

Bodies and spaces of insanity. Towards a new bond of care between the territory and psychiatric vulnerabilities

## Corpi e spazi della follia. Verso un nuovo legame di cura tra territorio e vulnerabilità psichiatriche<sup>1</sup>

Maddalena Rossi\*

\* University of Florence, Department of Architecture; mail: [maddalena.rossi@unifi.it](mailto:maddalena.rossi@unifi.it)

Double-blind peer-reviewed, open access scientific article edited by *Scienze del Territorio* and distributed by Firenze University Press under CC BY-4.0



**How to cite:** Rossi M. (2023), "Corpi e spazi della follia. Verso un nuovo legame di cura tra territorio e vulnerabilità psichiatriche", *Scienze del Territorio*, vol. 11, n. 2, pp. 30-41, <https://doi.org/10.36253/sdt-14458>.

**First submitted:** 2023-6-7

**Accepted:** 2023-8-4

**Online as Just accepted:** 2023-8-10

**Published:** 2023-12-29

**Abstract.** The paper reflects about the relationship between space and the body affected by psychiatric vulnerability. In 1978, with Law no. 180, Italy, the first nation in the world, closed psychiatric hospitals and established a system of treatment for mental discomfort widespread in the territories. However, this system has not yet been implemented and, at the same time, especially as a result of the CoViD-19 outbreak, psychic vulnerability continues to grow. In this perspective, the paper questions what new links of care can be woven between territory and mental health. It presents a survey on how the relationship between bodies (with particular regard to the female ones) and madness developed in Italy, through the reading of spatial – architectural and urban – devices which, since the birth of the psychiatric discipline in the mid-nineteenth century, have been used over time to 'manage' mental illness. The reflections here proposed dialogue with urban planning, summoning it to deal with the concept of 'city that care', understood as a project of mental health and social cohesion based on a new 'alliance among bodies' and between them and territorial resources.

**Keywords:** body; insanity; confinement; liberation; territory.

**Riassunto.** Il paper affronta il tema della relazione tra lo spazio e il corpo affetto da vulnerabilità psichiatrica. A 45 anni dalla promulgazione della Legge 180, con cui l'Italia, prima nazione al mondo, chiuse gli ospedali psichiatrici e istituì un sistema di cura del disagio psichico diffuso nei territori, essa rimane per molti aspetti incompiuta, mentre, soprattutto a seguito dell'epidemia di CoViD-19, la vulnerabilità psichica continua a crescere. In tale prospettiva il contributo si interroga su quali nuovi legami di cura possono tessersi tra territorio e salute mentale. Esso propone una ricognizione su come in Italia si sia sviluppato il legame tra corpi (con particolare riguardo a quelli femminili) e follia attraverso la lettura dei dispositivi spaziali – architettonici e urbani – che, a partire dalla nascita della disciplina psichiatrica a metà dell'Ottocento, sono stati nel tempo utilizzati per 'gestire' la malattia mentale. Le riflessioni qui proposte entrano in dialogo con la disciplina urbanistica, chiamandola a confrontarsi con il concetto di 'città che cura', inteso quale progetto di salute mentale e di coesione sociale basato su una nuova 'alleanza tra corpi' e tra essi e le risorse territoriali.

**Parole-chiave:** corpo; follia; confinamento; liberazione; territorio.

<sup>1</sup>Questo *paper* si conclude con una nota personale dell'autrice. Le riflessioni in esso contenute sono dedicate a Barbara Capovani, concittadina dell'autrice, psichiatra, direttrice del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa, uccisa da un suo paziente mentre usciva dal luogo di lavoro qualche giorno prima della chiusura di questo articolo. A essa l'autrice aveva richiesto la disponibilità a un confronto sul testo, che sicuramente avrebbe a esso giovato in termini di accuratezza scientifica rispetto alle questioni più pertinenti alla disciplina psichiatrica. La lentezza nello scrivere e una certa tendenza dell'autrice a procrastinare non lo hanno reso possibile. Sperando di non indurle torto, le riflessioni che seguono si augurano, al contempo, di riaccendere una riflessione tra psichiatria, territorio e cura anch'essa ormai da troppo tempo procrastinata.

Le riflessioni contenute nel *paper* hanno preso corpo all'interno di un progetto di ricerca/azione svolto dall'autrice, in rappresentanza del Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze, per conto del Comune di Volterra. La ricerca, finalizzata all'attivazione di un processo di rigenerazione territoriale in affiancamento al processo di candidatura della città a Capitale italiana della cultura 2022, si è inevitabilmente confrontata col tema della relazione tra corpi, follia e territorio. Volterra ha infatti accolto uno dei più grandi ospedali psichiatrici novecenteschi d'Italia ed è attualmente sede dell'unica Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presente in Toscana. Essa ha inoltre individuato la cura della diversità e della 'devianza' quale pilastro identitario su cui appoggiare il suddetto processo di candidatura. Un grazie a Gabri e Gisberto, un saluto alla cara Fernanda ... folli tra le strade della mia infanzia.

“Se si trattano bene, i matti, sì, ma anche tutti gli altri, i bambini, gli uomini e le donne, se non si fanno cattiverie, allora succedono molte cose: emergono bisogni, si formulano desideri, nascono affettività”.  
Franco Rotelli, 8 Marzo 2023<sup>2</sup>

## Introduzione

Per chi si occupa di città e territorio lo spazio rimanda necessariamente al corpo (BIANCHETTI 2020). L'esplorazione della relazione tra lo spazio e il corpo è stata ed è alla base di ogni pratica di trasformazione spaziale perseguita dal progetto architettonico e urbanistico: “il corpo è canale di transito tra spazio e progetto: il tramite con il quale il progetto manipola lo spazio” (*ivi*, 13). Ma quale corpo? La domanda non è affatto stravagante. Come ben documentato da una copiosa letteratura che esplora il rapporto tra la città e il genere (CORTESI ET AL. 2006; KERN 2021; LEAVITT 1986; MUXÍ MARTÍNEZ 2018), l'azione progettuale e costruttiva nelle città occidentali, almeno a partire dall'età moderna, ha assunto a proprio riferimento un unico tipo di corpo più o meno coincidente con quello dell'uomo bianco, normodotato, eterosessuale, *cisgender*, benestante e produttivo (FRASER, HONNETH 2020; KERN 2021).

