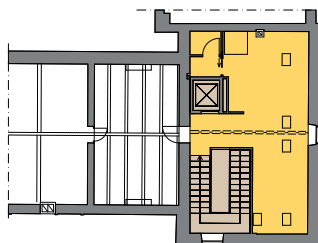
superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 180
ambulatori, operatori e servizi mq 120
utenti – degenza mq 110



pianta piano terra



pianta primo piano



pianta secondo piano



Il Centro di Salute Mentale n. 4 , conosciuto come "Centro di via Gambini" ha iniziato la sua attività nel 1975 mentre si stava completando la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico e prima che la legge di riforma sanitaria istituisse formalmente i Centri di Salute Mentale.

Nel corso di oltre trent'anni il CSM si è fatto promotore di molteplici progetti sperimentali e innovativi che hanno favorito una migliore comprensione delle complesse problematiche relative alla salute mentale attraverso l'integrazione con la realtà urbana circostante. In particolare, sono state sviluppate iniziative trasversali utilizzando diversi canali di comunicazione a livello culturale, artistico ed espressivo, con una particolare attenzione e sensibilità alle problematiche di genere. Per quanto riguarda le attività di carattere più strettamente sanitario, il CSM di via Gambini è attivo sulle 24 ore, sette giorni su sette, risponde alle emergenze/urgenze mediante visite ambulatoriali e domiciliari e utilizza, laddove necessaria, l'accoglienza diurna e notturna.

In questo senso rappresenta un luogo d'incontro e di scambio sia per le persone con disagio psichico che per i familiari.

Nello svolgimento del loro mandato, gli operatori pongono come aspetto prioritario la continuità dell'intervento terapeutico - riabilitativo, specie per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi, sostenendole e orientandole nei loro diritti fondamentali, quali casa, inserimento lavorativo, tutela della salute fisica , attività del tempo libero.

Al fine di potenziare il lavoro socio-sanitario preventivo nel campo della salute mentale, il CSM di Via Gambini, grazie ad una collaborazione specifica con la Facoltà di Medicina e Chirurgia e con la Scuola di Specializzazione in Psichiatria, offre agli specializzandi l'opportunità di un tirocinio professionalizzante che viene svolto in stretto contatto con operatori di diverso profilo e garantisce così da una parte una reale formazione "sul campo", dall'altra costituisce per il Servizio un'occasione di confronto e stimolo sulle sue pratiche.

Elisabetta Pascolo



CSM 24 ore

domio

ASS N.1 TRIESTINA

DSM TRIESTE (g. dell'acqua)

via morpurgo 7

tel. 0402820024

csm.domio@ass1.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
pasquale evaristo

numero totale operatori: 43

bacino di utenza distretto 3 – Trieste Est:
62.000 persone
numero medio utenti:
100 al giorno

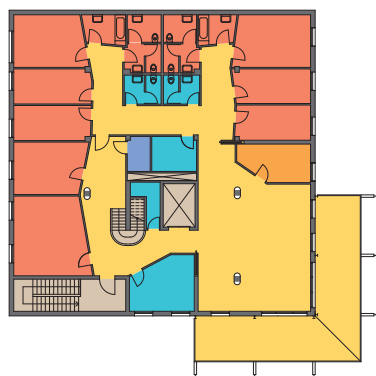
edificio ristrutturato nel 1999-2001
progettista: starassociati

superficie totale mq 520
piano terra mq 260
primo piano mq 260

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 200
ambulatori, operatori e servizi mq 80
utenti – degenza mq 76



pianta piano terra



pianta primo piano

- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici



recinzione su strada



Nel 1975, a Muggia, si apriva il primo Centro di Salute Mentale sul territorio, trasferitosi nel 1980 al Domio. Una palazzina a due piani nella zona industriale di Trieste. Da oltre trent'anni in quest'area della città e della provincia di Trieste, il CSM è presente e si propone come una risorsa a disposizione dei cittadini. Sin dall'inizio, il principale obiettivo è stato garantire, a coloro che ne hanno bisogno, un accesso adeguato alle cure e promuovere un cambiamento culturale profondo e radicale, sfatando i pregiudizi che hanno sempre accompagnato il disturbo mentale. Il cambiamento è stato perseguito non solo a livello teorico, ma soprattutto concretamente, nella pratica quotidiana. Ciò è stato fatto nella convinzione che sia possibile dissipare l'alone opaco e misterioso che circonda il disturbo mentale, soltanto rendendone trasparente e intellegibile il senso, spesso doloroso, e lottando contro i pregiudizi che tradizionalmente lo caratterizzano.

Il CSM è attivo sette giorni su sette, 24 ore su 24, con 8 posti letto per l'ospitalità diurna e notturna. L'attività principale è quella di accogliere la domanda di cura delle persone che, in certi momenti della loro vita, sperimentano situazioni di difficoltà e disagio. L'obiettivo è la presa in carico e la cura del soggetto nel contesto in cui vive. Il CSM di Domio vuole essere luogo d'incontro e di scambio per utenti, familiari e cittadini.



CSM 24 ore

barcola

ASS N.1 TRIESTINA

DSM TRIESTE (g. dell'acqua)

viale Miramare 111

tel. 040 411452

csm.barcola@ass1.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
roberto mezzina

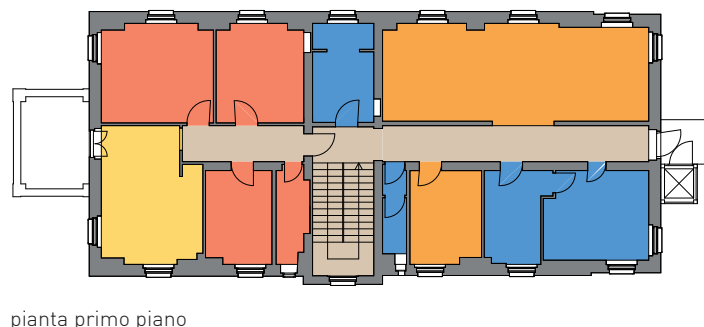
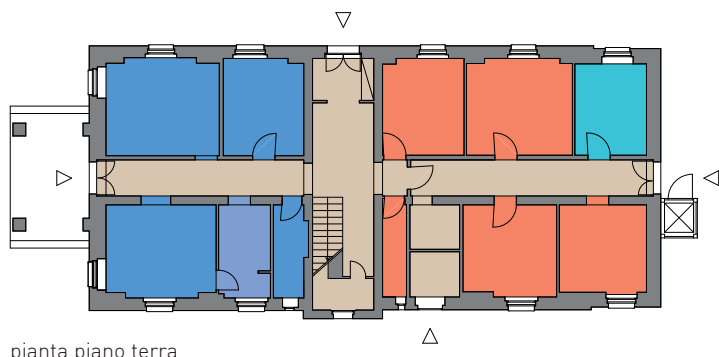
numero totale operatori: 40

bacino di utenza distretto 1 – trieste ovest:
63.000 persone
numero medio utenti:
880 nel 2008

edificio ristrutturato nel 1990

superficie totale mq 440
piano terra mq 220
primo piano mq 220

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 80
ambulatori, operatori e servizi mq 110
utenti – degenza mq 105



- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici

Aperti nel 1975, mentre si completava la chiusura dell'ospedale psichiatrico, i Centri di Salute Mentale di Barcola e Aurisina sono stati i primi in Italia ad essere attivi ogni giorno sulle 24 ore, dotati di 6 posti letto per l'ospitalità sulle 24 ore. Dal 1990 è stata realizzata la loro progressiva integrazione in un'unica Unità Operativa con sede nel Centro di Salute Mentale a Barcola mentre la sede di Aurisina si è sempre più caratterizzato per le attività di Centro Diurno. Il coordinamento delle attività progettate ed i programmi sviluppati sono attualmente predisposti dall'équipe del Servizio Abilitazione e Residenze.

Situato in un palazzina a due piani dei primi del Novecento sita in Viale Miramare, il Centro di Salute Mentale è dotato di 6 posti letto.

62.579 sono gli abitanti del bacino d'utenza del Distretto 1 il cui territorio è caratterizzato dalla compresenza di aree fortemente urbanizzate verso aree prevalentemente rurali con piccoli paesi ed aree semiresidenziali.





