

Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie

La storia dell'architettura manicomiale offre fin dalla sua nascita un cospicuo materiale di lettura che, soprattutto dagli anni sessanta del secolo scorso, è stato variamente recepito e sistematizzato senza dare luogo, tuttavia, a tentativi di sintesi quanto mai necessarie. Se il tema rilevante dello spazio della follia costituisce, se non un dato costante, almeno un sistema con un numero relativamente limitato di variabili, il tipo e la qualità delle relazioni tra l'ospedale psichiatrico e il contesto territoriale di riferimento e, non ultimo, il carattere perpetuamente aperto, quasi non-finito, di molti complessi psichiatrici, contribuiscono invece a restituire una realtà sempre parziale e transitoria. Tutto ciò favorisce un approccio analitico, attento a scoprire l'unicità dei casi di studio, ma è evidente che esistono dei condizionamenti generali da cui i diversi complessi psichiatrici della nostra nazione non sfuggono.

Ci si è limitati, in questa sede, a cogliere delle tendenze, a circoscrivere dei fenomeni e a eleggere alcuni temi o campi di relazioni suscettibili di esplicitare un metodo specifico per l'analisi delle vicende urbanistiche dei complessi manicomiali. Con riferimento agli istituti per il ricovero e la cura degli alienati costruiti negli ultimi due secoli nei maggiori centri della nazione, si è cercato di inquadrare il tema, da un lato, nella storia delle idee che presiedono alla costruzione e organizzazione dei manicomi e, dall'altro, nella più generale storia della città, puntando l'attenzione sulle strategie localizzative, sull'influenza delle teorie igieniste, sulle fasi di espansione urbana in rapporto a quelle di consolidamento e stratificazione dei manicomi, sul destino degli ospedali psichiatrici di fronte ai mutamenti del contesto sociale e dei modi d'uso della città nel secondo Novecento.

Il sito, l'igiene ambientale

Gli studiosi che, dalla fine del Settecento, si sono occupati di architettura manicomiale, fanno solo un rapido cenno alla posizione delle strutture di ricovero degli alienati nello spazio urbano. Il più delle volte si tratta di un breve richiamo alla perifericità di tali complessi rispetto al "cuore

della città", quasi che la localizzazione a debita distanza o sul limite dell'abitato, talvolta dirimpetto alle mura e nei pressi di un'antica porta urbana, sia di per sé un carattere distintivo e perfino logico, delle architetture della segregazione. Segregare, d'altronde, significa tenere lontano dagli altri, da tutti coloro che non possono essere riconosciuti né come "mentecatti poveri" né, soprattutto, come derelitti inclini a dare "pubblico scandalo" e a turbare la quiete pubblica.

La scarsa attenzione riservata al tema dei rapporti tra il manicomio e la città sembra il riflesso stesso della concezione totalizzante di un'istituzione asservita a un centro di autorità, rappresentato dall'alloggio del medico-direttore. Un'impostazione, questa, che ha condizionato l'interpretazione di tali impianti, orientandone la lettura dall'esterno verso il nucleo interno della medicina e dell'amministrazione. Da Esquirol in poi, la rinuncia al contatto sociale si ripercuote sulle concezioni spaziali della cura degli alienati. È il principio dell'isolamento del folle, in effetti, a dettare la scelta del sito e a imporre un confronto a distanza, tra manicomio e città che, tanto nella precettistica dei medici quanto nella manualistica tecnica a uso di ingegneri e architetti, finisce per restare sempre sullo sfondo, recitando un ruolo in apparenza marginale.