In realtà, come suggerito dalla riflessione scientifica dell'urbanista Giancarlo Paba,<sup>3</sup> in cui il tema del corpo compare costantemente come elemento trasversale, i corpi sono tutti profondamente diversi ma, soprattutto, difettosi (PABA 2010). Corpi, corporeità, carnalità, sessualità, pulsioni, funzioni vitali ci restituiscono, nel suo lavoro, un ritratto della diversità urbana necessariamente in contrapposizione alla standardizzazione tipica dell'urbanistica, che nasce da una considerazione anonima degli umani. I corpi sono tutti diversi e la loro diversità è alla base della ricchezza della civiltà e della comunità. Ed è quindi solo un lavoro di scavo e riconnessione delle diverse pelli che caratterizzano il corpo umano (epidermide, abito, casa, città, ambiente) che è possibile ricostruire la città dell'uomo (*ibidem*).

Ancora partendo dai corpi, Paba nel suo lavoro sfida l'urbanistica contemporanea a prendersi cura proprio di quelli che stanno ai margini della società. La città è viva, abbiamo detto, solo se è capace di sostenere le differenze e per farlo è necessario scendere tra gli ultimi e, per essi, nei loro problemi quotidiani, nel loro diritto alla città, nella loro capacità di rompere le regole e di farsi cittadini attivi (PABA 2003; 2003a).

Posizionandosi in continuità con queste riflessioni, il *paper* affronta il tema della relazione tra lo spazio e il corpo affetto da vulnerabilità psichiatrica.

Questo perché, benché siano trascorsi 45 anni della promulgazione della celebre Legge 180<sup>4</sup> – basata sulla valorizzazione delle specificità degli individui affetti da disagi psichici,

<sup>2</sup> La citazione rimanda all'ultima frase pronunciata dallo psichiatra Franco Rotelli nel colloquio con Benedetto Saraceno, Segretario Generale del *Lisbon Institute of Global Mental Health*, qualche giorno prima di morire: v. <<http://www.sossanita.org/archives/20031>> (12/2023).

<sup>3</sup> Giancarlo Paba è stato un urbanista italiano che ha sviluppato molteplici riflessioni sul tema del corpo durante la sua esperienza scientifica, con il quale l'autrice del *paper* ha collaborato per molto tempo.

<sup>4</sup> La Legge n. 180 del 13 Maggio 1978 intitolata “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, detta “Legge Basaglia” dal nome dello psichiatra triestino che guidò la riforma della salute mentale in Italia, è stata la prima legge-quadro che impose la chiusura dei manicomi istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. I suoi punti chiave: eliminazione del concetto di pericolosità dell'ammalato per sé e gli altri: il trattamento sanitario in psichiatria si basa sul diritto della persona alla cura e alla salute; rispetto dei diritti umani (ad esempio, diritto di comunicare e diritto di voto); chiusura degli ospedali psichiatrici su tutto il territorio nazionale e costruzione di strutture alternative al manicomio; servizi psichiatrici territoriali come fulcro dell'assistenza psichiatrica; istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

sulla soppressione dei manicomi e su un nuovo modello di spazializzazione della follia imperniato sulla diffusione territoriale e comunitaria della cura –, il tema del rapporto follia-territorio rimane ancora di grande attualità. Da un lato, infatti, molte delle sfide lanciate dalla riforma del '78 in termini di servizi territoriali, su cui molto potrebbe essere agito dalle discipline del progetto, sono rimaste inevase (REALI 2021); dall'altro, il disagio psichico, in un *trend* di netta crescita a seguito dell'epidemia di CoViD-19 in particolar modo in una prospettiva di genere (WHO 2022), resta un importante elemento di prova nella costruzione di città e territori più equi e inclusivi. In tale prospettiva il *paper* cerca di impostare una riflessione intorno al contributo che l'architettura e l'urbanistica possono dare alla costruzione situata di relazioni virtuose tra lo spazio e il corpo scomposto e vulnerabile dei portatori, e in particolare delle portatrici, di una qualche forma di disagio psichico.

A tal fine esso, nella sua prima parte, ricostruisce il rapporto tra corpi e follia così come si è evoluto dalla nascita, nella metà dell'Ottocento, della psichiatria come scienza autonoma, sino all'epoca contemporanea, privilegiando una lettura di genere di tale relazione.

Nella seconda parte, constatando come lo spazio, architettonico e urbano, sia stato un veicolo potente nella relazione tra psichiatria e corpi, il *paper* prova a ricostruire le pratiche spaziali che hanno, sempre tra la metà dell'Ottocento e i giorni nostri, agito tale relazione nel contesto italiano.

Le riflessioni proposte entrano in dialogo con la disciplina urbanistica, chiamandola a confrontarsi con il concetto di *città che cura* (GABAUER ET AL. 2022; THE CARE COLLECTIVE 2020), inteso quale progetto di salute mentale e di coesione sociale basato su una nuova *alleanza tra corpi* (BUTLER 2017) e tra essi e le risorse territoriali (PABA 2014).

## 1. Il corpo dei 'folli'

*Folie et déraison. Histoire de la Folie à l'âge classique* (1961) è un testo maestoso di un giovanissimo Michel Foucault, nel quale l'autore ricostruisce la genesi del concetto occidentale e moderno di *malattia mentale*, collocandone l'origine nell'Europa del XVII secolo, quando essa nasce come oggetto sociale, esito di pratiche escludenti interessate a rioccupare gli spazi fisici e i ruoli sociali lasciati vuoti dal ritirarsi della malattia organica medievale, attraverso la segregazione dei corpi degli alienati. Col *Grande internamento* avvenuto tra il XVII se il XVIII secolo si inaugura così, secondo l'autore, la storia della follia come esigenza di esclusione condensata attorno ad un'assenza (l'epidemia) che, imponendosi in qualità di oggetto sociale, determinò la crescita di un discorso psichiatrico teso al disciplinamento dei corpi 'irrequieti' attraverso il loro confinamento in spazi di 'reclusione' dedicati.<sup>5</sup> Sarà quindi il *corpo malato* – diminuito, difettoso, minaccioso – l'oggetto principale da cui difendere l'ordine sociale costituito, mediante pratiche di esclusione e di rimozione dello stesso attuate attraverso lo spazio, meccanismo preferenziale per il suo *disciplinamento*.

---

all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie; trattamento sanitario di norma volontario e basato su prevenzione, cura e riabilitazione; interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extraospedaliero attraverso lo strumento del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO); introduzione del concetto di correlazione funzionale tra SPDC o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.

<sup>5</sup> Secondo quanto già stava avvenendo nello spazio carcerario per quel che riguarda le prigionie; nello spazio domestico borghese attraverso il dispositivo di sessualità; nello spazio ospedaliero perlustrato e settorializzato dallo sguardo medico.