CSM 24 ore maddalena

ASS N.1 TRIESTINA
DSM TRIESTE (g. dell'acqua)

via molino a vento 123

tel. 0403995730

csm.maddalena@ass1.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
matteo Impagnatiello

numero totale operatori: 38

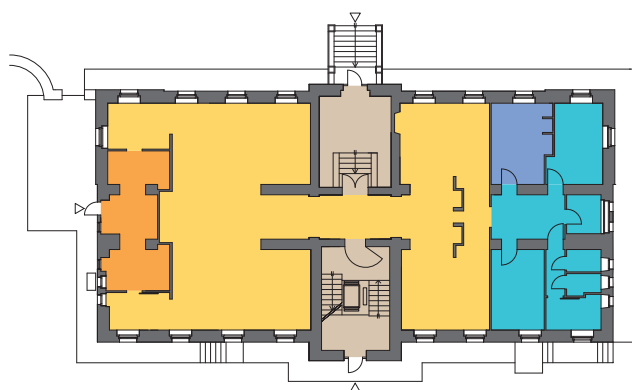
bacino di utenza distretto 2 – Trieste Sud:
56.000 persone

numero medio utenti:
1020 nel 2009

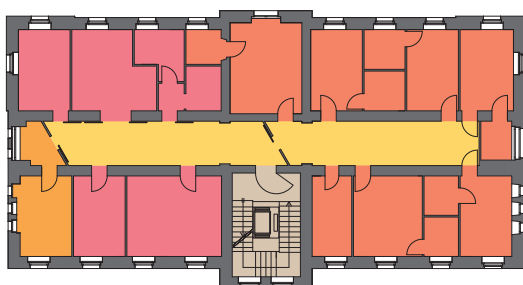
edificio ristrutturato nel 2008
progettista: antonio villas

superficie totale mq 930
piano terra mq 310
primo piano mq 310
secondo piano mq 310

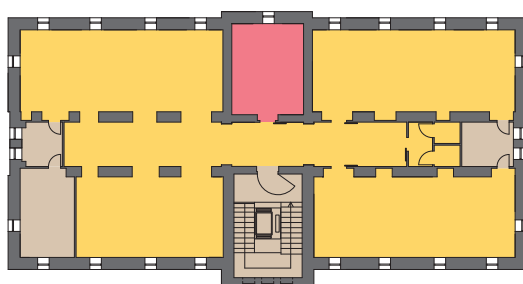
superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 400
ambulatori, operatori e servizi mq 190
utenti – degenza mq 140



pianta piano terra



pianta primo piano



sottotetto

- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici

L'ospitalità nel centro si inscrive, in una serie di atti e di eventi che la precedono, l'accompagnano e la seguono, restando un segmento dell'intervento, e mai intervento in sé. L'ospitalità in centro, è in grado di mobilitare un maggior numero di energie umane e risorse istituzionali, poiché sulla persona viene focalizzata l'attenzione di tutta l'organizzazione. Per questa via vengono affermate le valenze terapeutiche che la struttura del Centro in sé possiede.

Questa peculiarità dell'esperienza di ospitalità in centro, nei vissuti sia della persona, dei familiari, rappresenta una operazione di smontaggio pratico e simbolico della forma del ricovero. Attraverso la trasparenza degli atti istituzionali e le loro leggibilità si possono determinare trasformazioni della domanda che nella nostra esperienza non è mai di delega totale. In tutti i luoghi di ricovero, nell'ospedale psichiatrico, il paziente viveva il suo tempo completamente all'interno del tempo e del ritmo dell'istituzione.

Esiste un rapporto tra architettura e psichiatria come esiste in generale un problema tra l'ambiente e le persone che lo abitano. L'architettura ha diviso le stanze, gli spazi secondo categorie, dicendo che alcuni favoriscono l'incontro e altri non lo favoriscono, i corridoi lo favorirebbero, perché ci si incontra, si cammina, e viceversa certe stanze chiuse sarebbero contrarie alla formazione di relazioni, scambi.

Non è pensabile definire a priori in quale architettura certi problemi vengono risolti meglio che in un'altra. "Io personalmente penso che si possa fare della buona psichiatria in qualunque posto, anche in un vecchio ospedale, anche a monoblocco, perché quello che conta è il rapporto con il malato (la persona), la disponibilità,





e la responsabilizzazione di tutti i partecipanti” (F.Basaglia “Che cos’è la psichiatria?”)

Il tempo, coordinata fondamentale dell’esperienza, anche della crisi, diventava il primo valore che veniva sottratto alla persona. Il ricovero separa “il tempo malato” dal “tempo normale o sano”, definisce la durata della malattia, organizza secondo le sue norme il tempo quotidiano del soggetto. Così il ricovero scandisce tempi e ritmi della crisi e della malattia. All’interno del csm, l’uso del tempo, da parte sia della persona (utente) che degli operatori, diventa fattore tattico fondamentale nel progetto di intervento.

Da parte degli operatori la discussione sul programma quotidiano, durante la presa in carico è sostenuta dall’intenzione di non interrompere o sconvolgere la quotidianità della persona. Il tempo organizzato e gestito dal servizio si deve articolare con il tempo proprio del paziente discutendo le sue proposte e le sue iniziative. Il rispetto del tempo proprio del paziente è così un ulteriore fattore di rafforzamento-conservazione delle sue potenzialità di soggetto, e non oggetto dominato ed istituzionalizzato. All’interno di uno spazio il Centro, reso visibile nelle 24 ore, è attraversabile dal paziente, tutti i momenti di contatto con altre persone possono rappresentare occasioni di incontro e dunque di rapporti interpersonali, di socializzazione, di aggregazione o di conflitto, conservando i legami con il suo contesto, la rete di appartenenza.

La compresenza di forme diverse di disagio, di bisogni diversi può creare uno scenario che consente molteplicità di espressioni, nel quale ognuno può trovare il suo spazio. La coesistenza di queste diversità e differenze, è capace di indurre negli operatori una visione complessiva dei problemi della salute mentale e del servizio, evitando sterili specialismi, permettendo di arricchire reciprocamente pratiche diverse: intervento nella crisi e abilitazione, attenzione ai bisogni quotidiani, potere, affettività, reddito, socialità, rapporti familiari, casa, lavoro, ruoli sociali, ed attitudine all’ascolto. Il programma terapeutico personalizzato si materializza proprio lavorando sul conflitto tra organizzazione del servizio e concretezza dei problemi posti dalla

persona, la flessibilità è possibile solo attraverso il tentativo continuo di lavorare secondo uno stile collettivo, in cui ciascuno possa dare il proprio apporto. La produttività di un tale sistema, produzione di salute, di soggettività, emancipazione, riproduzione sociale, necessita di costanti investimenti, di ricerca di nuove risorse, di capacità di resistere a cali di produttività, ai fallimenti. Il sistema organizzativo viene a trovarsi spesso in condizione di tensione, di incertezza, cercando con intenzionalità nuovi equilibri attraverso i momenti della riconnessione, del cambiamento nella pratica. La posta in gioco rimane la disintegrazione della cronicità, dello stigma. Un dispositivo potente del centro di salute mentale, è la sfida dell’elaborazione del fallimento, la presa di distanza dall’impossibilità. In alcune circostanze è il centro che si disloca, si “ricovera”, è “ospite” nella casa dove la persona attraversa, vive, anche una condizione di crisi, il disagio. E’ il set che si rovescia.

Quindi anche in spazi esteticamente decorosi, belli, funzionali, facilmente attraversabili dagli utenti, dai familiari, da cittadini, da associazioni, per i motivi e bisogni più diversi, il centro di salute mentale, scuola di libertà tra il dentro e il fuori, il contesto, la rete sociale, è tuttavia sempre possibile che si ripresenti la riproduzione della distanza tra operatore e paziente, il non ascolto, l’oggettivazione, la rarefazione dei poteri, l’induzione passiva di inerzie istituzionali: da qui la necessità di rielaborare nell’orizzonte del servizio le contraddizioni, la propria crisi. Spesso la persona immagina il centro di salute mentale come un luogo dove i gradi della libertà possono essere ristretti, simbolicamente rappresenta una minaccia, il rischio di uno stigma, il timore di smarrire la propria identità. Il valore dell’ospitalità del luogo, del clima, della cura delle relazioni, della decostruzione della crisi, del disagio, il luogo dove è possibile scegliere, rappresentare i propri bisogni, non la psichiatria dei luoghi. “I luoghi della psichiatria, i manicomi, sono stati storicamente i luoghi della costruzione e riproduzione della malattia.” Nella quotidianità, si respira si percepisce un campo di tensioni, di contraddizioni, di conflitti, di apparente caoticità, di richieste che fanno correre il rischio della delega, di

istituzionalismi.

