

## Valorizzazione e alienazione del patrimonio edilizio pubblico: il caso degli ex ospedali psichiatrici

Tiziana Ferrante

Nell'ambito dei processi di valorizzazione ed alienazione del patrimonio edilizio pubblico sicuramente emblematico è il caso degli ex ospedali psichiatrici che, a seguito dell'entrata in vigore della legge 180 del 1978<sup>1</sup> nota come 'legge Basaglia', avrebbero dovuto essere chiusi per dar luogo ad una 'diversa utilizzazione' secondo quanto previsto dalla legge 833<sup>2</sup> dello stesso anno.

La specificità del caso si ritrova anche nel fatto che, pur non costituendo in assoluto un precedente rispetto alle iniziative di alienazione di un patrimonio pubblico, è sicuramente da ritenersi fra i primi che, attraverso la legge finanziaria del 1994, ponevano in termini di urgenza la necessità di 'mettere a reddito' le risorse parzialmente inutilizzate del patrimonio ex psichiatrico delle Aziende USL.

La sua portata, in termini di politica sociosanitaria, risiede nel fatto che l'operazione di alienazione contribuiva concretamente al processo di chiusura degli ospedali psichiatrici in quanto, i proventi dell'alienazione delle strutture non erano finalizzati a 'fare cassa' ma ad essere reinvestiti in strutture di salute mentale da dislocare sul territorio, a supporto degli indirizzi che Basaglia – in termini del tutto innovativi rispetto alle pratiche psichiatriche del tempo – aveva divulgato in Italia ed all'estero. È opportuno ricordare che al momento dell'approvazione della Legge 180, su 95 Province italiane, il 55% aveva un ospedale psichiatrico pubblico; il 18% si avvaleva d'istituzioni private; il 27% inviava i propri cittadini in manicomi di altre Province.

Dalla Basaglia ad oggi sono passati oltre 30 anni e quindi una riflessione, solo limitatamente alla dismissione degli ex ospedali psichiatrici, va fatta sia per capire 'se' e 'cosa' si è (o non) fatto, (soprattutto per chi si occupa di edilizia sociosanitaria ai vari livelli, dagli ospedali agli hospice, dagli ambulatori alle RSA, ecc.), sia perché oggi il tema della valorizzazione ed alienazione rientra – con maggiore urgenza, per non dire prepotenza – negli obiettivi governativi: capire quindi le cause delle 'luci' e delle 'ombre' che hanno caratterizzato per un (troppo) lungo periodo di tempo 'quel' processo di alienazione può forse fornire interessanti elementi di ponderazione. Quindi, pur nei limiti di un limitato spazio a disposizione, lo spunto offerto da questo numero monografico permette di ripercorrere molto sinteticamente una serie di esperienze per fare il punto su quanto fatto, ma soprattutto su quanto non fatto cercando di comprendere le articolate e complesse cause e concause che lo hanno determinato.

Inoltre, sia pure per cenni, può tornare di qualche utilità per ricostruire oggi un pezzo della storia sanitaria (e dell'edilizia sanitaria) nazionale.

Uno dei primi problemi emersi all'indomani della legge che imponeva la definitiva chiusura dei manicomi era appurarne la consistenza: operazione non facile a fronte dell'indisponibilità dei dati da parte di talune Istituzioni o della scarsa volontà di fornirli; dell'attendibilità dei dati stessi (una volta acquisiti) e dell'oggettiva difficoltà di interpretarli in quanto quasi sempre di tipo quantitativo e non qualitativo, peraltro mai contestualizzati in termini temporali, ma collocati in anni (se non decenni) differenti<sup>3</sup>.

Le stesse fonti nel corso degli anni, non sono mai state omogenee.

Alcuni dati significativi, riferiti alla fine degli anni '70 e '90<sup>4</sup> riferiscono la seguente situazione:

- anno 1978: 100 manicomi con 110.000 degenti;
- anno 1996: 76 ospedali psichiatrici con 17.000 degenti (di cui 12.000 in 63 ospedali pubblici e 5.000 ospitati in 13 strutture private);
- anno 1998: 40 ex manicomi con 7.000 pazienti.

