

**ORDINE DEGLI ARCHITETTI
PIANIFICATORI PAESAGGISTI E CONSERVATORI
DELLA PROVINCIA DI PARMA**



L'OSPEDALE VECCHIO

TAVOLA ROTONDA

QUALE RESTAURO PER

Parma / Assistenza pubblica
Sala conferenze / Viale Gorizia 2/a
21 giugno 2005 / ore 21.00

RELAZIONE: ARCH. GUIDO LEONI
Presidente Ordine degli Architetti P.P.C. della Provincia di Parma

Negli anni '60 e fino agli '80 del secolo scorso si è formata, in Italia, una generazione di maestri che concorse con la propria personalità ad affermare **il restauro e la conservazione come discipline "etiche"**: discipline, cioè mirate al benessere dell'uomo e alla cura della sua identità e della sua memoria.

Cesare Brandi, con un impegno teorico; Roberto Pane con la tensione rigorosa verso i valori contestuali del sito; Giuseppe Zander che ha evidenziato i limiti che le teorie spesso impongono alla prassi restaurativa, rivendicando la parità culturale e artistica fra vecchio e nuovo; Renato Bonelli con l'approfondimento sul significato ontologico dell'atto restaurativo; Liliana Grassi che ha ribadito l'inscindibilità del binomio conoscenza-restauro, e ha polarizzato la sua attenzione sopra il rapporto antico-nuovo, affermando che il restauro deve rispondere all'esigenza di realizzare un "sintesi dialettica di progresso e continuità"; Giovanni Urbani, direttore dell'Istituto centrale del restauro, che proponeva di fare della conservazione un metodo di programmazione della ricerca e degli interventi: una "conservazione programmata" in grado di rispondere, soprattutto in termini di prevenzione e manutenzione, alle esigenze di tutela del patrimonio artistico.

Infine due figure determinati e in qualche misura assimilabili: Piero Sanpaolesi (Università di Firenze) e Guglielmo De Angelis d'Ossat (Università di Roma).

- De Angelis d'Ossat, con la preoccupazione di tenere ben salda la scelta restaurativa sulla conoscenza reale (e non solo cartaceo-documentale) del testo monumentale; convinto assertore dei diritti dell'architettura contemporanea, ha operato nel rispetto della storia e della critica, respingendo qualsiasi forma di ripristino falsificante e richiamando il dovere di non offuscare "la leggibilità del monumento".
- Sanpaolesi, per il quale i caposaldi dell'intervento di restauro sono essenzialmente due: uno attiene ai problemi di "critica architettonica" (conoscenza storica e sensibilità creativa); l'altro riguarda i "procedimenti tecnologici" e la capacità di utilizzarli nella maniera più adeguata. Sanpaolesi ebbe un ruolo importante: quello di far transitare l'esercizio del restauro dall'arte alla scienza.

Si sono voluti ricordare alcuni dei nomi che hanno concorso alla definizione delle teorie e della prassi del restauro, **per significare come il restauro in architettura sia una disciplina con solide basi che ha definito scientificamente il proprio statuto** ed ha

raggiunto, nelle sue formulazioni migliori, un elevato livello di rigore storico-critico, distinguendosi da criteri soggettivi e dai criteri sia del mero “adeguamento” funzionale sia di quelli di una disinvolta “riprogettazione” delle preesistenze. La diagnostica e le metodiche d’intervento fanno ormai parte del bagaglio di base del “background” di ogni buon operatore; principi e tecniche queste che portano alla conoscenza del testo architettonico attraverso l’indagine documentale e archivistica, il rilievo, l’analisi dei materiali, l’apparecchiatura strutturale dell’edificio, il suo impianto decorativo.

Come, peraltro, devono far parte del bagaglio di base i più elementari criteri e “principi guida” del moderno restauro, come: la “compatibilità”, la “distinguibilità”, il “rispetto dell’autenticità”, il “minimo intervento”, la “reversibilità”.

E’ questo ampio spettro di principi e di metodiche che hanno attraversato la scuola universitaria, i convegni internazionali, le carte di metodo del restauro.