### 1.1 Il corpo malato e le sue 'femminili nevrosi'

L'affermarsi, nella seconda metà dell'Ottocento, della disciplina psichiatrica come scienza autonoma (RIZZOLI 2012) segna un progressivo posizionamento del *corpo* dei soggetti marginali come 'oggetto' principale della diagnosi e della cura della malattia mentale. Tale pratica assume particolare evidenza se analizzata in una prospettiva di genere, secondo un allora vigente "doppio criterio di salute mentale" per cui le donne affette da nevrosi erano sottoposte a un giudizio e a un trattamento più duro rispetto agli uomini nella stessa condizione (HARRISON 1976, 106).<sup>6</sup>

I fascicoli delle donne ricoverate nei manicomi italiani tra la fine dell'800 e gli anni '60 del Novecento,<sup>7</sup> consentono di evidenziare la centralità del corpo nelle teorizzazioni alla base delle diagnosi psichiatriche delle nevrosi femminili.

La 'scientificamente provata' inferiorità biologica del corpo della donna,<sup>8</sup> ritenuto naturalmente difettoso e manchevole rispetto a quello dell'uomo (ORVIETO 2002), le lasciava la sola attitudine alla maternità e alla cura e una sostanziale<sup>9</sup> e naturale impossibilità a potersi guadagnare spazi diversi da quelli domestici (VALERIANO 2017). L'involucro fragile in cui si immaginava contenuta la natura femminile giustificava dunque la necessità che fosse la famiglia l'unico recinto in cui essa poteva muoversi, finendo così per esprimere una personalità addomesticata. Vi era, in quest'ottica, l'esigenza di controllare soprattutto le espressioni della sessualità femminile, che divenne così l'elemento attorno al quale furono costruiti la maggior parte dei quadri patologici relativi alle nevrosi femminili. Le cosiddette *pazze morali*, ad esempio, come si può evincere dalla lettura dei diari clinici degli ospedali psichiatrici novecenteschi,<sup>10</sup> erano affette da una femminilità deviante, periferica, contro natura (GIBSON 2004) e, incapaci con le loro condotte intemperanti, la loro inadeguatezza e scompostezza fisica, di conformarsi all'ideale di sposa e madre, rischiavano di intaccare il patrimonio biologico e morale della società (VALERIANO 2017).

Attorno a queste e ad altre anomalie della femminilità, spesso intersecanti emarginazione, povertà estrema e assenza di rete sociale di supporto,<sup>11</sup> è allora necessario agire per contenere la devianza. Ed è così che il corpo, scomposto, esuberante, ingovernabile, sconcio, in quanto causa della propria follia, diviene oggetto primario di azioni di cura psichiatrica – praticate in Italia sino alla promulgazione della Legge 180 – basate su pratiche, spesso disumanamente violente, di controllo, contenzione e contenimento, innanzitutto attraverso la reclusione senza ritorno negli istituti manicomiali.<sup>12</sup>

### 1.2 Il corpo liberato

<sup>6</sup> Si noti che il testo di Lieta Harrison fu pubblicato dalla Casa editrice Edizioni delle Donne, nata nel 1974, che ebbe un grande ruolo, nell'Italia degli anni '70, nella riflessione del pensiero femminista sul diritto alla salute, non solo fisica ma anche mentale.

<sup>7</sup> Di cui rimane una copiosa letteratura (FIORINO 2002; SETARO 2017).

<sup>8</sup> "Il cranio femminile ha somiglianza con l'infantile e il cervello della donna pesa meno di quello dell'uomo" (LOMBROSO, FERRERO 1903, 21); "il volume e la forma del cervello dell'uomo incolto si avvicina assai al volume e alla forma della donna colta" (WIGHT 1881, 171).

<sup>9</sup> "Mentre l'uomo lotta col lavoro, collo studio, coll'ingegno, col genio [...] la donna lotta colla grazia, colla simpatia, colla bellezza, perché la sua vita intera si svolge in direzione prevalentemente sessuale fino al suo più nobile ed elevato compito che è quello della maternità" (TONNINI 1890, 106).

<sup>10</sup> V. <<https://cartedalegare.cultura.gov.it/home>>.

<sup>11</sup> Si ricorda che adulate, prostitute, lesbiche, donne irrequiete, emancipate, dal temperamento ostinato e ribelle, ragazze madri erano tutte considerate casi anomali di femminilità la cui condizione, anche solo su richiesta del marito, poteva trasformarsi in diagnosi psichiatrica di nevrosi.

<sup>12</sup> La segregazione dei malati nelle strutture manicomiali prevedeva di regola pratiche disumane di cura sui loro corpi – *elettroshock*, lobotomia, bagni di alghe, ecc. – su cui esiste una copiosa letteratura.

A partire dagli anni '60 prenderà avvio in Italia il processo di *deistituzionalizzazione* degli istituti psichiatrici,<sup>13</sup> ancorato al pensiero di Franco Basaglia, promotore di un ripensamento radicale della psichiatria (BAIONI, SETARO 2017). Il pensiero basagliano punterà a ridare voce, dignità e soggettività ai corpi malati segnandone una *riabilitazione*, non solo in termini di potenzialità incarnata, ambigua, dinamica e identitaria dell'individuo ad agire, ma anche nella relazione che connette il corpo sofferente con l'esterno e con lo spazio (BASAGLIA 1981). Tali fattori porteranno a recuperare una concezione della malattia mentale situata nei corpi e nei luoghi e a far uscire la stessa dalla sua condizione di invisibilità, riportando i/le *folli nelle strade* e, per esse, tra la gente. Furono tre figure femminili, Franca Ongaro, Assunta Signorelli<sup>14</sup> e Giovanna Del Giudice, solidi perni tra le collaborazioni di Basaglia, a portare la questione di genere all'interno del movimento basagliano dell'antipsichiatria, segnalando, tra le molte cose, la disparità di trattamento all'interno degli istituti psichiatrici tra i malati e le malate e l'intima correlazione tra disagio mentale e modelli femminili imposti da una società patriarcale, e denunciando, al contempo, la scarsa attenzione del movimento alla questione di genere per i corpi sia dei malati che del personale sanitario (ONGARO 1982; DEL GIUDICE 1996; RAMONDINO ET AL. 2008; SIGNORELLI 2015).<sup>15</sup> Nonostante questi evidenti limiti il movimento basagliano, con un pragmatismo inusuale sulla scena italiana, riuscirà a far confluire la contestazione antipsichiatrica nel movimento di lotta per i diritti civili degli anni '60 e '70 (BURTI 1994), cui afferivano anche i collettivi femministi impegnati nella costruzione di una medicina della donna (VALENTI, 2021), e a inserire la liberazione dei malati e delle malate mentali nei programmi dei partiti progressisti, assicurando un'ampia base di validazione e supporto al processo di deistituzionalizzazione (BURTI 1994) e riuscendo nel 1978 a portare l'Italia, prima nel mondo, alla liberazione dei corpi dagli asili della follia.

