



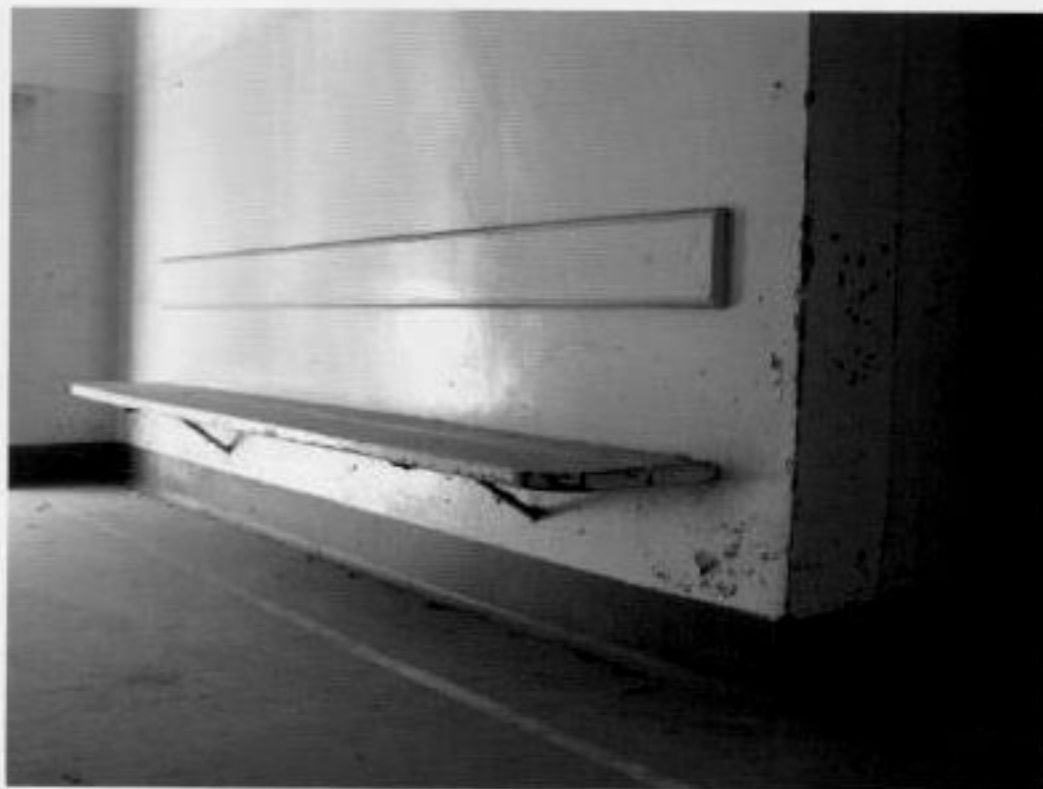
pecuniarie, e sorretti dalla stessa legislazione che individuava in strutture residenziali ad alto livello di protezione le sedi idonee per il trasferimento dei malati. In molti luoghi, è così accaduto che la dimissione dei ricoverati non sia avvenuta attraverso la faticosa elaborazione di un programma individuale di recupero, bensì mediante un frettoloso trasferimento, spesso forzato, dal vecchio e fatiscente padiglione a locali ristrutturati, oppure in direzione di più lontane Case di Riposo, Case Protette e quante altre denominazioni assumono oggi, nella nostra società post-industriale, le strutture residenziali della nuova segregazione degli individui improduttivi. Altrove, si è semplicemente cambiata denominazione ai vecchi reparti, trasformati in "residenze sanitarie assistite". Intendiamo sottolineare il fatto che non vi è stata, spesso, una adeguata cura di componenti fondamentali del programma riabilitativo: e non ci riferiamo soltanto alla spinosa questione del consenso dell'ammalato ai provvedimenti emessi a suo carico o vantaggio, ma alle esigenze di provvedere, contestualmente, all'aggiornamento del personale, al collegamento delle strutture di ricovero con le risorse del territorio, all'applicazione di strumenti adatti per migliorare la qualità di vita e l'autonomia degli assistiti. Qualcuno non ha esitato a parlare di *contro-trasmigrazioni di massa*: persone anziane, da tempo esposte ai rischi del *disadattamento* alla vita presso l'istituto manicomiale che contro il loro parere le aveva accolte da giovani, sono state costrette ad un viaggio di ritorno presso i luoghi della loro provenienza, talora molto distante nello spazio oltre che nel tempo, per rispondere alle esigenze di suddivisione della competenza finanziaria delle A.S.L. e dei servizi sociali, non già per essere riaccolte da famiglie o collettività ormai indisponibili a riconoscerli come loro membri di diritto, ma per sobbarcarsi nuovamente il com-

Il sole filtra attraverso l'ombrosa vegetazione del cortile interno su cui si affaccia il lato occidentale del padiglione Chiarugi (Archivio Hapax, 2009).

pito di un adattamento presso strutture "pesanti", focalizzate sulla cronicità dell'intervento, senza verificare se e quanto esse fossero preparate ad accogliere i bisogni e a garantire i diritti di una reale ri-animazione di funzioni devitalizzate dalla lungodegenza. A chi conosce in profondità i meccanismi sociali che diedero vita, nell'Ottocento, alla filantropica, capillare diffusione dei manicomii nell'Italia unificata non sfuggono inquietanti analogie.