Nelle foto di fine Ottocento e dei primi anni del Novecento, scattate dall'interno del Manicomio provinciale di Santa Croce a Macerata e del San Niccolò di Siena, la città resta sullo sfondo, come immagine ricca di simboli e valori figurativi che partecipa, con le ridenti collinette e le vaste pianure che si stagliano all'orizzonte, della bellezza pittoresca di un paesaggio da cartolina. Riecheggiano, in queste immagini, le descrizioni di manicomi come quello di Verona, "nella zona piana dell'alto Agro Veronese, a 3 km a sud della città, il cui ampio panorama sul fondo ridente e pittoresco dei colli si ammira liberamente dai punti elevati dei giardini e dell'annoso parco", del Sant'Onofrio di Roma, un "grande villaggio" da cui si gode un panorama "grandioso: di Roma è visibile l'eccelsa cupola di S. Pietro e di fronte la vista corre libera al mare, con bellissimi orizzonti

Gerardo Doti

1. Pesaro, Manicomio provinciale San Benedetto. Il fronte principale sulla strada del Corso in una veduta di Romolo Liverani, c. 1835-1853. BC Fo, Raccolte Piancastelli



ti” o quello di Udine, “dove il malato si sente in contatto ancora col suo paese, vede la torre, il castello, i comignoli della piccola capitale del Friuli, vede la imponente cerchia delle Alpi, gli sorridono i colli tempestati di case, di ville, di chiese, e ad oriente pel piano immenso degradante spinge lo sguardo fino al mare. Non è più la sequestrazione, il distacco completo dalla vita”². Dopo Esquirol, e la sua descrizione del sito di Charenton come luogo capace di riassumere tutte le qualità che al tempo erano richieste per impiantare un moderno ospizio di cura per gli alienati³, lo sguardo dal manicomio verso la città e il paesaggio non fa registrare sensibili cambiamenti.

L'efficacia del trattamento morale dell'alienato da parte dell'alienista è, del resto, tanto più efficace quanto più il luogo è isolato. Perfino nei casi di manicomi urbani, la scelta del sito è dettata dalla posizione appartata, rivolta verso la campagna, sul margine della città, quasi sempre a ridosso della linea delle fortificazioni e nelle strette vicinanze di una porta urbana (Torino, Piacenza, Bologna, Ferrara, Pesaro). Aree dove vi sia una notevole disponibilità di acque di falda e, soprattutto, un'ampia superficie da coprire dividendo comodamente i pazienti in base al tipo e all'entità della loro malattia e predisponendo appositi spazi per la ricreazione e il passeggio. Philippe Pinel auspica un'ampia superficie disponibile e, per conseguenza, vasti complessi, poiché

solo in questi casi i malati possono sentirsi liberi di muoversi a proprio piacimento. L'illustre alienista francese non nasconde, tuttavia, che si tratta di una pura illusione. E non certo per l'assenza di muri di recinzione o di inferriate, ma proprio per la notevole estensione degli spazi aperti in forza dei quali il manicomio finisce per essere, nei fatti, un insediamento dai limiti virtualmente invalicabili⁴. L'estensione della superficie, quindi, oltre che un mezzo per risolvere artificialmente la dicotomia isolamento-libertà, è una delle condizioni prime nella scelta del sito già nelle teorizzazioni di inizio Ottocento.

Gli aspetti ambientali, che occupano un posto centrale nelle riflessioni dei medici e degli scienziati già nella seconda metà del Settecento, finiranno per costituire un fondamento dottrinario duraturo. Agli albori della scienza psichiatrica, i criteri progettuali per la scelta di un sito da destinarsi alla realizzazione di un moderno ospizio di cura dei folli sono chiari e largamente condivisi. Un'esposizione delle stanze di degenza preferibilmente a sud, ampie corti, lunghe passeggiate fiancheggiate da alberi che diano tutta l'ombra che si desidera in ogni luogo, vasti e ridenti giardini, una natura varia e ricca e, naturalmente, superficie a sufficienza per distanziare i corpi di fabbrica, facilitare il rinnovamento dell'aria e procurare ai malati una maggiore quantità di luce: è tutto quanto si richiede a un sito perché sia per-



2. *Veduta generale Istituto Neuropsichiatrico S. Lazzaro Reggio Emilia*. San Lazzaro, Museo degli strumenti di contenzione, dipinto non datato, c. 1914-29



3. Perugia, Manicomio provinciale Santa Margherita. La sezione maschile vista dal padiglione Bonucci in una foto degli anni venti del Novecento, da Rotondi 1995

4. Siena, Manicomio di San Niccolò. Veduta del villaggio del lavoro con il passaggio coperto in una foto d'inizio Novecento



fetto ma, soprattutto, è tutto ciò che la città non può offrire.