In questo quadro risulta che gli studi nel restauro architettonico non possono prescindere da un’elevata professionalità che tenga conto anche di altri insegnamenti specifici, oltre a quelli propriamente storico-critico: il disegno; la topografia e le tecniche di rilevamento; la tecnologia dell’architettura; i materiali da costruzione naturali e artificiali e le loro condizioni di degrado; la scienza, la tecnica delle costruzioni e il consolidamento degli edifici; la fisica tecnica ambientale e l’impiantistica; la legislazione edilizia, urbanistica e di tutela; i sistemi di catalogazione e inventariazione; l’estimo edilizio ed urbano; l’urbanistica e la pianificazione.

Tuttavia crediamo che nel restauro le operazioni storico-critiche e le operazioni tecniche debbano procedere di pari passo, interagendo secondo una stretta e proficua dialettica. Le metodologie tecniche non possono infatti essere trattate separatamente dalle questioni storico-critiche e dalle tecniche proprie del restauro architettonico, né considerarsi estranee o contrapposte.

In questa ottica è necessario che i normali e necessari elementi di progetto (quali la funzionalità distributiva, la sicurezza, la solidità strutturale, il confort ambientale) siano coerenti con gli stessi “principi guida” già richiamati (dalla compatibilità alla reversibilità).

Di questi aspetti, vogliamo ricordare due settori particolarmente importanti: quello del consolidamento strutturale e quello dell’inserimento impiantistico negli edifici storici.

Il primo – consolidamento strutturale – è di particolare attualità in quanto, dall’8 agosto, entrerà in vigore la nuova normativa anti-sismica; è un settore questo che comunque negli ultimi 30 anni si è positivamente sviluppato nella teoria e nella pratica, raggiungendo un grado di consapevolezza critica ormai prossimo a quello del restauro.

Il secondo – quello dell’impiantistica – necessita invece di una riflessione specifica soprattutto in rapporto all’espansione straordinaria del peso impiantistico (e delle corrispondenti implicazioni normative e di sicurezza) nell’architettura contemporanea e alle conseguenti attese prestazionali e di comfort. Tali condizioni nel campo del restauro di edifici storici, fanno sì che oggi tali opere possano presentare caratteri d’invasività che rischiano di compromettere anche la più seria e rispettosa progettazione.

Di altri possibili temi che un dibattito sul concetto di restauro può affrontare (e in parte già accennato), vogliamo porre l’attenzione sulla differenza fra “restauro” e “recupero-riuso”; concetti questi che, a prima vista, potrebbero sembrare coincidenti ma che in realtà possono sottendere a metodologie e finalità diverse: chiarimento questo che può aiutare anche ad una riflessione nel caso specifico dell’Ospedale Vecchio.

Il “restauro” scientificamente e modernamente inteso è retto da principi e da criteri che hanno come presupposto prima la “conoscenza” poi la “conservazione” delle antiche testimonianze.

Diverso appare il caso del cosiddetto “recupero-riuso” che nel restauro si tende spesso a confondere ma che risulta motivato e suscitato soprattutto da ragioni economiche e di uso.

Quando si conserva la prima intenzione non può essere prioritariamente economica, anche se questa interviene e a maggior ragione nel caso in cui, come per il restauro architettonico, si debbano impegnare ingenti fondi, soprattutto pubblici nel caso di un importante monumento.

Come, peraltro, non crediamo che il restauro debba essere un’operazione di cosmesi del monumento antico, più o meno indifferente all’uso. Criteri e orientamenti espressi in alcune Carte del restauro hanno teso a ribadire il limite del restauro delle “sole pietre”, se contemporaneamente non si pensa a restituire una “funzione”, un “uso” – Funzioni queste che possono essere in alcuni casi quelle originali (ad esempio chiese, teatri) ma in altri casi possano essere anche nuove funzioni purché “compatibili” con gli spazi e le architetture storiche.

Un monumento privo di funzione si deteriora rapidamente; uno tenuto in efficienza può sfidare i secoli (tipico è l’esempio di alcuni edifici storici dell’età romana, come il Pantheon)

Da qui l’importanza e il ruolo della “manutenzione” degli edifici storici; su questo argomento è stato fatto un paragone con la medicina molto efficace: si potrebbe dire che se il restauro è come la chirurgia, la manutenzione è come la medicina preventiva, capace di rendere, alla lunga, non più necessario l’intervento di restauro che è pur sempre traumatico. Questi concetti erano già chiari intorno alla metà dell’Ottocento; un pensatore come John Ruskin raccomandava una piccola ma costante manutenzione.