Diciamo questo anche alla luce dell'esperienza da noi condotta a Racconigi.

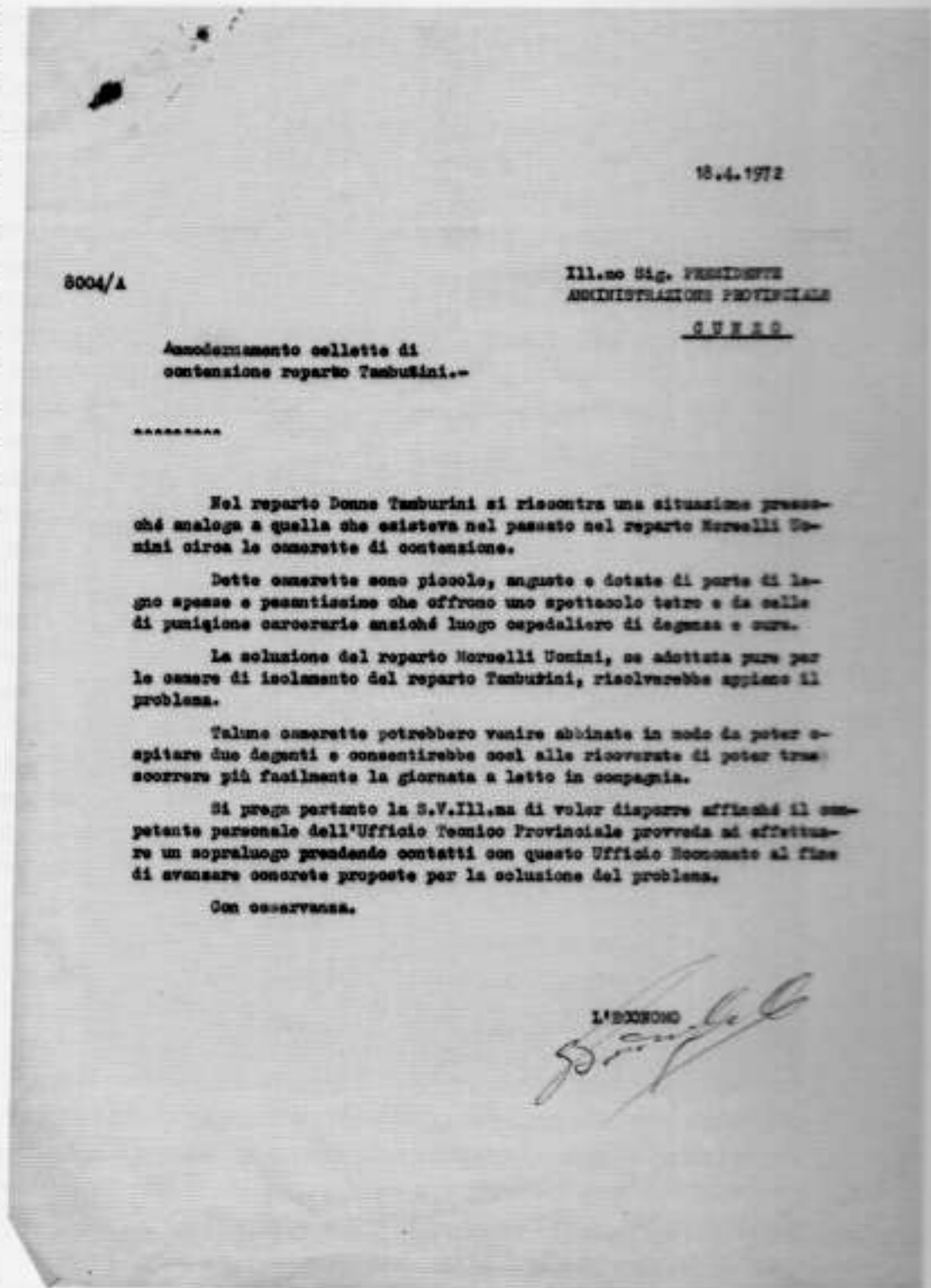
Anche il manicomio di Racconigi, come molti altri, ha vissuto l'esperienza della legge di riforma del 1978, che imponeva il graduale superamento degli ospedali psichiatrici, come, di fatto, un *abbandono psichiatrico razionalizzato*, attraverso la messa in pratica della sola assistenza sociale e medica generica per un rilevante numero di persone dei quali è stata sanzionata l'impossibilità di ricevere trattamenti alternativi. Anche qui, come altrove, la legge 180 non è stata interpretata dai tecnici come rottura critica e riappropriazione di un altro modello di operatività, quanto piuttosto come necessità di abbandonare *quel* luogo, e con esso tutti gli *inguaribili* ivi depositati, affidati a pochissimi psichiatri progressivamente ed in gran parte demotivati e molti infermieri rassegnati a subire l'onda di riflusso della precedente contestazione, tutti in attesa di un corso naturale degli eventi – il decesso, per i primi, il pensionamento, per gli altri. Lungo gli anni Ottanta, salvo sporadiche parentesi nella quiete immobile dell'*istituzione totale*, non solo è fallito ogni precedente tentativo di messa in discussione dell'ordine istituzionale, ma complessi fenomeni istituzionali che non è qui il caso di analizzare hanno prodotto lo storno verso altri utilizzi, non destinati alla assistenza psichiatrica, delle risorse liberate dalla dismissione degli ospedali psichiatrici, fino a determinare, raggiunti livelli che definiremmo *di sussistenza* delle misure di gestione, improcrastinabili necessità di bonifica degli spazi. Per restare alla realtà da noi esperita, al 31 dicembre 1978 erano presenti presso l'ospedale psichiatrico di Racconigi 894 ricoverati. Tre anni dopo la popolazione degente si era ridotta a 469 persone, per effetto della legge 180; al termine del 1988 vi erano 290 ricoverati. Ma, mentre dal 1978 al 1996 vi furono 168 decessi, le dimissioni programmate nello stesso periodo furono progressivamente sempre più rare e quasi tutte verso le precedenti succursali del manicomio, che già avevano accolto le dimissioni del primo triennio laddove le famiglie non erano disponibili a riammettere al loro interno il congiunto; appena 16 pazienti fecero ritorno dopo il 1980 al loro domicilio. Nei primi anni Novanta vi fu una brusca accelerazione dei programmi di dimissione, che determinarono il progressivo abbandono di interi padiglioni. Al 1° gennaio 1996, tuttavia, ancora 170 persone, per i due terzi maschi, vivevano nell'ospedale psichiatrico di Racconigi, ospitati nei reparti di uno solo dei quattro padiglioni originari e nelle sedi di tre comunità alloggio interne. La maggior