L'influenza delle teorie igieniste su queste concezioni è evidente. Jean Colombier e François Dublet, nelle loro *Instruction*⁵ ribadiscono la necessità che nei manicomi vi sia aria pura e che l'acqua sia salubre, elementi tanto essenziali, secondo i due studiosi, da costituire il nutrimento fondamentale degli alienati. Ribadiscono, inoltre, la necessità che vi siano dei viali per il passeggio, possibilmente ombreggiati, lungo i quali i pazienti possano provare il piacere di muoversi liberamente, respirando all'aria aperta. Il richiamo della campagna, seppure indiretto, è evidente. Come lo è, in forme ancora più esplicite, in uno dei testi più noti del barone Joseph-Marie de Gérando, *De la bienfaisance publique*, in cui l'autore ribadisce la necessità che gli ospizi per alienati non siano situati all'interno delle città così che dai loro ambienti si possa godere di una libera e ridente veduta del paesaggio circostante. Gli architetti, dal canto loro, appoggiandosi alle prescrizioni dei medici, insistono anch'essi sull'efficacia curativa di una bella veduta e di una magnifica esposizione. In queste affermazioni possiamo scorgere sia la tradizionale fiducia nelle proprietà salutari della natura, la cui azione benefica sull'animo umano sarebbe unica e insuperabile, sia il riflesso delle teorie igieniste del momento, che dettano le regole di una vita sana⁶.

È nelle riflessioni di Philippe Pinel e, successivamente, in quelle del suo allievo prediletto, Jean-Étienne Dominique Esquirol, che la campagna diventa soprattutto il luogo di lavoro per gli alienati: "sarà in un sito piacevole e in un luogo specificamente dedicato alla coltura delle piante che saranno sistemati gli oscuri malinconici"⁷ e continua affermando che "si tratta di riempire l'oggetto in tutta la sua estensione, aggiungendo ad ogni manicomio un vasto recinto o meglio trasformandolo in una specie di fattoria in cui i lavori agricoli sarebbero a carico dei convalescenti folli"⁸.

Manicomi e crescita urbana

La scelta di un'area vasta, tuttavia, si rende necessaria anche in vista di futuri ampliamenti. Il trend in continua crescita dei ricoveri, già dai primi anni di esercizio degli istituti e la realizzazione della colonia orto-agricola, da farsi in una fase successiva a quella di primo impianto, sono quasi sempre assunti dalle amministrazioni provinciali come dati di programma ineludibili. La prossimità ai principali assi viari e alle linee di collegamento su ferro con la città è una condizione che può orientare la scelta di un'area da destinare a un nuovo manicomio. Accade per esempio a Grugliasco, dove la vicinanza alla stazione Regina Margherita della tramvia Torino-Rivoli e al tragitto dei mezzi che garantiscono la

continuità del servizio all'ospedale di Collegno e al Ricovero Provinciale di Savonera lungo la strada provinciale Torino-Pianezza, pur senza essere fattori decisivi, orientano l'individuazione del sito da destinare al nuovo manicomio. È però la prossimità sia al piccolo centro urbano sia al cimitero, nonostante scetticismi e riserve, che consentono di individuare l'area più adatta alla nuova struttura. Nel primo caso, infatti, la vicinanza dell'ospedale psichiatrico alla città consente un'ampia e adeguata offerta di alloggi per i familiari del personale medico e tecnico-amministrativo, mentre, nel secondo caso, la vicinanza con il cimitero è accolta, con molto cinismo, perfino come un vantaggio perché si ritiene possa minimizzare le spese di trasporto delle salme dall'istituto al cimitero stesso. Una perfetta localizzazione, quindi, realizza la convergenza di interessi di natura terapeutica, custodialistica, ricettiva, produttiva, economica e logistica.