Sempre dati del 1998<sup>5</sup> si riferiscono alla grave situazione degli OPG, Ospedali Psichiatrici Giudiziari (6 in tutto) che all'epoca ospitavano circa 1050 pazienti, oggi dai dati del Dap ridotti a 1024<sup>6</sup>. Problema quest'ultimo che potrebbe finalmente avviarsi a soluzione con la loro chiusura, prevista per il 31 marzo 2013 nell'ambito del Decreto 'svuota carceri', grazie allo stanziamento di 180 milioni di euro che il Governo ha destinato alla realizzazione di nuove 20 strutture regionali (o alla riconversione degli OPG esistenti) per garantire l'attuazione del loro superamento<sup>7</sup>.

Altri dati ancora emergono da uno studio promosso dalla Fondazione Benetton condotto tra il 1996 ed il 1998, in concomitanza della chiusura delle strutture manicomiali, intitolato "Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia" in cui viene fotografata complessa ed articolata situazione delle strutture, riferita ad un campione di circa 70 complessi che al 1996 rappresentavano gli ospedali psichiatrici provinciali esistenti in Italia.

Per quanto il quadro non sia esaustivo, lo studio consente per lo meno di avere i dati più aggiornati su un campione significativo di questo patrimonio in termini di eterogeneità, datazione, ubicazione, consistenza, caratteristiche tipologiche, presenza di spazi verdi, ecc., ponendone in evidenza il potenziale valore. Impressionante è il dato riferito all'area complessiva degli ospedali psichiatrici provinciali analizzati: una decina di milioni di mq, ubicati un quarto nei centri urbani e circa due terzi nelle periferie delle città, con maggiore diffusione al Nord.

Un quadro a scala nazionale, comunque molto articolato ed ancora purtroppo lacunoso; al punto tale che alcune informazioni stratificatesi nel corso degli anni, emergono anche da Commissioni, Convegni, ecc...che, trattando dello stato di attuazione della riforma psichiatrica, indirettamente forniscono informazioni anche sugli aspetti edilizi. Come ad esempio: i dati del

CENSIS del 1994; quelli del Ministero della Sanità del 1998<sup>8</sup>; i Progetti-Obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994/96 e 1998/2000; quelli trasmessi dal Ministero della Salute nel 2005 e gli ultimi nel 2010 alla Camera dei Deputati<sup>9</sup>, che dal '99 monitora l'andamento dei programmi regionali.

Ancora ad oggi, risultano quindi estremamente lacunose e frammentarie le notizie sull'entità di tale patrimonio, sull'attuale proprietà, sui vincoli, sullo stato di conservazione, sul valore e sulle potenzialità. Da sottolineare preliminarmente, in termini generali, che il ritardo nell'attuazione della 'Basaglia', ha determinato nelle strutture, con anni di abbandono, un incremento delle condizioni di degrado, fatiscenza, insicurezza fino quasi all'inagibilità.

Quello che è emerso dagli studi condotti<sup>10</sup> riflette un quadro estremamente diversificato e caratterizzato a livello delle singole realtà regionali, rispetto al quale (nella maggior parte dei casi) le strutture edilizie già adibite al ricovero psichiatrico, rientrano nei seguenti gruppi:

- a) edifici preesistenti all'uso manicomiale;
- b) edifici progettati e costruiti per la specifica destinazione psichiatrica, tra la fine ottocento ed il periodo fra le due guerre;
- c) edifici progettati e costruiti negli ultimi decenni per la specifica destinazione.

Per quanto attiene il primo gruppo di edifici preesistenti all'uso manicomiale, esso è costituito da edifici sorti per altri fini ed altre funzioni, spesso per ospitare comunità monastiche, pervenuti alla proprietà demaniale in genere dopo l'Unità d'Italia ed utilizzati dalle nuove amministrazioni per le più varie funzioni pubbliche, fra cui quella manicomiale. La loro conversione si era tradotta -nei fatti- in un'utilizzazione degli spazi disponibili senza una preventiva ristrutturazione, oppure era sfociata in interventi pesantemente condizionati dai caratteri tipologici e strutturali delle preesistenze e dalla difficoltà di sostenere i reali costi per una ristrutturazione completa. Le superfici complessive, in genere di limitate dimensioni, hanno una localizzazione prevalentemente urbana, sia nei capoluoghi di provincia che nei centri minori.