In alto, l'universo di chiavi delle porte dell'Ospedale (Archivio Hapax, 2009).

In basso. Le attrezzature a disposizione dei malati erano costruite affinché non potessero essere usate come strumenti atti ad offendere. Come si può notare, queste panche erano murate e coerenti con il muro (Archivio Hapax, 2009).

parte rappresentava, nella classificazione voluta dalla Regione, la categoria dei disabili psicofisici, anziani non più autosufficienti per malattie della senilità o soggetti portatori di disturbi mentali cronici invecchiati nell'istituzione; settanta persone erano per lo più residenti nelle comunità alloggio interne e, di questi, solo trenta richiedevano ancora un'intensiva presa in carico psichiatrica, che, a cura del Dipartimento di Salute Mentale dell'area saviglianese, si realizzò attraverso veri progetti individuali elaborati dalle équipe multiprofessionali dei servizi di territorio, che si impegnarono nella loro accurata definizione lungo l'arco di molti mesi. A fianco del programma di trasferimenti, all'inizio del 1998 fu realizzato un corso di aggiornamento regionale per il personale dell'ex ospedale psichiatrico, condotto da colleghi psichiatri in servizio presso dipartimenti e centri universitari di Torino e Genova; durante l'estate, fu inaugurato un nuovo servizio per l'accoglienza dei dimessi che rimanevano a carico del servizio psichiatrico di zona, a cui spettava il coordinamento dell'intera operazione. Questo servizio proseguiva l'opera impostata all'inizio degli anni Novanta da un gruppo di educatori professionali, qualificata, tra l'altro, da una profonda integrazione con la città e dall'apertura nei confronti del volontariato. Non era il primo ingresso di persone esterne nella storia dell'istituzione racconigese: e tuttavia avveniva in circostanze così diverse rispetto ad esperienze precedenti, di cui fu testimone il resoconto di Anna Maria Bruzzone: *"Nell'ospedale di Racconigi noi volontari eravamo entrati con un triplice scopo: essere testimoni in difesa dei ricoverati, organizzare attività con loro, provocare o coadiuvare, mediante quei compiti, un inizio di crisi nell'istituzione tradizionale. Ho tenuto un diario di quei giorni. Il manicomio era un enorme, lugubre carcere. Ricordo che la prima volta che entrammo nel reparto Chiarugi di lungodegenti uomini, dopo che le porte si furono aperte e richiuse a chiave dietro di noi, come in un incubo vedemmo sotto i portici aperti e nel cortile spoglio numerosi ricoverati, tutti in divisa grigia, che vagavano, ognuno perso in se stesso: non c'erano crocchi, se si parlava, si parlava da soli. Qua e là infermieri in camice bianco, ritti - il regolamento vietava di sedersi in servizio - isolati e silenziosi. Al solo entrare in quel luogo ci si sentiva stringere il cuore per i prigionieri, e poi ci si specchiava in quegli uomini conculcati e violentati, provando anche per se stessi tremore e spavento. Il diario mi richiama agli occhi ed alla mente altre immagini. In un camerone pieno di letti un fanciullo dodicenne contenuto durante il giorno con una fascia ad un braccio e durante la notte anche con un'altra all'altro braccio, che in seguito rividi imboccato ed assistito da un malato, e accanto un uomo, contenuto da venti giorni, quando lo incontrai, con una fascia ad una gamba: in quel periodo non era mai potuto scendere dal letto, non si era quindi mai lavato e per i bisogni corporali si era servito di un vaso che teneva nel tavolino da notte. Una stanza chiusa, d'inverno: in essa moltissimi ricoverati si muovevano a stento, agitati, come animali resi furiosi da una gabbia: poche sedie o sedili alle pareti, e su un alto sostegno un televisore, allora spento. E l'atteggiamento verso i ricoverati di molti di quelli che svolgevano, con funzioni e ruoli diversi, il loro lavoro nell'ospedale: parlavano dei ricoverati alla loro presenza, ignorandoli, come se essi non potessero capire, oppure ricorrendo a giri di parole e ammiccamenti, di cui gli altri avrebbero dovuto cogliere il significato ed i ricoverati no. Da una parte l'istituzione, potente nella sua vergogna che*