Se la storia della psichiatria è la storia dei luoghi, dell’abitare come racconta M.Foucault nella Storia della Follia nell’età classica:

“E’ per l’altro mondo che parte il folle a bordo della sua folle navicella, è dall’altro mondo che arriva quando sbarca. Questa navigazione del pazzo è nello stesso tempo la separazione rigorosa e l’assoluto Passaggio..... il folle viene rinchiuso alle porte della città: la sua esclusione deve racchiuderlo, se egli non può e non deve avere altra prigione che la soglia stessa, lo si trattiene sul luogo di passaggio. E’ posto all’interno dell’esterno e viceversa. Posizione altamente simbolica che resterà senza dubbio sua fino ai nostri giorni, qualora si ammetta che ciò che fu un tempo la fortezza visibile dell’ordine è diventata ora il castello della nostra coscienza. L’acqua e la navigazione hanno davvero questo significato. Prigioniero nella nave da cui non si evade, il folle viene affidato al fiume delle mille braccia, al mare delle mille strade. Egli è prigioniero in mezzo alla più libera, alla più aperta delle strade: solidamente incatenato all’infinito crocevia. E’ il passeggero per eccellenza, cioè il prigioniero del Passaggio”.

Matteo Impagnatiello

architettura e psichiatria in che modo ...

L'estetica di una struttura può condizionare o determinare la scelta di un CSM in particolare da parte di una persona che soffre di disagio mentale?

"La dignità di un luogo, indubbiamente aiuta e dà un contributo preciso a quelle che sono l'accessibilità e l'accettabilità dei luoghi e quindi anche delle terapie, delle cure, dei trattamenti, del discorso stesso di entrare dentro ad un servizio pubblico, che a volte è problematico nel caso della salute mentale.

Benché i luoghi belli siano necessari e fondamentali, credo che nessuno voglia identificarsi con dei luoghi; essi devono conservare un carattere di transitorietà, di nomadismo, quindi un luogo bello ma per i momenti di passaggio, un luogo bello ma non di abitazione, non di stazionamento, non di permanenza, non di contenimento. Con questo non è che voglia negare l'importanza dei luoghi, ma di questi va colta la relatività".

Roberto Mezzina

Quanto gli interni, in relazione agli arredi, ai materiali e ai colori utilizzati possono influenzare la qualità della vita e il decorso di una terapia?

"Ci sono molte scuole di pensiero, ma lascio agli architetti dire cosa sia più carino: ci sono luoghi bianchi che possono essere caldi, o invece asettici, altri colorati che possono essere accoglienti oppure stranianti. Non credo che ci sia la possibilità di definire, ci vuole un progetto, un'idea, e non azzardo a dire che ci sia una relazione diretta che per quanto importante resta una dimensione altamente soggettiva".

Roberto Mezzina

"Certamente la cura dello spazio può contribuire alla cura della persona. Una cubatura sufficiente, ma non eccessiva, l'uso di materiali non facilmente deteriorabili e di colori bilanciati possono rendere meno gravosa la permanenza nelle strutture di accoglienza"

Elisabetta Pascolo

Un luogo con una impostazione istituzionale può comunicare distanza, freddezza, formalismo, burocratismo, separatezza, riduzione all'individuo contro la socialità e l'incontro, frammentazione, medicalizzazione della vita, immobilismo, fino alla possibile persecutorietà e quindi minaccia. Avrà scarsa attrattiva e verrà più facilmente evitato; viceversa, un luogo con una impostazione di accoglienza e di residenzialità può comunicare calore, socialità, spinta vitale, dinamismo, solidarietà, pur nel rispetto della soggettività e della privacy. Quindi la qualità del luogo, dell'edificio, degli arredi e dell'habitat comunica un senso di dignità e di valorizzazione della persona, aumenta l'autostima e il rispetto di sé e dell'ambiente, facilita l'inclusione.

Mario Novello

"Questa domanda la assocerei sempre alla possibilità che uno ha, seppur con un disturbo, seppur in una situazione di crisi, ma che possa soggiornare in una situazione che si avvicina il più possibile, o abbastanza, ad una situazione conosciuta, che può ricordare casa sua se evidentemente è una casa dove una persona può vivere bene. Gli arredi sicuramente sono importanti, a volte possono essere anche personalizzati, come abbiamo cercato di fare e si cerca di fare, soprattutto per quanto riguarda le stanze, i mobili, e quindi penso che sia estremamente importante e le persone lo riconoscono anche, lo apprezzano, e credo che questo possa influenzare la qualità della vita e del soggiorno e anche la voglia di venire a visitare, di accedere a un servizio, ed è anche un discorso terapeutico, favorevolmente ovviamente, 'quanto' è difficile quantificarlo, ma credo sia rilevante".

Athos Michicich

CSM 24 ore

gorizia

ASS N.2 ISONTINA

DSM GORIZIA (p. bertagni)

via vittorio veneto

responsabile del centro di salute mentale:
franco perazza

edificio in corso di progettazione 2009-2010
progettista: starassociati

superficie totale mq 1500
piano seminterrato mq 235
piano terra mq 450
primo piano mq 390
secondo piano mq 450

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 580
ambulatori, operatori e servizi mq 500
utenti - degenza mq 230

Per lungo tempo il parco Basaglia è rimasto in una posizione "marginale" rispetto la vita della città: rimosso come l'esperienza che da qui prese avvio e che si concluse con la chiusura dei manicomi. Da qualche tempo è al centro dell'attenzione di politici, amministratori, operatori della sanità: lo si vuol far diventare una risorsa per tutta la cittadinanza.

La scelta di collocare in questa splendida cornice il nuovo CSM è parte di questo progetto che rappresenta indubbiamente una sfida a connotare il parco in modo nuovo. Un tempo: luogo di emarginazione, esclusione, sofferenza, di "non vita". Nel futuro: luogo di vita, di scambi, di attività, di cultura, di inclusione.

Il CSM assieme alle persone che lo utilizzeranno, ai loro familiari, agli operatori, al privato sociale, alle associazioni di volontariato, ai singoli cittadini, sarà catalizzatore e motore di questa trasformazione.

Franco Perazza

Il Centro di Salute Mentale di Gorizia è in corso di progettazione, attualmente medici operatori e progettisti stanno discutendo sulle distribuzioni funzionali al fine di determinare la fase preliminare.

Un altro confronto avviene con i tecnici della Sovrintendenza ai Monumenti al fine di decidere quanto e cosa conservare dell'impianto originario, considerando che l'edificio, parte dell'ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia, costruito tra il 1905 ed il 1908, ed inaugurato il 16 febbraio 1911, era a suo tempo adibito a cucina centrale.

Il progetto partecipato si sviluppa attraverso incontri settimanali, durante i quali vengono messe a punto le singole parti, ponderate le osservazioni e subito prese le decisioni che nei giorni successivi vanno poi a modificare l'impianto.

Circa quattro/cinque incontri per approfondire i contenuti generali, gli aspetti distributivi ed i ruoli, per proseguire poi nella ricerca dei materiali, le soluzioni impiantistiche e la composizione formale degli spazi. Le riunioni vengono filmate ed a volte registrate per poter alla fine verificare il metodo.

Un esempio abbastanza avanzato, ma non nuovo, di progettazione interdisciplinare:

psichiatri, paramedici, infermieri, architetti, ingegneri, tutti attorno ad un tavolo con planimetrie e modelli. L'edificio non è particolarmente aggraziato, però ha mantenuto intatti i suoi connotati edilizi d'epoca.