La concezione anti-urbana del manicomio, tuttavia, ha aspetti contraddittori. Il progetto del moderno asilo per alienati assume, soprattutto negli impianti a padiglioni distanziati asserviti a un asse di servizi e nei sistemi a villaggio, la forma del piano. Molti progetti di manicomi costruiti ex-novo prefigurano, infatti, un processo edificatorio articolato in fasi diverse cui corrispondono assetti e dotazioni altrettanto articolati. Gli impianti a padiglioni distanziati, per esempio, sono realizzati sulla base di una preventiva divisione del suolo in lotti, serviti da una rete elementare di infrastrutture, quest'ultima orientata secondo l'asse eliotermico e nel rispetto dei più elementari requisiti di salubrità dell'aria e di illuminazione degli ambienti. I padiglioni di degenza, singolarmente assegnati a ciascun lotto, sono realizzati per fasi successive, cominciando con quelli di pronto utilizzo e finendo con gli edifici di completamento, secondo una prassi consolidata, *ab antiquo*, nel processo di crescita delle città di nuova fondazione.

Le fasi di espansione urbana e le fasi di consolidamento e di stratificazione del manicomio, non sono sempre sincroniche. L'annessione di piazze e slarghi o strade pubbliche e residenze ai primitivi impianti, come accade per esempio a Pesaro con l'istituzione del San Benedetto, si realizza con largo anticipo rispetto allo stesso processo di trasformazione e crescita della città. In altri casi, invece, i manicomi costituitisi *ab origine* come avamposti urbani al limite tra la 'città-città' e la 'campagna-campagna', con particolare riferimento agli istituti *infra moenia* e a quelli eretti nello spazio esterno ma in prossimità delle mura

e di una porta urbana, inaugurano il processo di trasformazione urbana e territoriale. A Torino, il primo Ospedale de' Pazzereelli, istituito nel 1728, occupa un intero isolato del nuovo piano d'ingrandimento verso Porta Susina, nell'isola di Sant'Isidoro. Da iniziale avamposto dell'espansione juvarriana, finisce per essere inglobato nel tessuto edilizio di espansione, impedendo ulteriori ampliamenti. Il secondo manicomio, il Regio, il cui progetto è affidato all'architetto Giuseppe Maria Talucchi, non sorge a molta distanza dal primo e soprattutto ne replica le scelte localizzative perché anche in questo caso si tratta di una vasta area quadrilatera al limite dell'abitato, sulla linea delle precedenti fortificazioni⁹.

A Palermo, il nuovo manicomio "Pietro Pisani", vasto complesso psichiatrico progettato dopo il 1884 dall'architetto Francesco Palazzotto, iniziato nel 1898 e completato circa un quarantennio dopo, occupa un'area esterna alle mura occidentali, distante due chilometri circa da Porta Nuova e dal contiguo Palazzo Reale. La realizzazione segue di poco i grandi lavori di risanamento del centro antico e le nuove espansioni sollecitate dal febbrile dibattito sulla riforma urbanistica e edilizia di Palermo, avviato da Garibaldi in occasione della conquista della città nel 1860. Il nuovo ospedale psichiatrico resterà un episodio marginale sia nel complesso dei lavori di potenziamento del quadrante orientale – verso cui si indirizzano, già dal 1885 con il piano Giarrusso ancora da approvare, gli interessi fondiari e le attrezzature della città borghese – sia nel corso del ventennio tra le due guerre, quando la realizzazione del quartiere Olivuzza-Zisa, subito a ovest del Mandamento Monte di Pietà, prefigura la saldatura con la periferia che si concretizzerà solamente nel secondo dopoguerra. Con la realizzazione, dagli anni cinquanta, dei quartieri satellite per gli abitanti dei rioni storici da risanare, la città dilaga nella piana accrescendo oltre misura, con il piano del 1962, la densità edilizia. Il Pisani si trova a essere nuovamente isolato, nello spazio esterno all'antica città murata, investito dagli interventi privati, da un forte aumento della densità edilizia nelle nuove zone di espansione e dalla distruzione del patrimonio storico esistente¹⁰.