Lettera del 18 aprile 1972, nella quale l'economista dell'Ospedale lamenta le condizioni delle "cellette di contenzione". Egli stesso si riferisce a questi locali usando nella medesima lettera le parole "cellette" e "camerette", e definendole nello stato attuale "piccole, anguste e dotate di porte di legno spesso e pesantissimo che offrono uno spettacolo tetto e da celle di punizione carceraria anziché luogo ospedaliero di degenza e cura" (A.S.L. CNI - ONP, u.a. 1008).

pareva non potersi scalfire; dall'altra noi volontari, velleitari, sprovveduti, confusi. Alla fine di marzo del 1970 rinunziammo all'attività nell'ospedale"⁸.

Nel corso degli anni abbiamo risposto numerose volte alla domanda: dove sono andati gli ultimi dimessi dell'ex ospedale psichiatrico? Come accennato, il loro percorso di uscita dall'istituzione che li aveva accolti nei precedenti venti, trenta, talora quaranta e più anni avvenne in maniera graduale e personalizzata: dei 170 con cui il progetto fu avviato, al 30 settembre 1997 vi erano ancora 80 degenti, di cui solo 15 appartenenti al gruppo con prevalente patologia psichiatrica, mentre gli altri erano soggetti non autosufficienti, per disabilità neuropsichiche o per prevalente patologia geriatrica. Nei sei mesi successivi, i primi 15 vennero tutti dimessi, e l'aggiornamento al 31 marzo 1998 documentava la presenza degli ultimi 47 pazienti della seconda tipologia, trasferiti presso strutture del territorio entro la fine dell'anno. Uno stralcio del colloquio-intervista che Anna Maria Bruzzone tenne con un ricoverato di Arezzo può dare un'idea dei significati che assume la decisione di dimettere il paziente dalle cure psichiatriche, soprattutto quelle "ad alta protezione": "Volevo dire, uno dei motivi principali per cui i dottori tengono dentro i malati è la paura, perché se viene un malato in crisi, quando lo fanno uscire lo devono fare uscire con l'assicurazione che è guarito e che la crisi non ci sarà; e se putacaso gli riviene la crisi, oppure se anche combina qualche cosa, insomma, perché può anche tirare un piatto in testa a qualcuno, eh, la colpa è del dottore, va bene? E allora va così, che quando entrano qui è l'interesse del dottore farli stare qui, farli stare qui in modo che finché li cura, lui, il dottore, sta sempre a posto; se invece li fa uscire, corre rischi, e fra lo stare a posto e il correre rischi gli conviene lo stare a posto, capito? È per questo che gli ospedali s'affollano, eccetera, ha capito? Perché una vera sicurezza, il dottore, che una volta uscito l'ammalato non gli prende più niente, una volta che è rimesso in quell'ambiente familiare, è difficile che ce l'abbia, va bene? Anche chi è fuori può avere una crisi, d'accordo, ma i parenti li mandano qui per curare, eh, hanno paura anche loro, e poi, insomma... Il dottore è dottore o non è dottore? O è un fesso? E va a finire che gli conviene tenerli dentro, va bene?"⁹.

Dopo la definitiva chiusura dell'ospedale, un gruppo di trenta ex degenti, attraverso un graduale percorso di progressiva riacquisizione dell'autonomia avviato sei anni prima¹⁰, viveva nei locali di tre comunità alloggio, dove ciascuno usufruiva dell'assistenza necessaria alla gestione alberghiera e del supporto di personale specialistico lungo l'arco delle 12 ore, disponendo dell'indipendenza rispetto all'organizzazione quotidiana, in merito agli spostamenti da e verso l'abitazione, e di una reperibilità notturna del personale attivabile in caso di necessità. disponevano inoltre di un centro funzionante di giorno per la promozione di occasioni d'incontro e di partecipazioni ad attività sociali, coordinato da personale del servizio psichiatrico di territorio. Attraverso la frequenza di questo spazio cittadino, condivisa con utenti del locale Centro di Salute Mentale, fu loro possibile partecipare ad un ampio ventaglio di attività, dalla semplice accoglienza presso un locale adibito a bar, alla realizzazione di gite sociali, all'alle-



Le grate romboidali di una finestra al primo piano del padiglione Chiarugi ricordano l'antica netta distinzione tra il dentro e il fuori, vissuta per oltre un secolo sia dai pazienti sia dal personale dell'Ospedale Psichiatrico (Archivio Hapax, 2009).

⁸ Anna Maria Bruzzone, *Ci chiamavano matti*. Einaudi, 1978.

⁹ idem.

¹⁰ Il dott. Luciano Fico, con il sostegno della Direzione Sanitaria dell'allora USL 61, si era occupato della fondazione di alcune comunità alloggio all'interno dell'ex ospedale psichiatrico.

stimento di laboratori espressivi, tra i quali nel 1999 si inserì il laboratorio teatrale che produsse lo spettacolo *Voci Erranti*.