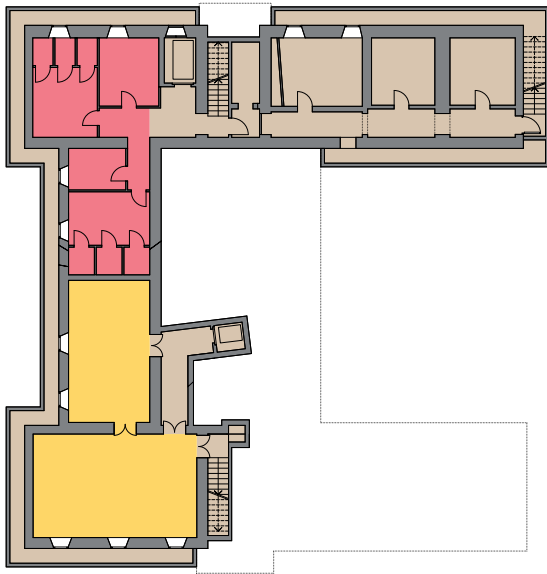
All'interno gli spazi sono cadenzati in modo regolare lungo due ali parallele che convergono su uno spazio centrale a doppia altezza di un certo impatto. I particolari delle finiture dei serramenti delle scale, delle lattonerie, ma anche delle carpenterie in legno ed in ferro, denotano maestrie e professionalità oggi scomparse e per questo ricercate.

L'edificio si trova quasi al centro dell'impianto storico dell'ospedale e si raggiunge attraversando un parco suggestivo per le notevoli alberature ad alto fusto.

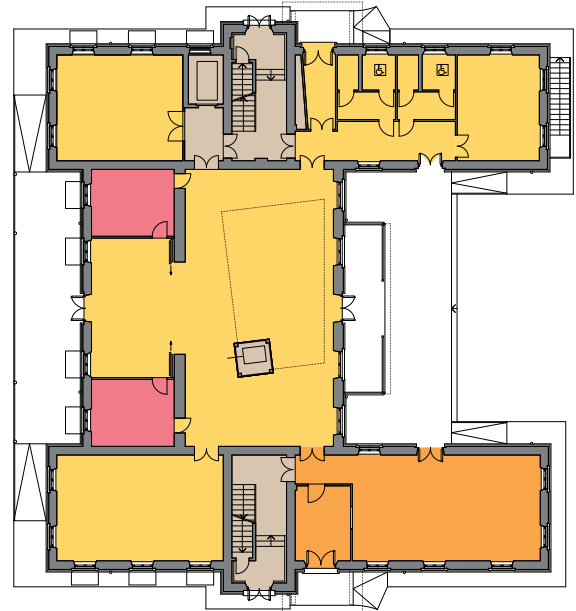
E' previsto che la progettazione si concluda nei prossimi mesi, e che entro l'anno si dia inizio ai lavori di risanamento.

starassociati





piano seminterrato



piano terra



piano primo



piano secondo

- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristorante
- farmacia
- connettivo e vani tecnici



4



5



6

CSM 24 ore monfalcone

ASS N.2 ISONTINA
DSM GORIZIA (p. bertagni)

via romana 94

tel. 0481793909

csm.bassoisontina@ass2.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
pierpaolo mazzuia

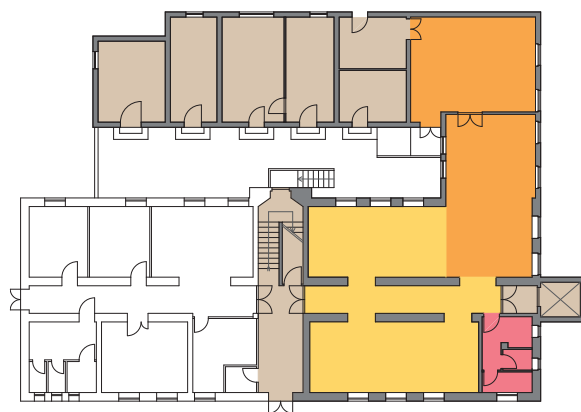
numero totale operatori: 40

bacino di utenza 9 comuni:
70.000 persone
numero medio utenti:
900 all'anno

edificio ristrutturato nel 2002
progettista: antonio villas

superficie totale mq 1075
piano terra mq 350
primo piano mq 410
secondo piano mq 315

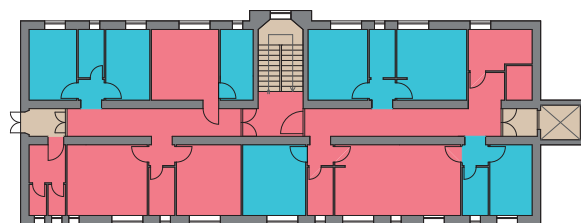
superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 190
ambulatori, operatori e servizi mq 510
utenti - degenza mq 320



piano terra



piano primo



piano secondo

- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici

Il Centro di Salute Mentale del Basso Isontino (CSM BI) ha iniziato la sua attività nel 1982 come ambulatorio territoriale dell'Ospedale Psichiatrico, si è spostato quindi nella sede dell'ospedale di San Polo nel 1992 ed infine nella attuale sede di via Romana 94 nell'ottobre 2000.

Dal luglio 2003 il Centro ha aperto la propria funzione di accoglienza sulle 24 ore e questo fondamentale passaggio ne ha trasformato progressivamente le funzioni e la filosofia. Il C.S.M. del Basso Isontino si caratterizza come un luogo d'incontro e di scambio, di ospitalità e di socialità, offrendo prestazioni, interventi e programmi sia per gli utenti che per i familiari.

Il CSM è attivo sulle 24 ore, con 6 posti letto per l'ospitalità diurna e notturna; svolge attività ambulatoriale e domiciliare, attività di day-hospital e di comunità diurna, accogliendo domande molto diversificate da parte di un territorio non omogeneo.

L'attività sulle 24 ore permette un'accoglienza, un'assistenza e una vicinanza alla persona che si trova in una fase critica della sua vita, garantendo continuità terapeutica ed una migliore definizione del percorso terapeutico successivo anche attraverso uno stretto rapporto con le famiglie e con il contesto di provenienza.

Il Centro di Salute Mentale ha sviluppato al suo interno uno spazio di comunità diurna che sviluppa attività ri-abilitative individuali e di gruppo, laboratori finalizzati, attività ricreative.



Pierpaolo Mazzuia



architettura e psichiatria i luoghi ... il contesto ...

Esistono luoghi che maggiormente determinano il formarsi, il perdurare e il peggiorare dei disturbi mentali? E se sì, come potrebbero essere i luoghi della prevenzione?

“Sono gli istituti per eccellenza, e ogni luogo dove il tempo, le abitudini, gli atti si ripetono, possono diventare disagio”.

Tiziana Gon

Questi spazi che sono indubbiamente dei luoghi che hanno questa doppia qualità, perché poi il servizio di salute mentale del territorio ha indubbiamente questa utopia dell'accoglienza, di confini permeabili, e poi c'è un background dentro dove ci dovrebbe essere una dimensione di interno, che aiuta le persone a ritrovare un ambiente di maggiore tranquillità possibile, di vicinanza con gli operatori, tranquillità in un periodo di crisi particolare o anche di frequentatori quotidiani che vengono al servizio ma che non sono esposti come dentro una vetrina, nessuno vorrebbe stare dentro ad un luogo totalmente trasparente. E allora questa dimensione è ibrida.

Roberto Mezzina

“Luogo della prevenzione” è una parola un po' difficile perché credo che lavorare per la prevenzione non sia facile, perché credo che bisogna conoscere bene il territorio in cui si lavora, avere dati, informazioni, conoscere i servizi che operano in quel territorio, dove noi operiamo, servizi che possono essere di tipo istituzionale come anche no, ad esempio le associazioni di volontariato, la parrocchia, ecc. Come potrebbero essere i luoghi? Credo che sarebbe importante sentire determinati soggetti, proprio magari quei soggetti che hanno provato ad essere ricoverati invece in luoghi totalmente diversi e che quindi hanno vissuto sulla loro pelle quello che significa la chiusura, l'internamento, la porta chiusa, il fatto di essere contenuti fisicamente. I luoghi di prevenzione possono essere luoghi in cui le persone, quelle che maggiormente sono in grado e quelle che possono essere aiutati si possano raccogliere per vedersi e parlare tra di loro, e questo può esser fatto nelle strutture cosiddette psichiatriche o psichiatriche del DSM, ma anche in luoghi diversi, come già accade nei nostri servizi, e che sicuramente possono essere molto diversi da quello che può essere un bel centro di salute mentale, funzionale anche”.