### 1.3 Il corpo senza luogo

La storia del corpo folle, a seguito della promulgazione della Legge 180 e della conseguente chiusura definitiva dei manicomi nel 1999, in controtendenza a quanto auspicato da Basaglia – che, immaginando la creazione di servizi di comunità, permeabili al contesto sociale e capaci di prendersene carico tramite la cura delle persone, riteneva che la riforma avrebbe potuto portare dentro la medicina corpi vivi, donne e uomini, storie di persone e di luoghi, cittadini con diritti, bisogni e parola (REALI 2021) – è stata una storia tradita da una sostanziale inattuazione, per un combinato disposto di fattori politici e disciplinari (BRUNO 2018; REALI 2021), dei meccanismi di gestione e atterraggio territoriale in cui la portata innovativa della riforma avrebbe dovuto concretizzarsi.

---

Quello su cui però qui mi vorrei soffermare sono quelle pratiche comuni, *quotidiane*, riservate a tutti i corpi in ingresso nelle strutture manicomiali, anche a quelli dei cosiddetti *tranquilli*, che prevedevano una progressiva sottrazione d'identità alla persona riducendola a mero corpo, a partire dalla pratica di sottrazione agli ammalati, al momento del loro ingresso in manicomio, di ogni tipo di oggetto personale (si veda a tal proposito il concetto di derealizzazione in ESPOSITO 2014).

<sup>13</sup>Tale processo servirà sia a elaborare e ad affermare una teoria sul superamento del manicomio, sia a fornire una base di conoscenza pratica per l'impostazione della riforma nazionale del 1978 (BURTI 1994).

<sup>14</sup>Al suo lavoro, come a quello di molte altre donne, si dovrà l'istituzione del Centro Donna Salute Mentale di Trieste menzionato più avanti nel testo.

<sup>15</sup>Fattori questi che porteranno Signorelli ad auspicare, per il corpo femminile malato, una correlazione fra identità, differenza e autodeterminazione dai tratti decisamente innovativi: "allora è sulla rivendicazione di un'identità soggettiva e diversa per ciascuna che bisogna impegnarsi. E per farlo è necessario mettere al centro la questione dell'autodeterminazione" (SIGNORELLI 2015, 85).

Questa storia, intersecandosi con i processi di privatizzazione della sanità pubblica (GIANNICCHEDDA 2020), consegna oggi al Paese un sistema di gestione della malattia psichiatrica interessato più alla malattia che al malato (REALI 2021). I corpi degli attuali folli, sospesi tra neo-istituzionalizzazione e abbandono, transitano così tra ambulatori, liste d'attesa, brevi internamenti e lunghe degenze in una "pletora di residenze variamente denominate" (GIANNICCHEDDA 2020, 6) mentre quelli del personale sanitario sono esposti a sovraccarico e insicurezza. Allo stesso tempo innumerevoli sono le voci, soprattutto dopo la pandemia del CoViD-19, che denunciano il crescere di un disagio psichico sempre più elevato soprattutto tra le donne (WHO 2022), a causa dell'intersezione di una pluralità di fattori.

## 2. Gli spazi della follia

### 2.1 L'igienismo progettuale dei manicomi italiani tra Otto e Novecento

A partire dalla fine dell'Ottocento, il corpo malato è stato preso in cura dalla cultura del progetto architettonico e urbanistico in modi numerosi e differenziati, in maggioranza riconducibili alla grande illusione della medicalizzazione dello spazio e alla lunga parabola dell'igienismo (BIANCHETTI 2020), in nome di un mondo sano e ordinato. Saranno le grandi inchieste sanitarie che si diffonderanno in Europa e in Italia nella seconda metà dell'Ottocento (BENEVOLO 1963; ZUCCONI 1989; GIOVANNINI 1996) a riscrivere, per la prima volta, lo spazio urbano in funzione della segregazione dei corpi malati. In tale parabola, la storia del trattamento spaziale del corpo affetto da malattia mentale via segregazione fisica occupa sicuramente una posizione di rilievo. Se infatti non mancano già in età moderna esempi di asili per il ricovero coatto dei folli, è nel XIX secolo che si creano apposite strutture destinate al ricovero e alla cura dei cosiddetti 'alienati', dapprima con la trasformazione di antiche sedi di ordini religiosi soppressi, poi, sempre più spesso, mediante nuove costruzioni. In Italia l'architettura manicomiale si sviluppa a partire dalla fine dell'Ottocento e avrà un largo impulso agli inizi del Novecento a seguito della promulgazione della Legge 14 Febbraio 1904, n. 36, che per prima regolamenterà la disciplina psichiatrica. Secondo il nuovo quadro normativo gli istituti psichiatrici erano chiamati a svolgere un ruolo prevalentemente repressivo e segregante, a causa della connessione che esso stabiliva tra malattia mentale e pericolosità sociale (DOTI 2013).

Fortemente influenzato da modelli europei e d'oltre oceano, il progetto di manicomio sperimenta nell'Italia dell'inizio del Novecento differenti soluzioni d'impianto<sup>16</sup> e stili diversi, espressione di indirizzi coevi e di orientamenti individuali di psichiatri e progettisti (AJROLDI ET AL. 2013; FBSR 1998). Al di là delle diverse declinazioni tipologiche, quello che accomuna tali complessi è una logica progettuale segregativa, ispirata dal principio dell'isolamento del folle posto alla base del suo trattamento *morale* da parte dell'alienista e finalizzata alla protezione della comunità, sia in termini urbanistici che architettonici (AJROLDI ET AL. 2013).

Dal punto di vista urbanistico, i manicomi dovevano quindi localizzarsi lontano dal cuore della città, prediligendo una posizione appartata, rivolta verso la campagna, sul margine dell'insediamento, quasi sempre a ridosso della linea delle fortificazioni e possibilmente nelle immediate vicinanze di un cimitero, al fine se non altro di minimizzare le spese di trasporto delle salme al momento della morte (DOTI 2013).

<sup>16</sup> Dal tipo a blocco, compatto o articolato, a quello a padiglioni connessi o isolati, fino al sistema 'disseminato' o 'a villaggio' (DOTI 2013).

Il manicomio moderno nasce infatti per rispondere a due diverse logiche, di tipo sociale e di tipo medico, che si declinano nella funzione del custodire, isolando i folli come in un carcere senza colpa, e del curare in una prospettiva medicalizzata, in un ospedale dalla permanenza non transitoria ma definitiva.