“Perciò per farli uscire ci vuole il coraggio, ci vuole praticamente il coraggio, perché una garanzia proprio che un malato di mente è guarito, e come fanno? ha voglia a studiar la mente, non ce l’hanno mai, va bene? E perciò ci vuole il coraggio di sdrammatizzare la questione...”¹¹.

Gli autori di *Voci Erranti* hanno avuto questo coraggio, proprio nel lungo istante in cui hanno *drammatizzato* la questione. Forse è il coraggio di *strapparsi il lupo dal corpo* che non era, e non è, possibile chiedere per intero agli addetti ai lavori; ed allora, ben vengano anche oggi in loro aiuto, dall’esterno della psichiatria, come già accadde negli anni Settanta, persone coraggiose, senza considerarle *velleitarie, sprovvolute, confuse*, con i loro progetti *credibili, colti, coerenti*, capaci di contaminazioni ed incroci. Progetti che nell’ultimo decennio hanno trovato, a differenza di quanto avvenne ai giovani psicologi rifiutati dall’istituzione nei primi anni Settanta, interlocutori incuriositi e disponibili negli operatori e nei dirigenti attuali del Dipartimento di Salute Mentale. Esperienze analoghe sono state riprodotte in contesti liberi dall’ombra minacciosa del manicomio. Pur con le sue ineliminabili contraddizioni, originanti dalla difficilissima mediazione tra un mandato sociale più o meno implicito che, necessariamente, comprende anche il controllo e bisogni, spesso di lettura estremamente ardua, degli assistiti, le odierne strutture del Dipartimento di Salute Mentale non hanno più nulla del *lugubre carcere* descritto da Anna Maria Bruzzone.

DOPO IL MANICOMIO: NUOVE SFIDE PER LA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ, NUOVI SPAZI DA UTILIZZARE

Memoria non è peccato fin che giova.

Dopo è letargo di talpe, abiezione che funghisce su sé...

Eugenio Montale, da: Voce giunta con le folaghe

La maturazione dell’interesse per i temi della storia in psichiatria ha coinciso, nella nostra esperienza professionale, con l’accelerazione del percorso di rafforzamento organizzativo e di raggiungimento dell’età adulta dei nostri servizi, sotto la spinta inevitabile dei processi di aziendalizzazione e sviluppo dipartimentale, a partire dalla chiusura dell’ospedale psichiatrico. Tale interesse giunge oggi, con questa nuova pubblicazione, ad un importante punto di svolta, coevo ad almeno due altrettanto cruciali passaggi: la fusione dei servizi dipartimentali appartenenti a tre precedenti aziende sanitarie locali, ora riunite nell’A.S.L. Cuneo 1; l’avvio dell’intervento di salute mentale in carcere e le nuove modalità della presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato, che ci impongono il confronto con discipline (giuridiche, criminologiche, antropologiche) fino a pochi anni fa lontane dal nostro orizzonte. Tutto ciò accade, ovviamente, in funzione dell’imponente movimento legislativo di riforma che, dopo quasi vent’anni di relativa “calma”, dalla seconda metà degli anni Novanta ha impresso una serie incalzante di cambiamenti alla nostra operatività, e giunge oggi alla probabile alba della più rilevante di queste modifiche, l’ormai ineludibile rinnovamento della legge 180.



Altre grate, oggi spalancate, di una finestra del locale già occupato dai fattorini del nosocomio, affacciata su un cortile interno (Archivio Hapax, 2009).

¹¹ Idem.



Il dorso di alcuni volumi della biblioteca scientifica dell'Ospedale. La ricchezza e l'unicità del corpus bibliografico esistente testimonia la vivacità dello studio e dell'elaborazione scientifica dei medici che si sono succeduti nella struttura, che aveva nella rivista "Schizofrenie" (il primo numero è del 1931), la sua "palestra" ideale (Archivio Hapax, 2009).

Infatti, la trasformazione del modello che ha operato lungo i primi anni successivi alla riforma psichiatrica, verso l'aziendalizzazione della sanità, ci ha imposto di lasciare da parte ogni margine di discrezionalità nella scelta dell'utenza e dei modi operativi, la casualità della distribuzione delle risorse e degli organici, come di allontanarci da ogni rischio di autoreferenzialità delle prassi terapeutiche in piccoli gruppi di lavoro, tutti elementi che avevano caratterizzato, nel bene e nel male, le prime esperienze di ingresso della psichiatria nel territorio lungo i creativi anni Ottanta, costringendoci ad accettare il confronto con criteri di appropriatezza, equità, rapporto costi-benefici, propri di ogni intervento di salute pubblica.

L'esame dei cambiamenti indotti nell'operare psichiatrico è efficacemente riassunto da Peloso e Ferrannini: "L'affermarsi definitivo del modello dipartimentale ha permesso la costruzione di servizi più robusti, imponendo loro il continuo confronto con il nodo della continuità terapeutica e la necessità di far coesistere al loro interno storie, ideologie, metodi, culture differenti, prima di rivolgersi all'esterno con l'obiettivo chiaro e definito di una presa in carico complessiva dei bisogni di salute mentale emergenti in un dato territorio, anche attraverso un miglior utilizzo delle risorse e delle professionalità non psichiatriche là presenti"¹².