Athos Michicich

La cura dello spazio può interagire con la cura del malato? O l'oggettiva qualità dello spazio, in tutte le sue possibili determinazioni, è troppo lontana per interferire positivamente anche solo con l'involucro della soggettività?

“La persona, sana o malata è immersa nello spazio e nel tempo. Il disagio psichico a volte modifica il vissuto spazio-temporale per cui, al di là degli specifici interventi terapeutici (farmaci, colloqui, holding, accompagnamento), la cura dello spazio può contribuire ad accelerare il processo di guarigione”.

Elisabetta Pascolo

“Decisamente sì, e credo che questo attiene anche agli atteggiamenti che noi abbiamo, cioè se noi abbiamo un atteggiamento di cura dello spazio, dell'ambiente, di rispetto del bello, vuol dire anche che noi stiamo accettando una situazione. Studi sociologici hanno dimostrato che l'aspetto sociale dipende dai luoghi che creano, costruiscono culture”.

Roberto Mezzina

i luoghi ... il contesto ...

Risulta preferibile un CSM estraniante (tipo villa nel bosco) oppure una struttura inserita nel contesto urbano più prossimo ai luoghi abituali del paziente?

“Credo che, per quanto riguarda la mia esperienza, nella maggior parte dei casi, delle situazioni, delle persone che noi vediamo e abbiamo in carico, credo sia preferibile avere una struttura che sia inserita nel contesto urbano, non necessariamente il più prossimo all’abitazione del paziente; un CSM estraniante non lo vedrei, a volte ci potrebbe essere la necessità di staccare, di allontanare temporaneamente una persona o un gruppo di persone dal contesto urbano su un progetto definito, terapeutico che richiede anche questo contesto, ma non lo vedrei come servizio tout-court”.

Athos Michicich

“La struttura deve essere nel contesto urbano, servita da mezzi pubblici, vicina al luogo di vita quotidiano, luogo di scambio, di parola e di relazione. Quando ero bambina mia nonna mi portava al mercato coperto di Barriera, in quel posto tante persone si incontravano si scambiavano saluti, camminavano anche al piano superiore lungo una passeggiata a chiocciola. Tanti anni dopo ero a New York e sono andata al Guggenheim Museum ho ritrovato la chiocciola e mi sono ricordata della nonna, oggi questo ricordo dell’infanzia però mi suggerisce sempre il grande significato dell’incontro e della relazione”.

Tiziana Gon

“Il CSM per definizione deve essere vicino ai luoghi abituali di vita delle persone. Altre strutture dipartimentali come centri diurni e laboratori possono giovare di una collocazione in ambiti decentrati e in mezzo al verde”.

Elisabetta Pascolo

Gli psichiatri, se vogliono fare i sofisticati, diranno che un luogo tranquillo e a bassa stimolazione sociale, in un contesto ambientale naturale aiuta persone che sono in una situazione di maggior confusione e caos mentale, altri diranno invece il contrario, spesso c’è la necessità di contrastare la de-socializzazione, lo stare da soli, chiusi nel proprio io, nei propri spazi di vita.

Il CSM è un luogo assolutamente popolato, bisogna evitare di pensare che ci sia un posto dove tutto avviene dentro, la gente non ci sta più di tanto, vuole andar fuori, comunque uscirà e rientrerà, andrà a fare delle cose, ora se trova delle cose da fare intorno, se trova delle situazioni, a volte delle piccole relazioni, dei luoghi interessanti, è più accettato, più vissuto, perché è integrato con il tessuto circostante.

Roberto Mezzina

CSM 24 ore

udine

ASS N. 4 MEDIO FRIULI
DSM MEDIO FRIULI (m. novello)

via pozzuolo 330

tel. 04432806655

csm.udsud@ass4.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
mario novello

numero totale operatori: 36

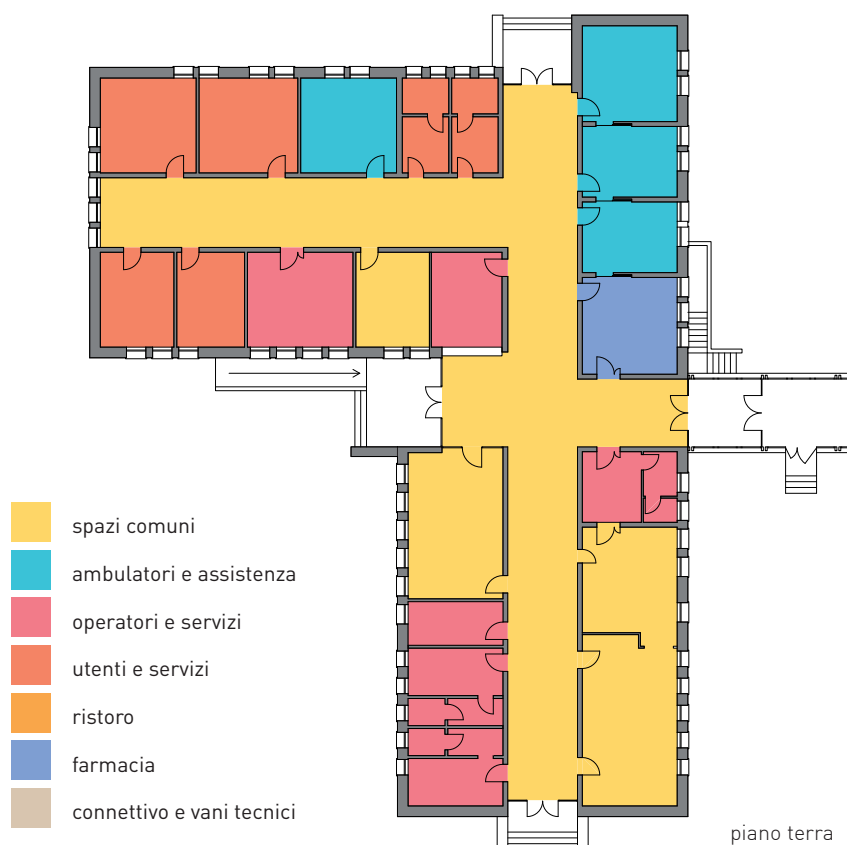
bacino di utenza 6 comuni:
67.000 persone

numero medio utenti:
550 nel 2008

edificio del 1972

superficie totale mq 750

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 380
ambulatori, operatori e servizi mq 230
utenti - degenza mq 110



L'edificio in cui si trova il C.S.M. di Udine Sud è stato costruito nel 1972, dopo che la L. 431/68 aveva previsto la possibilità di richiedere e di ricevere le cure in modo volontario, aprendo una prima breccia nella L.36/1904 che aveva fondato i manicomi e che sanciva l'internamento degli "alienati" nella competenza del Ministero degli Interni (Polizia, Ordine pubblico).

Costruito al margine del parco dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale (O.P.P.), prossimo alla strada ovvero quasi all'esterno del recinto di chiusura, costituiva la parte ambulatoriale di un complesso che accoglieva persone in regime di ricovero volontario, divenuto tuttavia per molti l'anticamera di uno nuovo internamento, dopo la L.180/78 senza regole. L'ambulatorio veniva chiamato Dispensario o C.I.M. e vi venivano praticati esami strumentali come gli Elettroencefalogrammi (EEG) e/o test psicologici per minori e adulti, oltre che visite mediche e psicologiche.

Dalla fine degli anni '80 ha progressivamente assunto le funzioni di un Centro di Salute Mentale e, nella nuova fase di sviluppo dei Servizi di Salute Mentale territoriali e di chiusura dell'ex O.P.P., si è progressivamente trasformato in un C.S.M. aperto nelle 24 ore alla fine del 1999.

E' stato il primo C.S.M. 24 ore della Provincia di Udine, iniziando a dimostrare le potenzialità del nuovo strumento e sciogliendo molte riserve mentali. La sua collocazione al margine del parco del "manicomio" simboleggia la tensione dell'uscita dalla realtà manicomiale, ma solo per chi la vede dall'interno. Per molti cittadini, invece, tale sua collocazione costituisce ancora un grave limite, che provoca resistenze, perché è nello spazio del "manicomio" anche adesso che il manicomio non c'è più e nonostante che le operatrici e gli operatori compiano ogni sforzo per attuare pratiche non manicomiali. Ma lo stigma è lo stigma.