Architettonicamente i manicomi erano circondati da mura e da inferriate, e si strutturavano su ampie superfici, tali da consentire, dal punto di vista architettonico, di dividere i corpi degli alienati in base al sesso nonché al tipo e all'intensità della loro malattia. In quest'ottica alle donne erano riservati reparti o padiglioni speciali, anch'essi divisi in base alla loro pericolosità (SIEBERT, SIGNORELLI 2008; SIGNORELLI 2015), nei quali la logica segregativa assumeva una particolare violenza in virtù del principio della *doppia esclusione* (DEL GIUDICE 1996), per cui le donne alienate erano sottoposte ad una doppia sopraffazione supplementare rispetto ai malati maschi: quella della società, insensibile e ingiusta nei confronti della donna, e quella dell'istituzione manicomiale, che imponeva modelli comportamentali esclusivamente maschili.

## 2.2 Dismissione degli ospedali psichiatrici e territorializzazione della cura psichiatrica

Il percorso di deistituzionalizzazione in Italia fu accompagnato da due distinti processi di natura spaziale: quello della dismissione degli ospedali psichiatrici e quello, di scala territoriale, di costruzione di una rete diffusa di strutture extraospedaliere.

Il primo processo, che troverà nella Legge 180 la propria legittimità normativa, si concluderà nel 1999 con la definitiva chiusura dei manicomi, lasciando sul territorio italiano un ampio patrimonio edilizio, spesso di pregio, da riqualificare e aprendo, in proposito, un importante dibattito prevalentemente interno alla disciplina architettonica (AJROLDI ET AL. 2013; FBSR 1998).

Il secondo processo, quello territoriale, introdurrà un modello di gestione della cura psichiatrica alternativo al manicomio, basato su un'organizzazione decentrata, costituita da una rete flessibile di strutture extraospedaliere, capaci di confrontarsi più direttamente con i bisogni psichiatrici delle popolazioni attraverso la creazione di servizi di comunità, permeabili al contesto sociale e capaci di curare il paziente prendendosene cura come persona (REALI 2021). L'attuazione di tale modello, basato sul protagonismo del territorio, non riuscì, all'epoca, ad intersecarsi con il dibattito urbanistico, prevalentemente concentrato nella gestione della fase espansiva della città e comunque impreparato a cogliere le opportunità di una pianificazione di scala territoriale basata su un modello di sviluppo policentrico del territorio, ancorato a un decentramento diffuso dei servizi e al protagonismo delle comunità (BONOMI 2020), entro cui avrebbero potuto innestarsi esperienze di medicina di comunità. Alcune eccezioni in questo senso proverranno proprio dall'esperienza dei collettivi femministi di medicina della donna, come l'esperienza del Centro Donna Salute Mentale, che fu una struttura di assistenza riservata alle donne e gestita da sole donne attiva a Trieste dal 1992 al 2000 (VALENTI 2021).

## 2.3 Contro un nuovo igienismo

Il sistema diffuso della cura psichiatrica tra luoghi e comunità, postulato dalla riforma normativa degli anni '60, non ha mai avuto una piena attuazione (BRUNO 2018; REALI 2021; SARACENO 2021). Al contrario, il modello spaziale tipico del regime di cura pre-basagliano basato sulla reclusione dei corpi malati nei grandi centri, in una spirale di rafforzamento del binomio intervento biomedico - ospedalizzazione, è tornato ad essere la risposta maggiormente diffusa al disagio psichico (SARACENO 2021). Così

il letto continua a rappresentare la *risposta* prevalente alle patologie di lunga durata, soprattutto quelle psichiatriche: il termine *residenzialità* è divenuto dominante in quasi tutti i sistemi sanitari regionali ove abbondano forme diverse di residenze, più o meno protette, più o meno manicomiali, pubbliche o private o private convenzionate (SARACENO 2020a, 3).

Il letto dunque come *spazio* concreto e simbolico del contemporaneo e pervasivo riaffermarsi di una relazione dissimmetrica di cura del disagio psichico, nella quale la posizione distesa del corpo malato e quella eretta del corpo del medico simboleggiano, e concretamente realizzano, quella differenza di potere fra curato e curante basata su un ritorno all'oggettivizzazione del corpo del folle (ROTELLI 2018).

In contrasto a tale tendenza molte, in ambito nazionale,<sup>17</sup> sono le voci interne alla disciplina psichiatrica che, sottolineando l'urgenza di rafforzare il sistema di psichiatria territoriale previsto dalla Legge 180, evidenziano il ruolo strategico che, a tal fine, possono avere le discipline del progetto (SARACENO 2020a) in termini di sperimentazioni di nuovi modelli abitativi e urbanistici (MINISTERO DELLA SALUTE 2021) capaci di situare spazialmente una concezione della cura del disagio psichico basata sulla centralità e sul protagonismo dei corpi (ROTELLI 2018; SARACENO 2020a) e sulla loro capacità di creare alleanze in seno alla comunità.<sup>18</sup> Significativo in tal senso è il progetto *Housing e salute mentale*,<sup>19</sup> promosso e coordinato dal Dipartimento di salute mentale della ASL ROMA 2 e finalizzato all'individuazione di un set di indicatori di qualità che possano fungere da linee guida europee per i percorsi di *recovery* nella salute mentale. Esso promuove processi di *housing* diversificati (*housing first*, *housing step by step*, *custodial housing*, *supportive housing*) in relazione alle diverse vulnerabilità psichiatriche e indica come fondamentale indicatore di qualità degli stessi la presenza di tutta una serie di risorse territoriali, sia fisiche (negozi di vicinato, servizi di trasporto pubblico efficienti, centri civici e ricreativi, servizi sanitari e scolastici, spazi pubblici, spazi verdi) che relazionali (sicurezza urbana, sostegno della comunità, partecipazione).

In tema di *housing* sono molti i contributi che derivano anche dall'ambito internazionale della disciplina psichiatrica (ALJUNAIDY, ADI 2020; BRUNT, HANSSON 2004; CARRERE ET AL. 2020; DE HEER-WUNDERINK ET AL. 2012; PALACIOS-CEÑA ET AL. 2018) e che evidenziano gli effetti benefici che strutture abitative basate su piccole residenze comunitarie (BRUNT, HANSSON 2004; DE HEER-WUNDERINK ET AL. 2012) o pratiche di *co-housing* (CARRERE ET AL. 2020; PALACIOS-CEÑA ET AL. 2018) hanno sulle persone affette da gravi disturbi psichiatrici, in termini di rafforzamento delle relazioni interpersonali e di un migliore accesso al mondo e quindi a percorsi di autonomia.

## 2.4 Architettura e urbanistica alla prova della città che cura

Le risposte attuali dell'architettura e dell'urbanistica alle sfide lanciate dalla disciplina psichiatrica per realizzare un sistema di psichiatria territoriale sono timide.