Se la funzione e il riuso per il restauro quindi sono un “mezzo” dei più efficaci, crediamo che non possono essere tuttavia il “fine” dell’intervento: il recupero infatti nasce da una concezione che pone il riuso come premessa e l’atto di conservazione solo come eventuale conseguenza.

Nel restauro invece si dà prima l’oggetto poi la funzione. Il restauro è atto storico-critico; è atto conservativo e di valorizzazione, nel senso che il suo fine primario è di tutelare e tramandare al futuro un bene culturale nel miglior stato possibile, utilizzando a tal scopo, se necessario “la pratica del riuso”; il restauro architettonico è anche un atto progettuale, in quanto ogni intervento “modifica” comunque l’oggetto; da qui la grande responsabilità non solo professionale e politica di chi interviene, ma anche sociale in quanto si opera su un patrimonio da conservare per le generazioni future; ricordiamo che per ogni monumento danneggiato o perduto, a causa di interventi impropri, non c’è rimedio.

Rispetto a questa riflessione sui temi del “restauro” e del “recupero – riuso”, l’aver scelto come titolo di questa tavola rotonda “Quale restauro per l’Ospedale Vecchio”, è emblematico di come la posizione del Consiglio dell’Ordine sia prioritariamente per il restauro.

Questa posizione significa, in coerenza anche con i principi stessi che abbiamo sinteticamente esposto, che non condividiamo tuttavia un’idea di restauro come mummificazione, ma crediamo in un’idea che accoglie e integra in sé l’attribuzione di funzioni compatibili e ben calibrate. E’ un’idea di “conservazione integrata” già espressa dal 1975 nella Carta di Amsterdam e dal 1985 nella Convenzione di Granada: si tratta dell’azione congiunta delle tecniche del restauro e della ricerca di funzioni “compatibili”, da conseguire con una ben concertata messa a punto dei mezzi giuridici, amministrativi, finanziari ed operativi che comunque siano tali da non

compromettere, come finalità, la “conservazione”; il corretto rapporto fra restauro e attribuzione di una funzione appropriata, crediamo sia uno dei presupposti fondamentali.

Restauro quindi che non significa negazione di ogni intervento, né congelamento; d’altra parte ciò non sarebbe neanche praticamente possibile, non potendo esistere conservazione senza intervento e senza modificazione: di conseguenza il problema sta nella “misura” e nella “direzione” verso la quale ogni intervento deve muoversi.

In questo senso il restauro architettonico resta del tutto interno al “fare architettura”: con questa si identifica infatti sia per il suo stretto legame con lo strumento del “progetto”, sia per l’esigenza stessa di “risoluzione estetica” che ogni atto di restauro richiede.

Il legame del restauro col fare architettura sta inoltre nella capacità di conseguire un progetto non come semplice sommatoria di competenze diverse e specialistiche, ma come risultato di una “regia” che sappia ricondurre ad una prefigurazione unitaria dei risultati funzionali, tecnici ed estetici; sta anche nella naturale continuità fra progetto e cantiere, da qui l’importanza basilare della direzione lavori che dovrebbe coincidere preferibilmente con lo stesso progettista; la direzione lavori nel restauro è fase essenziale, organica e non scindibile da un processo progettuale fra i più difficili e di maggiore responsabilità professionale e civile.

Queste sono le premesse sulle quali, nel nostro ruolo di Ordine, vorremmo si sviluppasse il dibattito, in primo luogo all’interno della nostra categoria professionale, essendo gli architetti i principali operatori del restauro architettonico, e in un secondo momento come contributo culturale ad un dibattito più ampio rivolto alla città; dibattito fondato non solo sui principi teorici e metodologici (che ribadiamo comunque essere indispensabili), ma anche sull’applicazione che possono trovare in casi concreti di grande valore storico e pubblico quale è il restauro dell’Ospedale Vecchio.

Ospedale Vecchio, che non è solo un bene culturale unico e irripetibile, ma che presenta altre valenze che riteniamo opportuno sottolineare.

Storicamente fin dalla sua fondazione, è un edificio pubblico che è appartenuto ed appartiene alla città; costruito nel Quattrocento, ma fondato nel XIII sec. Da Rodolfo Tanzi nell’attuale B.go Cocconi, rimase fino al 1926 l’Ospedale di Parma; dal 1948 è sede d’Archivio e di Biblioteca.