Cresciuti lungo i cambiamenti introdotti da questi due passaggi, i dipartimenti di salute mentale hanno potuto permettersi il confronto con l'oggetto rimosso, dapprima incluso solo sulla carta nei propri orizzonti, l'oggetto da cui tutto era partito e mai affrontato completamente: l'ospedale psichiatrico, con il suo residuo di pratiche e di destini a scomparsa, radice non estirpata da cui il manicomialismo può sempre, in condizioni favorevoli, tornare a germogliare. E quindi, risolto questo problema, il tardivo abbattimento del muro manicomiale ha inevitabilmente aperto il confronto con altri muri, altre istituzioni totali, altri oggetti rimossi, nei quali si annidano imponenti problemi di salute mentale ma dove i servizi psichiatrici successivi alla riforma, ancora troppo giovani, avevano finora, in massima parte, rinunciato ad impegnarsi,

¹² P.F. Peloso e L. Ferrannini, *Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e custodia*, in "Carcere e Territorio" a cura di Uberto Gatti e Barbara Gualco, Giuffrè, 2003.



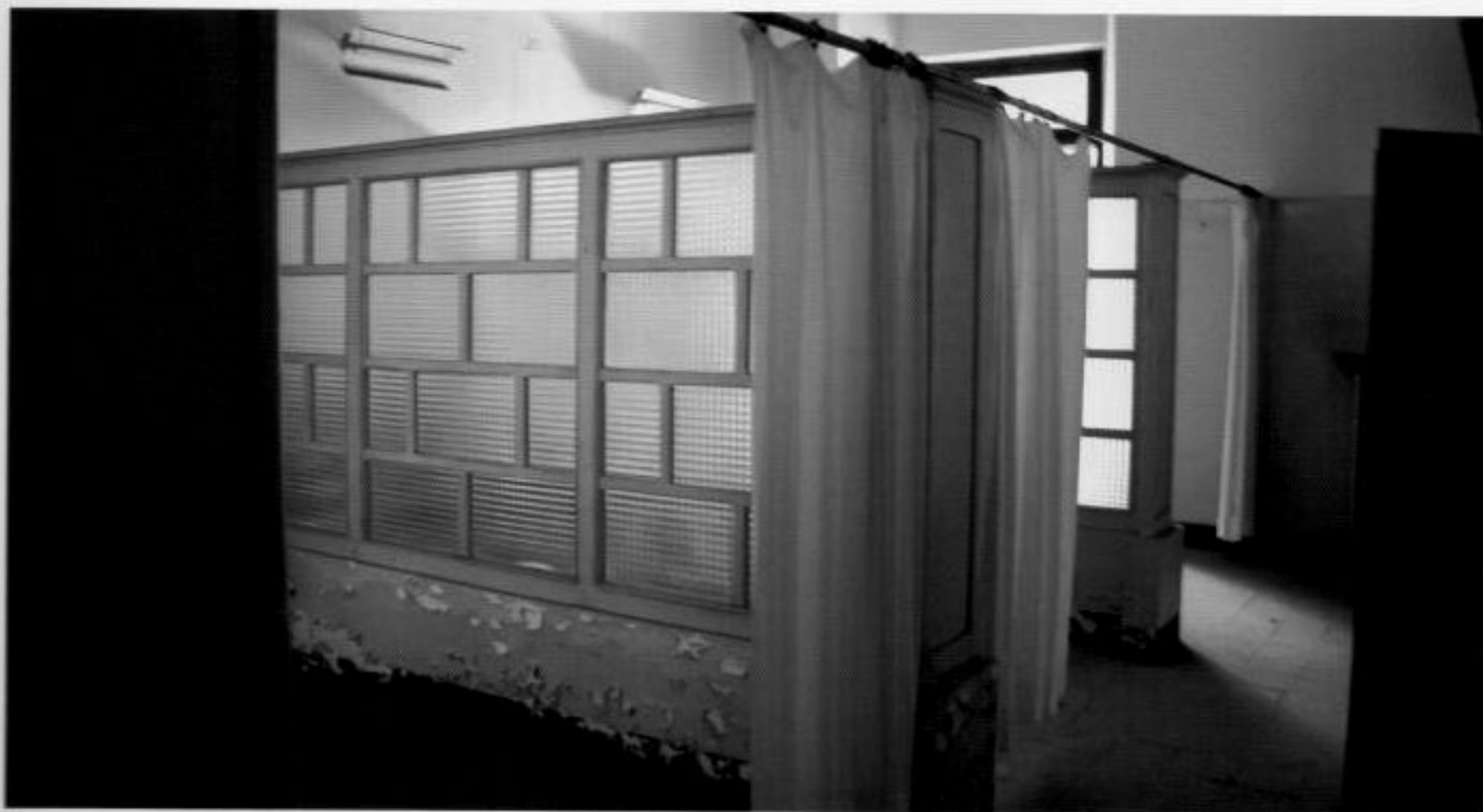
Armadi contenenti la preziosa biblioteca ed emeroteca dell'Ospedale, prima della sistemazione nella posizione attuale (Archivio Hapax, 2009).

nonostante il discorso sul manicomio fosse esteso, all'origine del dibattito, anche alle implicazioni di salute mentale dell'ospizio e del carcere.