<sup>17</sup> È quanto emerge, ad esempio, dal Seminario intitolato *Verso la Conferenza Nazionale per la Salute Mentale. Sostegno all'abitare: dalla struttura residenziale a casa propria. Esperienze, ostacoli, soluzioni per il diritto alla vita indipendente* (svoltosi online il 6 Marzo 2021), e dalla Seconda Conferenza nazionale per la salute mentale (svoltasi a Roma il 25-26 Giugno 2021), promossa dal Ministero della Salute e intitolata proprio *Per una salute mentale di comunità*, che ha dedicato uno degli otto tavoli di lavoro al tema dell'abitare.

<sup>18</sup> Secondo un'idea di *città sociale*, così come formulata dallo psichiatra Franco Rotelli (2018), ovvero intesa come capacità di aver cura di sé e degli altri in un habitat relazionale e condiviso in cui il lavoro sanitario si intreccia da un lato con la vita quotidiana e le azioni di cura spontanea autopromosse dalle comunità locali, dall'altro con una progettualità più vasta e integrata con altre discipline, tra le quali appunto architettura e urbanistica.

<sup>19</sup> Progetto europeo inquadrato nella cornice "Erasmus+": <<http://www.housing-project.eu>> (12/2023).

Nel contemporaneo contesto scientifico dell'architettura non si rilevano riflessioni mirate sul tema.

Nel campo dell'urbanistica e della pianificazione territoriale i principali contributi sul trattamento spaziale dei corpi affetti da disagio psichico provengono dall'ambito internazionale. Una prima serie di riflessioni si collocano all'interno del paradigma dell'*urban design for mental health* (ROE, MCCAY 2021). Questi orientano il proprio interesse alla prevenzione e alla protezione dalla malattia mentale attraverso la costruzione di città sane e verdi, correndo il rischio, altrove già rilevato (BORASI, ZARDINI 2012; BIANCHETTI 2020), di attribuire allo spazio un potere terapeutico deterministico, in cui il crinale verso una nuova forma di igienismo risulta labile. Concentrandosi principalmente sulla prevenzione del disagio psichico mediante l'attribuzione di un ruolo sostanziale alle qualità fisiche dello spazio, sembrano infatti rimuovere il peso della responsabilità collettiva nel trattamento dello stesso, allontanandosi da una prospettiva di diritto alla salute, intesa non come assenza di malattia ma come cura della stessa in seno alla comunità (SARACENO 2020a; BONOMI 2020).

Più fertili sembrano invece le riflessioni collocabili nel paradigma della *care city* (GABAUER ET AL. 2022; THE CARE COLLECTIVE 2020), che ragionano sulla spazializzazione (architettonica e urbanistica) dei diversi regimi di cura. Esse, interrogandosi sulla perimetrazione di tale concetto, lo identificano nello spazio relazionale, basato su presupposti di reciprocità e solidarietà (MADANIPOUR 2022), dell'*essere in comune*, sviluppando quindi l'idea che lo spazio urbano sia il prodotto visibile della presenza o dell'assenza di tale relazione. Posizionarsi nel paradigma della *care city* impone quindi al progetto architettonico e urbano di guardare, *in primis*, ai meccanismi di potere che modellano città e territori (FRASER 2017) e quindi di riconoscere le vulnerabilità multiple e sovrapposte e la natura intersezionale dei differenti assi di discriminazione (GABAUER ET AL. 2022a), tra cui appunto quelli relativi al rifiuto/rimozione dei corpi dei folli. Interpretare la cura come forma di reciprocità e solidarietà (MADANIPOUR 2022), ovvero come una relazione tra pari, permette inoltre di superare lo squilibrio di potere tra assistenza e cura, riabilitando l'orizzontalità delle posizioni del corpo del curante e quello del curato e, quindi, rimettendo al centro l'*empowerment* delle persone (SARACENO 2020a). Infine, usare la cura come lente concettuale e come prospettiva empirica delle azioni del progetto significa riconoscere e confrontarsi con un importante *corpus* di lavoro accademico e di attivismo femminista, sviluppatosi a partire dagli anni '70 (GABAUER ET AL. 2022a), all'interno del quale possono essere individuate tracce e pratiche di spazializzazione di un regime di cura solidale, utili per ripensare la relazione tra territorio e follia, così come espressa dalla Legge 180.

In tale prospettiva possono essere ripercorse e reinterpretate alcune sperimentazioni abitative femministe che si diffusero in Europa a partire dagli anni '70, basate su un modello di abitare collaborativo in cui le persone condividevano i diversi lavori domestici di accudimento e cura. Tra queste merita di essere ricordato il lavoro del gruppo femminista svedese BiG, che si tradurrà nella costruzione della prima casa collettiva svedese elaborata nel 1979 a Göteborg, ovvero il *co-housing* Stacken, a cui seguirà nel 1983 un'analogo sperimentazione a Stoccolma, la Prästgårdshagen, nel sobborgo di Älvsjö (GUIDARINI 2018). Sempre tra la fine degli anni '70 e gli inizi degli anni '80, a Londra, il gruppo di progetto di Nina West Homes costruì e/o ristrutturò oltre sessantatré unità abitative in sei siti per genitori *single* basate su pratiche di cura collettiva e condivisione dei lavori domestici (*ibidem*). Infine, grande teatro di sperimentazione di modelli di *co-housing* collaborativi basate sulle esigenze delle donne e sulla necessità di condivisione delle azioni di cura fu la Vienna degli anni '90.

Qui il primo modello abitativo sperimentato fu il complesso residenziale Frauen-Werk-Stadt I (Donne-Lavoro-Città I), ormai noto a livello internazionale per la sua natura pionieristica: un plesso di appartamenti progettati da e per le donne nel Distretto 21 della città (*ibidem*). Tutte queste esperienze aiutano a trovare risposte per nuovi modelli di *abitare la salute mentale* capaci di garantire inclusione e indipendenza dei corpi dei folli attraverso meccanismi di *welfare* generativo che hanno al centro la casa.

Un altro filone di riflessioni femministe particolarmente fertili nel ridisegnare la relazione tra territorio e follia riguarda tutte quelle esperienze che, ripensando il rapporto tra uomo e natura nel tentativo di affermare principi di eco-giustizia alimentare, trasformano terreni urbani interstiziali in luoghi comunitari dedicati alla coltivazione di cibo per il proprio sostentamento e la propria autodeterminazione (DI CHIRO 2015). Fenomeno diffusosi negli Stati Uniti d'America a partire dagli anni 2000 (CERTOMA 2011), in cui l'esperienza più conosciuta è sicuramente quella dell'attivismo delle *Guardian Angels* di Detroit (WHITE 2011; BAKER 2020), si è poi esteso in molte capitali europee e nel Sud del mondo (KRASNY, TIDBALL 2015). Sperimentazioni di questo tipo suggeriscono meccanismi innovativi potenzialmente in grado di lavorare sull'autonomia lavorativa del corpo affetto da disagio psichico, rigenerando e al contempo utilizzando il territorio come *chance* (PABA 2014).