I manicomi assumono, fin dalla costituzione iniziale, una dimensione, una volumetria e un peso nella struttura urbanistica della città pari o perfino maggiore dei grandi edifici pubblici presenti all'interno del tessuto urbano, come il duomo o il palazzo municipale. Gli impianti *infra* ed *extra moenia*, sono le prime e nuove emergenze mor-

alle pagine successive

5. Siena, Manicomio di San Niccolò. Veduta attuale (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)

6. Imola, Manicomio Centrale in Imola, poi Luigi Lolli (al centro, in alto) e Manicomio dell'Osservanza (al centro, in basso); a destra del Centrale, la Rocca Sforzesca (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)

7. Firenze, Manicomio di San Salvi. Il complesso psichiatrico si attesta in prossimità dell'ampia curva della linea ferroviaria che conduce alla stazione Campo di Marte, nell'omonimo quartiere riconvertito fin dagli anni trenta in polo sportivo; all'estremità dell'ideale prolungamento verso ovest della via Aretina-via Vincenzo Gioberti, la cattedrale di Santa Maria del Fiore (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)

8. Roma, Manicomio provinciale di Santa Maria della Pietà a Sant'Onofrio. I fabbricati dell'istituto, ampiamente distanziati tra loro e immersi nel verde, formano il grande villaggio servito dalla linea ferroviaria Roma-Viterbo e dall'asse della via Trionfale; a sud-est, si estende il vasto complesso dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico Gemelli; tra i due complessi ospedalieri, la fitta distesa di palazzine del quartiere Torvecchia (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)









fologiche e figurative espresse della città contemporanea. Le dimensioni dei fronti, in questi casi, variano in funzione del tipo d'affaccio sullo spazio pubblico. Il San Benedetto di Pesaro esibisce un prospetto principale imponente, limitandosi invece a dimensioni più contenute dei corpi in profondità, mantenendo, tuttavia, sia nell'uno che nell'altro caso, forme e caratteri più schiettamente urbani in luogo di pompose espressioni monumentali. Operando sul registro della consonanza stilistica, il progettista perviene a una definizione tipica del fronte principale, cadenzandone la superficie con una sequenza regolare di finestre contrappuntate solo al piano terra da un loggiato in corrispondenza del vestibolo d'ingresso.

Le aperture in facciata possono limitarsi a semplici vani privi di cornici e membrature in aggetto, come nel caso di Pesaro dove si adotta un lessico assai prossimo a quello dell'edilizia 'minore', o essere inquadrare da timpani e lesene, come a Torino, in accordo con le nuove fabbriche civili erette nei quartieri di espansione juvarriani. In entrambi i casi, l'anonima caratterizzazione della destinazione manicomiali, scandalosa per gli abitanti delle case vicine, è una scelta deliberata, tesa a celare l'incomoda fabbrica nel tessuto residenziale.

Nella generalità dei casi, gli ex ospedali psichiatrici sono stati e sono ancora delle presenze monumentali ben riconoscibili e identificabili nel territorio. Assorbiti dalle prime espansioni periferiche otto-novecentesche, si sono via via trasformati in *enclaves* circondate o mimetizzate

dal verde, irretite da una concezione fondata sul principio dell'esclusione. Con l'apertura, negli anni sessanta, di un servizio ambulatoriale presso molti ospedali psichiatrici, si è tentato, forse per la prima volta, di aprire i manicomi all'esterno, favorendone gli iniziali contatti con l'ambiente sociale del contesto urbano e territoriale di pertinenza. Si è trattato di un primo significativo cambiamento nel rapporto tra manicomio, città e territorio anche se ciò non è stato preceduto da analisi e valutazioni rigorose, né, tantomeno, da interventi *ad hoc*. La storia delle diverse istituzioni psichiatriche della nostra nazione, con riferimento ai vent'anni che precedono il varo della L. 180/1978, restituisce le stesse contraddizioni e gli stessi problemi delle città, al centro di una difficile contesa tra progetto politico e progetto edilizio. La frammentazione della proprietà, la fragilità del sistema dei trasporti pubblici, le possibilità speculative offerte dalla pianificazione urbanistica proprio in quello spazio della periferia dove erano stati eretti i moderni complessi psichiatrici, sono solo alcuni dei tratti più evidenti di quella debolezza, culturale e politica, di molte amministrazioni locali, che non ha consentito grandi interventi di respiro strategico. È venuta anche a mancare, proprio in quegli anni, una riflessione più generale circa le interferenze e i condizionamenti reciproci tra tessuto urbano e ospedale psichiatrico, il sistema dei percorsi da e verso il manicomio, il ruolo e il significato degli spazi liberi limitrofi, come piazze, giardini, parchi, slarghi, aree libere incolte e aree coltivate. Si è così offuscata la memoria del