Mario Novello



CSM 24 ore tolmezzo

ASS N.3 ALTO FRIULI

DSM ALTO FRIULI (m. asquini)

via bonanni 2

tel. 043344366 - 043343583
dsm.to@ass3.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
tiziana gon

numero totale operatori: 20

bacino di utenza distretto 2 – 26 comuni:
40.000 persone
numero medio utenti:
50 al giorno

edificio del 1987-89

superficie totale mq 1000
piano terra mq 500
primo piano mq 500

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 130
ambulatori, operatori e servizi mq 230
utenti – degenza mq 140



Prima del 1976 in Carnia un medico psichiatra veniva da UD per visite ambulatoriali, una volta la settimana.

La Provincia durante l'emergenza terremoto ha messo a disposizione delle risorse. Nel 1977 si apre un CIM in un appartamento, ma si comincia a pensare ad altri spazi. Nel 1985 si apre un Centro Diurno in un prefabbricato del terremoto, offrendo spazi di collettività e di incontro.

Ricorda un' operatrice " Nel 1986-87 s'incontravano lo psichiatra di quel tempo, il dott. C. Feruglio e l'ing. E. Durigon, così l'architettura incontrò la psichiatria in questa terra. Discutevano sulle planimetrie, come usare gli spazi e quali sarebbero stati gli spazi di un CSM, incluso nel territorio urbano di una piccola comunità montana".

L'edificio è sviluppato in tutta la sua lunghezza possibile, con un giardino grande, un piano rialzato con tetto spiovente. Gli spazi interni ampi, molto luminosi e l'uso di colore (verde e bianco) ha dato alla costruzione la possibilità di inserirsi bene nel contesto ambientale circostante. L'entrata è uno spazio ampio e accogliente da cui si sviluppano due corridoi grandi e luminosi che conducono da un lato agli studi degli operatori e dall'altro agli spazi della residenzialità diurna e notturna. Dall'area dedicata al centro diurno si accede ad un giardino godibile. Il tetto è stato progettato con un gioco di spazio pieno e libero affinché la luce entri ed illumini tutti gli ambienti dell'intera costruzione.





CSM 24 ore san daniele

ASS N.4 MEDIO FRIULI
DSM MEDIO FRIULI (m. novello)
viale trento e trieste 2

tel. 0432949750
csm.sandaniele@ass4.sanita.fvg.it

responsabile del centro di salute mentale:
daniela righini

numero totale operatori: 36

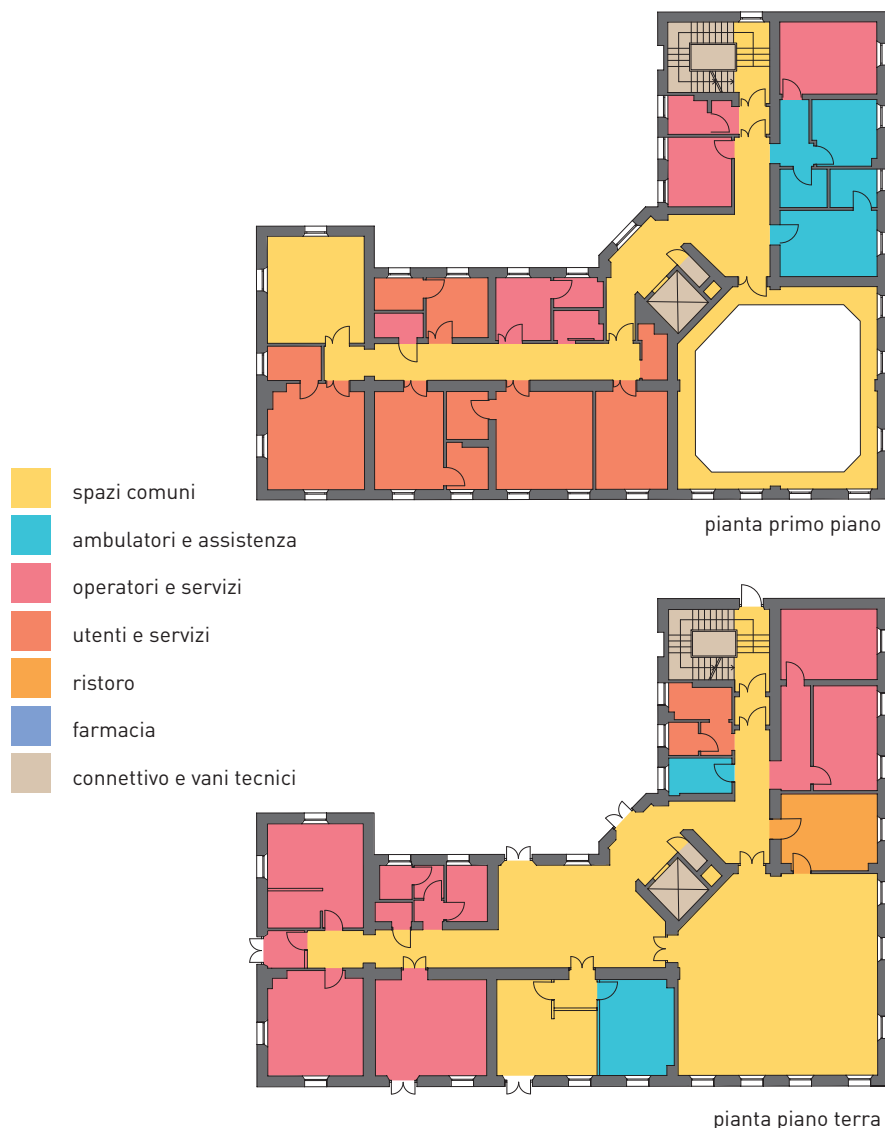
bacino di utenza – 14 comuni:
50.000 persone

numero medio utenti:
45 al giorno

edificio ristrutturato nel 2007-08
progettista: fortunato

superficie totale mq 960
piano terra mq 480
primo piano mq 480

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 350
ambulatori, operatori e servizi mq 270
utenti – degenza mq 130



Ormai nessuno ricorda che nell'attuale comprensorio di San Daniele del Friuli fino a non molti anni fa c'era un manicomio vero e proprio, una delle cinque succursali del Manicomio di Udine.

Ora il comprensorio si caratterizza per la presenza dell'Ospedale Civile e per la con-presenza di una rinnovata Casa di Riposo che ricorda gli inestricabili rapporti tra Medicina e Sociale.

Il significato della scelta è stato colto pienamente da tutte le persone che vi si rivolgono con miglioramento dell'autostima e della percezione di sé. Senza enfasi ma è stato un movimento reale.

Al primo piano vi sono 4 camere a due letti, tutte con bagno, spaziose, luminose e con vista, una camera singola con analoghe caratteristiche e una saletta di soggiorno, configurandosi la parte notte come uno spazio riservato, quasi un appartamento a se stante nell'edificio. Ma per lo più le persone preferiscono stare con gli altri al piano terra.

Vi sono anche alcuni ambulatori per colloqui e visite.

La collocazione del C.S.M. ai margini di un comprensorio ospedaliero e di residenzialità istituzionale per anziani delinea un suo profilo molto delicato e specifico al tempo stesso e ne configura la funzione di ponte tra il mondo ospedaliero, per lo più staccato dal territorio e venato di dinamiche istituzionali, ed il mondo del territorio, della vita e delle relazioni, della comunità.

Questa è la sfida.

Mario Novello



architettura e psichiatria

la città ... gli edifici ...

Quale ricucitura tra i luoghi della cura psichica – i CSM – e il tessuto sociale?

“Penso assolutamente di sì, penso che quello che si sta facendo, seppur in maniera molto faticosa, penso che sia una cosa assolutamente necessaria, indispensabile direi come altre azioni, atti che noi facciamo, proprio perché la persona appartiene alla comunità, e noi apparteniamo alla comunità e la comunità appartiene a noi; quindi un lavoro di vario tipo, che comunque viene svolto anche da vari soggetti, da varie associazioni, da vari enti anche a Trieste, è estremamente utile, e credo che non basti mai. Dare, svolgere soprattutto informazioni, rendere sempre visibile quello che noi facciamo è estremamente importante, e proprio per avere una risposta anche

migliore da parte di chi poi può avere bisogno di noi, e per far cadere tutta una serie di tabù che ancora purtroppo persistono, un po' di etichettature facili che ancora, malgrado il lavoro enorme che si sia fatto, continuano a persistere”.