### 3. Verso un nuovo rapporto tra territorio e follia

Il percorso di ricostruzione del rapporto tra corpo, disagio psichico e spazio ha messo in evidenza come in Italia, a partire dagli anni '60, sia stato messo in moto un pionieristico lavoro di superamento della stigmatizzazione e della segregazione fisica del corpo malato che sino a quel momento, attraverso la sua reclusione nei grandi istituti psichiatrici, era stata particolarmente dura e violenta, soprattutto relativamente alla dimensione di genere. La riabilitazione in termini di identità e dignità del corpo sviluppata dal processo di deistituzionalizzazione doveva essere supportata da un sistema capillare e solidaristico di presa in cura della salute mentale da parte dei territori e delle comunità, che però, tranne per alcune eccezioni sviluppate all'interno di movimenti femministi basati sull'autodeterminazione della cura, non si è mai realizzato. Attualmente l'interesse sul ruolo del progetto architettonico e urbanistico nel raggiungimento di tale prospettiva sembra essere molto debole soprattutto in ambito nazionale, anche se domande esplicite in tal senso arrivano nette dalla disciplina psichiatrica. Nasce quindi l'esigenza di riaprire alcune riflessioni in merito, che guardino alla salute psichica di comunità in un'ottica di cura. In questo le sollecitazioni provenienti dalla letteratura femminista relativa alla cura come presupposto di democrazia (SERUGHETTI 2020) e di costruzione di città e territori più giusti e più equi (KERN 2021; THE CARE COLLECTIVE 2020) possono segnare una strada chiara da seguire.

#### Riferimenti

- AJROLDI C., CRIPPA M.A., DOTI G., GUARDAMAGNA L., LENZA C., NERI M.L. (2013 - a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano.
- ALJUNAIDY M.M., ADI M.M. (2020), "Architecture and mental disorders: a systematic study of peer-reviewed literature", *Health Environments Research & Design Journal*, vol. 14, n. 3, pp. 320-330.
- BAIONI M., SETARO M. (2017 - a cura di), *Asili della follia. Storie pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa.

- BAKER R. (2020), "Racial capitalism and claims to space in post-bankruptcy Detroit", in ÖZKAN D., BÜYÜSARAÇ G. (a cura di), *Commoning the city. Empirical perspectives on urban ecology, economics and ethics*, Routledge, London, pp. 25-36.
- BASAGLIA F. (1981), *Scritti I. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino.
- BENEVOLO L. (1963), *Le origini dell'urbanistica moderna*, Laterza, Bari.
- BIANCHETTI G. (2020), *Corpi tra spazio e progetto*, Mimesis, Milano.
- BONOMI A. (2020), "Editoriale", in SARACENO B., "Lezioni per il dopo. Salute Comunità Democrazia", *Communitas*, Quaderni 01, pp. 4-9.
- BORASI G., ZARDINI M. (2012), *Imperfect health. The medicalization of architecture*, Lars Muller, Zurich.
- BRUNO D. (2018), "I primi 40 anni della Legge 180. La sfida continua", *Salute Internazionale*, <<https://www.saluteinternazionale.info/2018/06/i-primi-40-anni-della-legge-180-la-sfida-continua/>> (04/2023).
- BRUNT D., HANSSON L. (2020), "The quality of life of persons with severe mental illness across housing setting", *Journal of Psychiatry*, vol. 58, n. 4, pp. 293-298.
- BURTI L. (1994), "Deistituzionalizzazione, riforma psichiatrica italiana e sua applicazione: evoluzione di una rivoluzione", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 3, n. 2, pp. 91-94.
- CARRERE J., REYES A., OLIVERAS L., FERNANDEZ A., PERALTRA A., MONOVA A., PÉREZ K., BORRELL C. (2020), "The effect of cohousing model on people's health and wellbeing: a scoping review", *Public Health Review*, vol. 41, n. 22, <<https://doi.org/10.1186/s40985-020-00138-1>>.
- CERTOMÀ C. (2011), "Critical urban gardening as a post-environmentalist practice", *Local Environment*, vol. 16, n. 10, pp. 977-987.
- CORTESI G., CRISTALDI F., DROOGLEEVER FORTUJUN J. (2006), *La città delle donne. Un approccio di genere alla geografia urbana*, Pàtron, Bologna.
- DE HEER-WUNDERINK C., VISSER E., SYSTEMA S., WIERSAM D. (2012), "Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs", *Psychiatric Services*, vol. 63, n. 11, pp. 1102-1107.
- DEL GIUDICE G. (1996), "Le donne nel manicomio", in SIGNORELLI S. (a cura di), *Fatevi regine*, Sensibili alle Foglie, Roma, pp. 80-88.
- DI CHIRO G. (2015), "A new spelling of sustainability: engaging feminist-environmental justice theory and practice", in HARCOURT W., NELSON I. (a cura di), *Practising feminist political ecologies*, Zed Book, London, pp. 211-237.
- DOTI G. (2013), "Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie", in AJROLDI C., CRIPPA M.A., DOTI G., GUARDAMAGNA L., LENZA C., NERI M.L. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano, pp. 15-28.
- ESPOSITO R. (2014), *Le persone e le cose*, Einaudi, Torino.
- FRASER N. (2017), *La fine della cura. Le contraddizioni sociali del capitalismo contemporaneo*, Mimesis, Milano.
- FRASER N., HONNETH A. (2020), *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche*, Meltemi, Milano.
- FOUCAULT M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la Folie à l'âge classique*, Plon, Paris.
- FIORINO V. (2002), *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia.
- FBSR - FONDAZIONE BENETTON STUDI RICERCHE (1998 - a cura di), *Per un atlante degli Ospedali Psichiatrici pubblici in Italia*, Fondazione Benetton Studi Ricerche, Treviso.
- GABAUER A., KNIERBEIN S., COHEN N., LEBUHN H, TROGAL K., VIDERMAN T., HASS T. (2022 - a cura di), *Care and the city: encounters with urban studies*, Routledge, London.
- GABAUER A., KNIERBEIN S., COHEN N., LEBUHN H, TROGAL K., VIDERMAN T., HASS T. (2022a), "Care, uncare, and the city", in I.D.D. (a cura di), *Care and the city: encounters with urban studies*, Routledge, London, pp. 3-14.
- GIANNICCHEDDA M. (2020), "Clima di restaurazione sulla riforma psichiatrica", *Il Manifesto*, 28.8.2020, p. 6.
- GIBSON M. (2004), *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Mondadori, Milano.
- GIOVANNINI C. (1996), *Risanare la città. L'utopia igienista alla fine dell'Ottocento*, Franco Angeli, Milano.
- GUIDARINI S. (2018), *New urban housing. L'abitare condiviso in Europa*, Skira, Milano.
- HARRISON L. (1976), *Donne, povere matte. Inchiesta nell'Ospedale Psichiatrico di Roma*, Edizioni delle Donne, Roma.
- KERN L. (2021), *La città femminista. La lotta per lo spazio in un mondo disegnato da uomini*, Treccani, Roma.
- KRASNY M.E., TIDBALL K.G. (2015), *Civic ecology. Transformation and adaptation from the ground up*, The MIT Press, Cambridge Mass..
- LEAVITT J. (1986), "Feminist advocacy planning in the 1980s", in CHECKOWAY B. (a cura di), *Strategic perspectives on planning practice*, Lexington Books, Lexington, pp. 183-194.
- LOMBROSO C., FERRERO G. (1903), *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino.
- MADANIPOUR A. (2022), "Critical reflections on care", in GABAUER A., KNIERBEIN S., COHEN N., LEBUHN H, TROGAL K., VIDERMAN T., HASS T. (a cura di), *Care and the city: encounters with urban studies*, Routledge, London, pp. 15-23.

- MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Per una salute mentale di comunità*, Atti della seconda Conferenza Nazionale per la salute mentale, Roma 25-26 Giugno 2021, Ministero della Salute, Roma.
- MUXÍ MARTÍNEZ Z. (2018), *Mujeres, casas y ciudades. Más allá del umbral*, DPR-Barcelona, Barcelona.
- ONGARO F. (1982), *Una voce. Riflessioni sulla donna*, Il Saggiatore, Milano.
- ORVIETO P. (2002), *Misoginie. L'inferiorità della donna nel pensiero moderno*, Salerno Editrice, Roma.
- PABA G. (2003 - a cura di), *Insurgent city. Racconti e geografie di un'altra Firenze*, Mediaprint, Firenze.
- PABA G. (2003a), *Movimenti urbani. Pratiche di costruzione sociale della città*, Franco Angeli, Milano.
- PABA G. (2010), *Corpi urbani. Differenze, interazioni, politiche*, Franco Angeli, Milano.
- PABA G. (2014), "Il territorio come chance", *La nuova città*, vol. 9, n. 3, pp. 16-23.
- PALACIOS-CEÑA D., MARTÍN-TEJEDOR E.A., ELÍAS-ELÍSPURU A., GARATE-SAMANIEGO A., PÉREZ-CORRALES J., GARCÍA-GARCÍA E. (2018), "The impact of a short-term cohousing initiative among schizophrenia patients, school students, and their social context. A qualitative case study", *PLoS One*, vol. 13, n. 1, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190895>>.
- RAMONDINO F., SIEBERT R., SIGNORELLI A. (2008), *In direzione ostinata e contraria*, Tullio Pironti, Napoli.
- REALI E. (2021), "Chi era Franco Basaglia. Ricordarlo per diminuire la distanza", *180° L'altra metà dell'informazione*, n. 73, pp. 5-7.
- RIZZOLI A.A. (2012), "La nascita della moderna psichiatria", *Psychiatry On Line Italia*, <<http://www.psychiatryonline.it/node/2132>> (12/2023).
- ROE J., McCAY L. (2021), *Restorative cities. Urban design for mental health and wellbeing*, Bloomsbury, London.
- ROTELLI F. (2018), "Servizi che intrecciano storie", in GALLIO G., COGLIATI DEZZA M.G. (a cura di), *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Alphabeta, Merano.
- SARACENO B. (2020), "Contro il letto, falso sinonimo di cura", *La Rivista delle Politiche Sociali*, [https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/09/contro-il-letto-falso-sinonimo-di-cura\\_Saraceno.pdf](https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/09/contro-il-letto-falso-sinonimo-di-cura_Saraceno.pdf) (12/2023).
- SARACENO B. (2020a), "Lezioni per il dopo. Salute Comunità Democrazia", *Communitas*, Quaderni 01, <[http://www.antonioacasella.eu/salute/Communitas\\_mag20.pdf](http://www.antonioacasella.eu/salute/Communitas_mag20.pdf)> (12/2023).
- SARACENO B. (2021), "Intervento", in MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Per una salute mentale di comunità*, Atti della Seconda Conferenza Nazionale per la salute mentale, Roma 25-26 Giugno 2021, Ministero della Salute, Roma, pp. 37-39.
- SERUGHETTI G. (2020), *Democratizzare la cura/Curare la democrazia*, Nottetempo, Milano.
- SETARO M. (2017), "Capricciose, incorreggibili, disubbidienti. Storie di bambine in manicomio", in BAIONI M., SETARO M. (a cura di) *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pacini, Pisa, pp. 35-56.
- SIGNORELLI A. (2015), *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, Ediesse, Roma.
- THE CARE COLLECTIVE (2020), *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Edizioni Alegre, Roma.
- TONNINI S. (1890), "Degenerazione e primitività", in *Atti del VI Congresso della Società Freniatria Italiana*, 8-14 Settembre 1889, Tipografia Fratelli Rechiedei, Milano, pp. 105 e 117.
- VALENTI E. (2021), "La 'doppia esclusione'. Il rapporto tra psichiatria radicale e pensiero femminista in Italia (1961-1978)", Tesi di Laurea Magistrale in Filologia Moderna, Università degli studi di Padova, Padova.
- VALERIANO A. (2017), *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma.
- WHITE M. (2011), "Sisters of the soil: urban gardening as resistance in Detroit", *Race/Ethnicity. Multidisciplinary Global Contexts*, vol. 5, n. 1, pp. 13-28.
- WIGHT R. (1881), "Misure craniche in rapporto allo sviluppo cerebrale dei due sessi", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 7, p. 171.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022), *World mental health report: Transforming mental health for all*, WHO, Genève.
- ZUCCONI G. (1989), *La città contesa*, Jaca Book, Milano.

**Maddalena Rossi** is assistant professor at the University of Florence, Department of Architecture. Her main fields of exploration and research are: participatory design, the relationship between the city and total institutions, and the issue of social housing.

**Maddalena Rossi** è Ricercatrice presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze. I suoi principali campi di esplorazione e ricerca sono: la progettazione partecipata, il rapporto tra la città e le istituzioni totali e il tema dell'*housing* sociale.