alla pagina precedente

9. Napoli, Manicomio Leonardo Bianchi. L'area quadrata su cui insistono i padiglioni (al centro dell'immagine) è sita sulla collina di Capodichino; il viale Comandante Umberto Maddalena, coincidente con l'antica cinta daziaria, segna il confine con l'aeroporto; a ovest, l'ampia macchia verde del Parco di Capodimonte (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)

10. Palermo, Manicomio Pietro Pisani. In basso a sinistra, l'impianto a padiglioni, chiuso a ovest dalla circonvallazione; l'ingresso principale è sulla via Pindemonte che, con lo stradone dei Cappuccini, costituisce l'asse di collegamento con piazza Indipendenza (al centro dell'immagine), Porta Nuova, Palazzo dei Normanni e corso Vittorio Emanuele, coincidente con l'antico Càssaro (immagini ©2013 Cnes/Spot Image, DigitalGlobe, Map data ©2013 Google)

11. Ancona, Manicomio provinciale. Veduta dalla città del complesso psichiatrico, in una foto d'inizio Novecento. IRSMLM, *Album del Manicomio di Ancona, 1911-1912*

ruolo e del significato che quei complessi hanno avuto nella storia urbana, tanto più grave quanto più si tratti di impianti riconducibili a più remote realtà insediative.

Con l'approvazione della legge Basaglia, che vieta l'ammissione di nuovi ricoveri in manicomio, i complessi psichiatrici si sono avviati a una lunga fase di abbandono che, per quelli già in condizioni fatiscenti, si è trasformata in una vera e propria agonia. Le aree interne di tali complessi oggi testimoniano, con diversi elementi di degrado della struttura, una storia degenerativa. L'effetto periferia che la loro immagine produce, investe lo stesso spazio urbano tanto da compromettere la polarità e l'integrazione degli ex ospedali psichiatrici nel contesto funzionale e sociale delle città.

Raggiunti dalle direttrici di crescita urbana e assorbiti nei tessuti edilizi di espansione, gli ex ospedali psichiatrici hanno tuttavia finito per trasfor-

marsi in episodi conclusivi di una o più sequenze di edifici pubblici rappresentativi. Trattandosi di spazi architettonici e urbani fatti di misurate corrispondenze, di traguardi visivi, di fondali prospettici, di quinte orizzontali e verticali diversamente caratterizzate, questi sistemi, talvolta in posizione appartata, in altri casi all'interno del corpo vivo della città storica, sono oggi messi in crisi da una mobilità che non ne favorisce il godimento. Nell'insieme possono però costituire dei raggruppamenti architettonicamente qualificati e solenni che la città può eleggere a sistemi di assoluto valore storico-ambientale. L'interdipendenza tra città storica, trasformatasi in polo di servizi, e territorio di pertinenza, la numerosa popolazione studentesca, che in molti casi costituisce una città nella città, il ruolo e la presenza del turismo nelle città d'arte, possono oggi suggerire nuove strategie di tutela e valorizzazione dei complessi psichiatrici dismessi.

1 *Nello spazio della follia* 1978, pp. 2-27; Canosa 1979; Scotti 1984; De Peri 1984; Meyers 2005; Dellapiana 2009.

2 Tamburini, Ferrari, Antonini 1918, pp. 93, 164, 97.

3 Esquirol 1835, p. 5.

4 Pinel 1809, pp. 86 sg.

5 Colombier, Dublet 1785, p. 11.

6 Zucconi 1993.

7 Pinel 1809, p. 179.

8 Pinel 1809, pp. 135, 179.

9 Dellapiana 1999, pp. 146-153; Montaldo 2007.

10 *Centri urbani* 1977, pp. 15-23.