Athos Michicich

“La ricucitura è possibile se le due “stoffe” non sono troppo diverse, cioè quanto più la struttura psichiatrica ha caratteristiche “medicali”, tanto meno può essere considerata vicina all’esperienza quotidiana dei pazienti”.

Elisabetta Pascolo

Come integrare i vecchi manicomi, vere città nelle città, rimasti muti testimoni di sofferenze e privazioni, nelle nuove dinamiche urbane, e soprattutto nell'immaginario collettivo?

“Credo qua si intendano i vecchi manicomi rimasti vuoti, perché se evidentemente non sono rimasti vuoti non debbono essere integrati, ma bisogna svolgervi un lavoro all'interno; anche quelli vuoti, abbandonati, vere città nelle città, credo possano essere integrati nel contesto urbano, ma hanno bisogno evidentemente di essere rivissuti in maniera totalmente diversa, come è appunto stata questa esperienza in Sardegna e come continua ad avvenire, in un continuo cambiamento e miglioramento nel Comprensorio di San Giovanni, che ha anche una bellissima storia”.

Athos Michicich

“Credo che non vadano demoliti, non vanno cancellati, ma riscoperti come ALTRO LUOGO.

Il riutilizzo permette il riscatto a tanti soprusi, si trasforma un luogo di sopraffazione e violenza magari in luogo di libertà e di parola”.

Tiziana Gon

“L'integrazione può realizzarsi meglio se la destinazione d'uso si allontana il più possibile da quella originaria, favorendo la sua inclusione nella attività produttive e ricreative della comunità”.

Elisabetta Pascolo

la città ... gli edifici ...

L'architettura contemporanea può contribuire a migliorare la terapia dei disturbi mentali, in uno scambio di competenze disciplinari tra la progettazione architettonica e la psichiatria?

"Sicuramente sì: le emozioni abitano i luoghi, sono mondi diversi, un incontro tra la matita dell'architetto e le strade dell'animo".

Tiziana Gon

"Credo che ci sia e ci debba essere uno scambio di competenze fra progettazione architettonica e chi si occupa di salute mentale, non necessariamente di chi fa psichiatria in senso stretto; e credo che il travaso sia fondamentalmente monodirezionale, nel senso che è l'architettura che può aiutare la psichiatria, forse la psichiatria può aiutare un po' meno l'architettura. Penso che il problema sia quello di costruire delle cornici, delle situazioni di luoghi più che quella di intervenire con degli strumenti specifici di terapia ambientale".

Roberto Mezzina

"Sì, se la configurazione degli spazi in cui viene svolta l'attività tiene conto dei vissuti emozionali e percettivi di chi presenta le diverse forme in cui può articolarsi la sofferenza mentale".

Elisabetta Pascolo

Quale potrebbe essere uno stadio avanzato / concetto nell'evoluzione dei CSM ?

"Un laboratorio della mente e dei pensieri. Con spazi dedicati alla necessità di regressione durante la crisi e spazi di vita nell'integrazione di relazioni quotidiane. In uno spazio comodo, con possibilità di libero movimento, moderno".

Tiziana Gon

"Credo che potrebbe andare anche bene raccogliere e non solo sentire.. magari per caso anche, i commenti di pazienti e familiari, in maniera

Tutta l'epopea dei manicomi è stata tradotta in realtà dagli architetti. Ma già nell'Ottocento qualcuno aveva capito l'errore e affermava che le persone con disturbi mentali potevano essere curate in "case" normali, inserite nel contesto urbano, vicino alle famiglie e alle loro case.

Mario Novello

"Risponderei di sì, anche perché credo si allacci al discorso che ho fatto prima, nella presentazione breve, sintetica del nostro servizio. Credo che appunto una struttura con determinate caratteristiche che possa osservare anche alcune caratteristiche che possono avere le persone, anche quelle che non hanno disturbo, e che quindi tengono conto di quella che può essere una vita normale all'interno di una struttura che debba essere accogliente sia importante da rispettare da parte di chi pensa di costruire, allestire una struttura, dal punto di vista architettonico, per persone che hanno problemi di salute mentale".

Athos Michicich

costruttiva, quello che loro pensano, per avere un'opinione più presente che può dar adito anche ad una discussione. Credo che più volte noi dobbiamo avere una relazione terapeutica non solo propriamente come tale, ma anche come poter avere un'opinione dalle persone che hanno un disturbo e che sono seguite dal servizio di salute mentale, proprio anche rispetto a questo, agli spazi, ai luoghi".

Athos Michicich

CSM 24 ore monteclaro

ASS N. 8 CAGLIARI
DSM CAGLIARI

via romagna 16

tel. 07047443439

responsabile del centro di salute mentale:
paolo laddomada

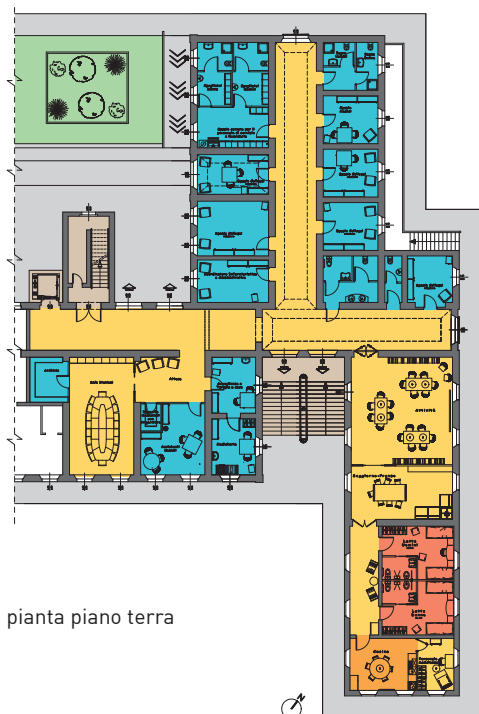
numero totale operatori: 37

bacino di utenza :
100.000 persone
numero medio utenti:
circa 3.000 all'anno

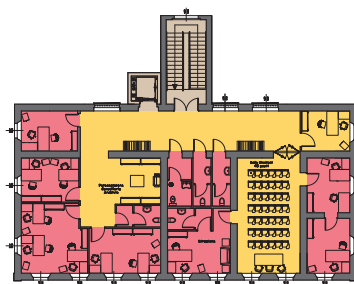
edificio ristrutturato nel 2007
progettista: alberto lixi

superficie totale mq 1000
piano terra mq 740
primo piano mq 320

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 475
ambulatori, operatori e servizi mq 365
utenti - degenza mq 40



pianta piano terra



- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici



All'interno di un comparto urbano, ormai riconosciuto come parco, l'Azienda Sanitaria locale ha provveduto all'avvio di un grande progetto di riuso dei padiglioni che un tempo costituivano il manicomio per destinarli a cittadella della salute. La grande attenzione mostrata negli ultimi anni nei confronti della salute mentale ha fatto sì che, in corso d'opera, due padiglioni venissero destinati al Dipartimento di Salute Mentale per sede propria e per la realizzazione di un CSM. quindi non solo recupero architettonico ma anche delle funzioni che, reinterpretate secondo gli indirizzi avuti, si propongono per un riuso e risarcimento dei medesimi luoghi, un tempo custodi di drammi e sofferenze. Al bianco e nero, triste memoria del manicomio, si contrappone colore e parco urbano. Alla tristezza dell'isolamento, con muri e recinzioni, la restituzione di viali e piante alla cittadinanza. L'intervento è stato mirato principalmente verso la ricerca di uno spazio consono alla realizzazione di un csm e delle sue funzioni di servizio al territorio durante le 24 ore. La grande quantità di spazio ha consentito di ritagliare un'ampia zona destinata al dipartimento articolata in spazi per i medici, incontri, servizi e per il personale. Forte la relazione con gli spazi esterni sistemati a parco ed interfacciati al contesto urbano. Un'ampia area del padiglione è stata ritagliata per la realizzazione di laboratori coordinati e funzionali alla terapia riabilitativa, adeguatamente integrata dai servizi igienici e direttamente accessibile dall'esterno ed intimamente connessa a spazi destinati a cooperative sociali, volontariato ed associazioni di familiari. L'ala più riservata dei due padiglioni è stata destinata al CSM collegato al dipartimento mediante una grande sala attività ed incontri av servizio delle due funzioni operative. attraverso un soggiorno, con ampia apertura sulla grande sala, si accede ad una zona più riservata destinata ad accogliere due grandi camere doppie ciascuna servita da bagno. per giungere infine ad uno spazioso tinello con angolo cottura che si affaccia sul parco e sulla città, si propone come spazio polivalente anche in funzione dell'intimo collegamento con la stanza dell'assistenza.