Gli edifici, prevalentemente in muratura portante, sono del tipo compatto a corte, dotati di giardini ed orti ricompresi in una cinta muraria.

In un secondo gruppo rientrano gli edifici progettati e costruiti fino alla seconda guerra mondiale con specifica destinazione psichiatrica che presentano un'ubicazione (almeno inizialmente) isolata, - spesso in prossimità di centri minori- inseriti in un'area di grandi dimensioni che, a seguito di fenomeni di espansione urbana, è stata progressivamente occupata da nuovi edifici. Questi complessi sono caratterizzati da tipologie 'a padiglioni' o 'a blocchi isolati' che raramente presentano collegamenti fra essi; sono prevalentemente monoplano con articolazione distributiva per grandi corsie dormitorio. In questi insiemi, la consistenza edilizia ed il rapporto iniziale fra area disponibile e volumetria appare generalmente alterata da massicci ampliamenti, sopraelevazioni e dalla costruzione dei nuovi padiglioni di notevoli dimensioni.

Nel terzo ed ultimo gruppo (edifici progettati e costruiti per la specifica destinazione negli ultimi decenni) rientrano in gran parte complessi non ultimati e spesso non utilizzati, nemmeno

parzialmente, per il ricovero dei malati psichiatrici. Ospedali quindi di capacità ricettiva di circa 500 posti letto (con l'introduzione dell'unità psichiatrica), generalmente ubicati fuori del capoluogo di provincia o presso piccoli centri del territorio, che presentano rispetto agli altri due gruppi un notevole incremento degli spazi destinati ad attività comuni di svago e di lavoro. L'esistenza di un certo numero di ospedali di questo gruppo non ultimati o addirittura rimasti arretrati nella realizzazione (in conseguenza dei finanziamenti a singhiozzo e, successivamente, per gli orientamenti innovativi di molte amministrazioni, sanciti poi per tutte dalla legge 180/78) rappresenta forse l'aspetto più pesante del problema della riconversione ed alienazione.

La grande maggioranza degli ex ospedali psichiatrici occupa dunque un posto (e può giocare un ruolo) cruciale nella conformazione e nella vita delle città interessate: quasi il 85% è sede di strutture sanitarie 'altre' (uffici amministrativi, poliambulatori) e solo il 15% è esclusivamente 'cittadella' sanitaria. Nell'ambito di queste, alcune sono sedi universitarie, altre sedi scolastiche, molte accolgono attività private (cooperative sociali, soprattutto) o servizi al pubblico (teatri, impianti sportivi, centri sociali). L'esperienza evidenzia che, a tutt'oggi, almeno nella metà degli ex ospedali psichiatrici potrebbero essere portati avanti programmi di salvaguardia e valorizzazione.

Il valore di tali strutture risiede nel fatto che spesso sono autentiche micro-città, campo di avanzate sperimentazioni tipologiche e tecnologiche, frutto di una proficua collaborazione tra ingegneri, architetti e celebri psichiatri dell'epoca. L'evoluzione dei modelli, dal complesso a struttura compatta, al sistema 'a padiglioni', ai 'villaggi-giardino', fino all'introduzione di laboratori e colonie agricole per l'ergoterapia, rende l'idea del dibattito architettonico specialistico che si è di continuo sviluppato attorno a tali tematiche.

Ovviamente, come già anticipato, il processo è stato molto lungo e sofferto e non può affermarsi con certezza se ed in che misura, a scala nazionale, sia stato portato a compimento poiché da un certo punto in poi è mancato un monitoraggio a livello ministeriale a seguito della passaggio di competenza alle Regioni; di certo è noto che dopo l'obbligo della chiusura si è dovuti intervenire più volte, attraverso le leggi finanziarie, per ribadire la finalità in base alla quale i proventi delle alienazioni dovevano essere utilizzati a favore del 'Progetto-obiettivo tutela della salute mentale'. Questo è quanto emergeva sia nelle disposizioni introdotte dalle Finanziarie del 1995<sup>11</sup>, del 1997<sup>12</sup> che del 2001<sup>13</sup> nelle quali si prospettava, specificatamente, l'alienazione del patrimonio pubblico ex psichiatrico e la relativa 'messa a reddito'. Tuttavia, in questo alternarsi di 'luci' ed 'ombre', alcune esperienze positive sono state condotte.