Un appuntamento impegnativo e particolarmente significativo delle nuove sfide per la psichiatria di comunità, quello con l'assistenza psichiatrica da portare nelle carceri, al quale il Dipartimento di Salute Mentale per fortuna non arriva né solo, potendo contare su *liasons* e sinergie maturate, attraverso le esperienze di collegamento-consulenza, con gli altri settori dell'assistenza sanitaria alla persona e con i campi del sapere con i quali ha saputo contaminarsi, né impreparato, forte delle scelte etiche apprese e degli specifici strumenti collaudati attraverso l'esperienza della de-istituzionalizzazione: *"attenzione alla soggettività degli individui, ai loro diritti, alla loro centralità; sviluppo di processi di incremento del potere contrattuale; interventi a sostegno dell'inclusione e rivolte alla riduzione dei fenomeni di stigmatizzazione sociale; lavoro di rete e collegamento con le politiche e le operazioni di community care"*¹³.

Molti segnali indicano come conclusa la fase localistica e spontaneistica che ha caratterizzato la costruzione dei servizi psichiatrici fino agli anni Novanta. Le nuove sfide che si impongono agli psichiatri dei servizi pubblici sono numerose: imparare a migliorare l'uso delle risorse limitate che vengono assegnate; affrontare i più diffusi pregiudizi intorno ad una tutela della salute mentale che ha rinunciato al manicomio, in primo luogo il rischio di violenza dei malati ed il carico oggettivo che grava sulle loro famiglie, facendo nel contempo realistici conti con questi problemi; migliorare la visibilità degli interventi psichiatrici nei mezzi di comunicazione e nelle sensibilità dell'opinione pubblica, al fine di compensare e magari correggere le distorsioni percettive che alimentano quei pregiudizi; applicare le evidenze scientifiche e fare della valutazione degli esiti delle cure un esercizio sistematico all'interno dell'attività assistenziale. Tutti questi obiettivi devono essere perseguiti senza alzare la soglia di accessibilità ai servizi psichiatrici, anzi promuovendo la loro sempre più capillare prossimità con i luoghi naturali dove i bisogni di salute mentale sorgono.

¹³ Idem.



C'è poi il problema, tutto locale ma condiviso con la maggior parte delle città sede di ex edifici manicomiali, della ridestinazione d'uso dell'area, problema che evidentemente impegna altre professionalità ma al quale, a nostro parere, gli psichiatri dovrebbero offrire il loro contributo.

Che cosa noi possiamo proporre?

Negli odierni servizi psichiatrici opera una generazione di professionisti che non solo non ha mai lavorato in manicomio, ma non ne ha alcuna conoscenza. Ai più anziani ed ai pochi tra i giovani che coltivano interessi per la storia della psichiatria è affidato il fondamentale ruolo non solo di *testimonials* culturali della complessità dei passaggi dall'assistenza manicomiale alle declinazioni territoriali della cura ma, con le loro azioni, di promotori delle soluzioni ai nodi che qui abbiamo cercato di rappresentare.

Da parte nostra, promuovere l'evoluzione del Centro Studi in autentico servizio rivolto ad un pubblico ampio, in costante confronto di risorse ed obiettivi con le altre realtà del settore e con gli specialisti di discipline al confine con la psichiatria, è uno degli imperativi che dovranno guidare le strategie progettuali del Dipartimento di Salute Mentale negli anni a venire.

Nella realtà attuale, a parte utilizzi estemporanei del parco e la sistemazione degli archivi correnti dell'A.S.L. presso alcuni edifici, le uniche attività che si svolgono in quest'area sono quelle del Centro d'Incontro ed Attività Psicosociali "Il Germoglio", inserite nelle funzioni del Dipartimento di Salute Mentale, e le iniziative estive avviate da alcune associazioni locali di volontariato: la rassegna di teatro *La fabbrica delle idee*, giunta per merito della costanza di Progetto Cantoreggi alla decima edizione, la kermesse annuale delle associazioni sportive.

Il problema di fondo è che le dimensioni della struttura, tali da andare oltre qualsiasi capacità locale di intervento, rendono estremamente difficile anche la sola individuazione di un progetto che produca una visione globale non solo del futuro del luogo, ma del futuro della città legato al luogo. La vastità dell'area, come emerge dalla planimetria, apre prospettive da vertigine: un'estensione vasta quanto l'abitato concentrico spalanca un vuoto nel suo cuore più profondo, con importanti ripercussioni sull'attuale assetto urbanistico. D'altronde, quando in

Sale terapia in prossimità della sala operatoria, al primo piano del padiglione Chiarugi (Archivio Hapax, 2009).

una città c'è uno spazio vuoto da riempire, raggiungere l'obiettivo non è facile ed è oggetto di discussioni che si prolungano per anni: molte città del nostro Paese, a cominciare proprio da Torino, offrono situazioni per un aspetto o per l'altro paradigmatiche. Che futuro avrà il parco, un tempo assai curato ed oggi spesso deserto e sofferente, che cosa ci sarà al posto degli squallidi edifici manicomiali? Di sicuro, un luogo mentale. Perché qualunque cosa si decida di metterci occuperà non solo lo spazio ormai vuoto nel cuore della città, ma anche quello corrispondente all'interno delle nostre teste, in analogia con il superamento del manicomio, autenticamente tale solo se avviene anche nelle nostre menti. Da sempre, i racconigesi sono abituati a girare attorno al muro di cinta dell'ex Neuro, percorrendo gli antichi borghi dei Cappuccini e di Porta Nuova (o di S. Rocco, patrono degli appestati), con la curiosità di scorgere i segnali provenienti di là, soddisfatta soltanto dai racconti dei numerosi concittadini per i quali quello era la *fabbrica*, il luogo di lavoro; ma anche con un certo disagio per quella presenza ingombrante, che così fortemente ha contribuito a designare il carattere recente della città, e per quei muri intrisi di una sofferenza che è necessario diluire, prima di qualunque programma di riutilizzo. Tra poco, i racconigesi potranno permettersi il lusso di attraversare l'area, e non solo per gli sporadici accessi all'arena estiva. Solo che per farlo, e bene, occorre da parte di tutti, cittadini ed amministratori, uno sforzo di immaginazione. Potrebbe cominciare ad essere sufficiente un utilizzo sano del parco.