CSM 24 ore
capua
ASL CASERTA 2
via fieramosca 18
tel. 0823 622970

responsabile del centro di salute mentale:
aldo mariano

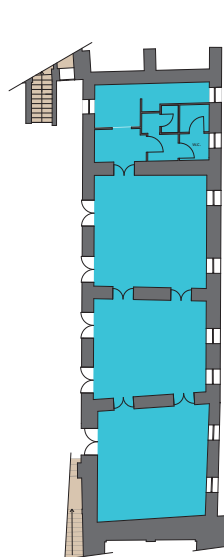
numero totale operatori: 363

bacino di utenza 14 comuni:
87.836 persone

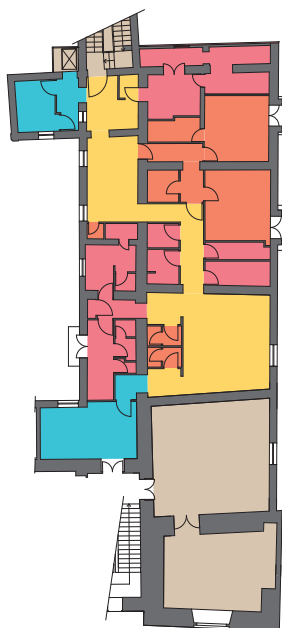
edificio ristrutturato nel 2002 - 2004
progettista: antonio villas

superficie totale mq 640
piano terra: mq 140
piano primo: mq 280
piano secondo: mq 220

superficie destinata alle singole attività:
spazi comuni mq 234
ambulatori, operatori e servizi mq 266
utenti - degenza mq 42

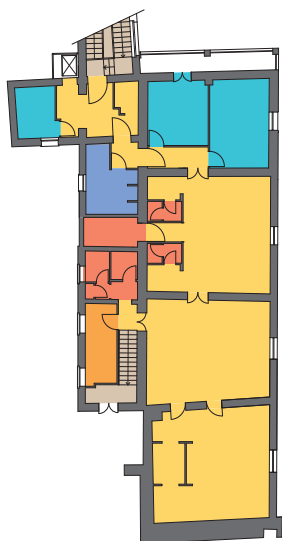


pianta piano terra



pianta primo piano

- spazi comuni
- ambulatori e assistenza
- operatori e servizi
- utenti e servizi
- ristoro
- farmacia
- connettivo e vani tecnici



pianta secondo piano

Ristrutturata radicalmente una parte del palazzo che fu di Ettore Fieramosca a Capua. Il CSM di Capua, dedicato a Franca Ongaro Basaglia dal presidente Antonio Bassolino, alla sua inaugurazione sbalordì il pubblico per la sua straordinaria bellezza.



CSM 24 ore
 aversa
 ASL CASERTA 2
 piazza magenta

tel. 081 5020987
 dip.salutementale@aslcaserta2.it

responsabile del centro di salute mentale:
 tiziana celani

numero totale operatori: 21
 bacino di utenza:
 139.366 persone
 numero medio utenti: 60 - 70 al giorno

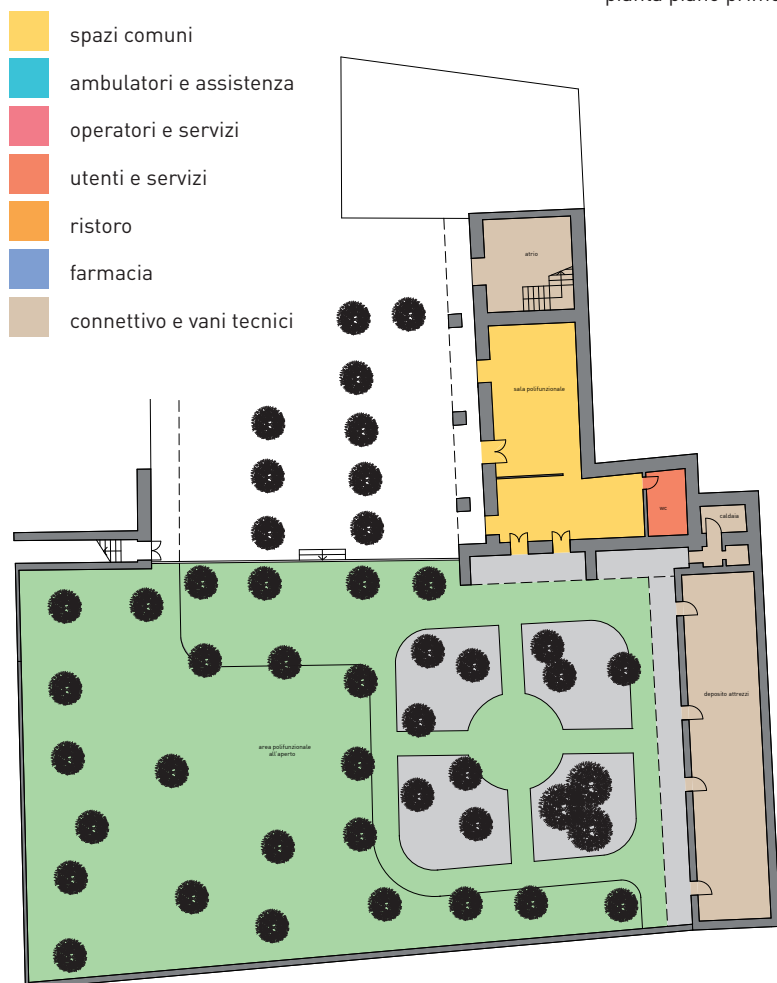
edificio ristrutturato nel 2002 - 2004
 progettista: antonio villas

superficie totale mq 650 + mq 850 giardino
 piano terra: mq 200
 piano primo: mq 450

superficie destinata alle singole attività:
 spazi comuni mq 210
 ambulatori, operatori e servizi mq 130
 utenti - degenza mq 60



pianta piano primo



pianta piano terra

Nel giro di due anni, tra il 2002 e il 2004, nell'Azienda Sanitaria Caserta 2 furono realizzati quattro Centri di Salute Mentale ad Aversa, Capua, San Cipriano e Mondragone. Sono le terre attorno a "Gomorra". Fu possibile realizzarli in poco tempo, così come allestire cooperative sociali, un servizio ospedaliero aperto ad Aversa e a Sessa Aurunca, appartamenti protetti e così via. A riprova che in Campania, se si vuole si può. Si può più che altrove. Sono frutto di nuove edificazioni il CSM di San Cipriano e quello di Mondragone.





da un'idea di
beppe dell'acqua
roberto dambrosi

coordinamento
SANMICHELE11 -
uno spazio per
l'architettura
info@sanmichele11.org
<http://www.sanmichele11.org>

organizzazione
barbara brusoni

editing
matteo bartoli
barbara brusoni

progetto grafico
matteo bartoli
štefan grgič

foto
štefan grgič

allestimento
roberto dambrosi
sergej zagniboroda
barbara brusoni
štefan grgič

si ringraziano
giuseppe dell'acqua
franco rotelli
giancarlo carena
roberto mezzina
elisabetta pascolo
tiziana gon
athos michicich
daniela righini
matteo impagnatiello
pasquale evaristo
mauro asquini
mario novello
paolo bertagni
franco perazza
pierpaolo mazzuia
alberto lixi
alberto russignan
paolo massaria
arturo rippa

e tutti coloro che hanno contribuito
al buon esito della mostra