Non è quindi solo un "monumento", inteso come oggetto di valore architettonico e artistico, ma è anche un "documento", inteso come testimonianza materiale di civiltà che ha attraversato per sei secoli la storia della nostra città.

In questo senso è un complesso architettonico che crediamo sia parte integrante della "memoria collettiva" per tutta la città, ma in modo ancora più forte e pregnante è carico di valori simbolici per quel quartiere così importante per la nostra identità urbana di parmigiani quale è l'Oltretorrente.

È un monumento che ha da sempre con l'Oltretorrente un rapporto urbanistico organico, non isolato ma di continuità sia con un tessuto residenziale di cui è parte integrante sia con altri spazi pubblici di valenza storica e ambientale.

Quando si propone un restauro con funzioni compatibili non è quindi solo in relazione agli spazi interni dell'edificio, ma anche in rapporto con il proprio spazio urbano; a titolo esemplificativo pensiamo solo alle problematiche che derivano dalla necessità di un adeguato sistema di accessibilità e parcheggi.

Il progetto di restauro dell'Ospedale Vecchio crediamo non possa dunque prescindere da una definizione del suo ruolo urbano; evidenziando che questo ruolo urbano investe altri grandi sistemi monumentali di proprietà pubblica quali ad esempio la Pilotta e l'ex convento di S. Paolo, per citarne solo alcuni dei più importanti.

A sintesi di questo intervento, il nostro Consiglio dell'Ordine propone alcune riflessioni sull'Ospedale Vecchio, che derivano sia da alcuni criteri propri della disciplina del restauro architettonico che, pur sinteticamente, abbiamo richiamato in questa stessa relazione, sia anche dalla specificità e dalla straordinarietà di questo complesso monumentale.

- L'Ospedale Vecchio è un patrimonio storico collettivo, culturale, economico e sociale d'insostituibile valore, anche con una valenza educativa e di memoria collettiva;
- la sua conservazione e valorizzazione risponde ad una finalità prioritariamente culturale e di uso pubblico;
- la sua conservazione costituisce un fattore di miglioramento del quadro di vita; inoltre la conservazione può rivelarsi come fattore di sviluppo economico: infatti la conservazione di un sistema monumentale di cui l'Ospedale Vecchio è una parte essenziale, non è solo un fattore di "spazi"; ma è anche un vero e proprio "investimento" capace di mettere in moto flussi economici importanti. Si tratta di

considerare la conservazione e il restauro, oltre che come problemi culturali, anche come processi economici di buon impiego di risorse e beni;

- la conservazione richiede la messa a punto di mezzi giuridici, amministrativi, finanziari e tecnici che siano coerenti con le finalità di un "restauro", nonché richiede la fondamentale collaborazione di tutti i cittadini; processo partecipativo in questo caso ancora più importante in quanto l'Ospedale Vecchio ha rilevanti implicazioni urbanistiche e rapporti con l'intera città, in particolare con il quartiere dell'Oltretorrente.

In questa ottica di processo partecipativo, il nostro Ordine ritiene utile proporre una pausa di riflessione affinché possa essere avviato un tavolo di confronto sul tema del restauro dell'Ospedale Vecchio, individuando quelle componenti sociali, culturali e politiche che possano portare un contributo costruttivo.

Questa pausa di riflessione può essere un'occasione importante per avviare un "laboratorio" di politica partecipata, che vada oltre ai convegni o alla pubblica informazione o ai momenti assembleari, indubbiamente utili ma non sufficienti per giungere a momenti di sintesi e di valutazione che, in tempi definiti, consentano ad un'Amministrazione Pubblica di fare le proprie scelte.

La partecipazione, cioè, come strumento e come strategia per trattare in modo integrato diverse dimensioni di progetti complessi, quale è appunto l'Ospedale Vecchio: dimensioni storiche e culturali; problemi di funzioni e di rapporto con il quartiere e la città; problemi di costo, di finanziamento, di procedure e di tempi di realizzazione; problemi di compatibilità rispetto a obiettivi generali di politica urbana.

Lo stesso nuovo PSC, in corso di redazione e di discussione, può essere lo strumento più adatto per definire il ruolo urbano e anche territoriale dell'Ospedale Vecchio, inteso come parte del sistema dei grandi contenitori storici pubblici presenti nella nostra città.