Denso com'è di alberi (circa 600, per una quarantina di specie ed essenze) giardini e di invitanti radure, con un intervento relativamente semplice di bonifica potrebbe diventare luogo ideale per mamme e bambini, area pubblica di relax – le panchine, un chiosco, un punto di distribuzione di qualcosa da leggere, magari un campo da tennis. Ma da noi le semplici aree verdi rischiano di non funzionare, esposte come sono al rischio – attuale, in verità – di diventare solo e semplice luogo di raccolta dell'emarginazione sociale. Occorre aggiungere le protezioni derivanti da una presenza istituzionale e da una dimensione culturale. Se è vero che la Racconigi del prossimo futuro ha l'intenzione di puntare una parte del suo rilancio sulla cultura, trainata dalla riscoperta della meravigliosa residenza sabauda, si potrebbero inventare atelier, spazi espositivi per artisti, luoghi visitabili, installazioni, strutture per spettacoli all'aperto, lavorando sull'identità culturale della città (l'epopea della seta, i Savoia, la funzione di servizio svolta dal manicomio) in modo da rendere l'area un valido complemento del Castello, anche in prospettiva turistica.

Un'altra tentazione, ovvia, è quella di recuperare una parte dell'area per dedicarla al ricordo di ciò che è stata. D'altronde, funziona così in tutto il mondo: appena si azzerà un settore pro-



Viale interno che conduceva alla colonia agricola dell'Ospedale (Archivio Hapax, 2009).

duttivo, sparisce una fabbrica – fosse anche *delle idee*, come la nostra – si chiude un angolo del passato e spunta un museo, in modo che i siti precedenti si trasformano repentinamente in luoghi di memoria. Nel nostro caso è necessario però evitare il rischio di cedere al fascino sinistro di un museo degli orrori, o di compiere l'operazione di ri-costruzione della memoria psichiatrica sotto il segno di una specie di necrofilica o edulcorata *nostalgia*, o della rievocazione apotropaica del "mostro", finalizzata al suo – si pensa, definitivo – esorcismo. Diciamo questo nella consapevolezza che il manicomio rimane realtà immanente e facilmente riproducibile, anche se in forme rinnovate: rimane crocchio da attraversare dentro le nostre teste e pratiche, imprescindibile lettura della scienza psichiatrica. Non si tratta semplicemente di decidere di prendere le distanze: si correrebbe il rischio di cadere nello stesso atteggiamento degli psichiatri positivisti di fine Ottocento, che liquidavano come irrazionali e barbare le pratiche dei loro predecessori prima e durante l'epoca di Pinel, incapaci di percepire la violenza e l'empirismo di cui era intrisa la *loro* filantropica "tecnica manicomiale", e che tuttora, occultati dalla *ratio* di un nuovo progetto scientifico, possono riemergere in modi rinnovati.

Ma i musei e le iniziative culturali non bastano. L'area è enorme e la sua ridestinazione d'uso significa, di fatto, ripensare il futuro di Racconigi: qualunque soluzione venisse adottata, questa inciderebbe in modo rilevante sugli assetti (urbanistici, sociali, culturali, economici, occupazionali) della città. Forse occorre pensare ad un cocktail: un terzo per migliorare la città esistente, per risarcire Racconigi che, per un secolo e mezzo, si è dovuta identificare con il luogo di segregazione della follia, della diversità e del disagio, la città dei matti buona per suscitare buffi equivoci o la facile ilarità dei paesi vicini; un terzo per sollecitare e rispondere al mercato, all'esigenza di una città più qualificata ed aperta, che non costringa i suoi abitanti ad estenuanti pendolarismi per il lavoro e per lo svago e sviluppi invece il ruolo strategico, assegnatole dalla geografia politica, di cerniera fra due province di una regione importante per il sistema Europa; un terzo, infine, per ospitare ciò che non si conosce ancora, ciò che proietterà la città nel futuro. Bisogna rovistare nelle pieghe future della storia, appena si manifestano come increspature, spiare le tendenze dei luoghi a noi più vicini e lontani. Assumere ancora una volta, come in passato, un interesse per il nuovo e verso la scoperta di orizzonti possibili: in passato furono, prima, quelli protoindustriali, con il ciclo della seta, e poi la cura della salute mentale, ed ai contemporanei sembrarono follie. In altre parole: un cocktail di idee per una nuova città, solidale, affezionata alle radici della propria identità culturale, ma intenzionata a perseguire vere prospettive di crescita economica.