A titolo puramente esemplificativo, fra quelle positive se ne citano alcune.

Il caso esemplare di Venezia e dello storico manicomio di San Servolo, tra le prime strutture ad essere chiuse lo stesso anno dell'approvazione della legge n.180. L'Amministrazione provinciale, che ha conservato sempre la proprietà dell'Isola, a partire dagli anni '90 ha avviato un'importante operazione di recupero per trasformare questo luogo di sofferenza in uno spazio di promozione multiculturale che ha restituito alla città di Venezia un patrimonio di grande valore architettonico diventando un

prestigioso centro di eventi ed attività culturali di carattere internazionale, fra le quali:

- l'insediamento del Centro europeo di formazione degli artigiani e la conservazione del patrimonio architettonico, organismo di emanazione del Consiglio d'Europa

- un Centro internazionale di istruzione universitaria e di ricerca
- laboratori che vengono assegnati al "Centro europeo di Venezia per i mestieri della conservazione del patrimonio architettonico" e, nell'anno successivo, i lavori degli immobili destinati a residenza per gli ospiti delle attività di studio, formazione e ricerca: l'isola assume la configurazione di un grande campus interuniversitario internazionale con studenti e professori provenienti da tutto il mondo.

- il grande parco.

Il comprensorio dell'ex Ospedale Psichiatrico a Trieste, anch'esso tra i primi ad essere chiuso nel 1977, consistente in quaranta edifici, di varie dimensioni, collegati tra loro ed alla rete urbana cittadina da una rete viaria interna, inserito in un parco di circa 22 ettari nel rione "San Giovanni", dove la Provincia ha ceduto otto edifici di sua proprietà all'Università degli Studi di Trieste, parte dei quali già recuperati, e ha recentemente 'restituito' alla città il teatrino dedicandolo il 21 luglio dello stesso anno a Franco e Franca Basaglia ed aver provveduto alla ristrutturazione e al recupero funzionale del sito. La valorizzazione dell'intero comprensorio che, architettonicamente, si presenta come un insieme quasi omogeneo e rappresenta indubbiamente una delle aree vissute più interessanti di Trieste, ha assunto una connotazione organica pur nelle diversità istituzionali delle missioni dei singoli enti che sono presenti sull'Area (Provincia, Azienda Sanitaria, Università, Comune di Trieste).

Queste, a titolo esemplificativo, le esperienze positive, fra le altre, fin qui svolte; di quelle negative e/o caratterizzate da inerzia forse è meglio sorvolare.

Un caso a parte è costituito dal Santa Maria della Pietà di Roma; emblematico delle luci ed ombre, dei ritardi e delle accelerazioni, degli 'stop and go', per le innumerevoli iniziative ed occasioni non sfruttate a pieno (cfr. legge finanziaria del 1997; Protocollo d'intesa sottoscritto tra Comune di Roma, Provincia di Roma, Regione Lazio ed Azienda USL Roma E del 1997; il Piano degli interventi per il Giubileo per Roma Capitale e legge speciale n.651/96 per il grande Giubileo del 2000; Accordo di programma MIUR/Azienda USL/ Enti locali; inserimento nelle nuove centralità del Nuovo Piano Regolatore di Roma; Campus universitario e residenze per studenti legge n.338/2000).

Tra i più importanti d'Italia per il suo particolare pregio urbanistico, architettonico e vegetazionale, tra i primi ad ottemperare la legge Basaglia dal 1981, rimane oggi ancora al centro del dibattito politico riguardo all'uso, alla valorizzazione, all'apertura al quartiere che lo ospita, alle numerose occasioni perdute ed alle potenzialità (ancora inesprese) di un insieme di grande pregio, del quale si parlerà a seguire nel contributo di Teresa Villani.

Ritornando al tema generale del patrimonio ex O.P., quali sono le possibili indicazioni e suggerimenti che si possono fornire? Un primo (che attiene solo in parte al tema di questo numero di *TECHNE*) è del tutto banale e scontato: sarebbe ora finalmente di concludere, e rapidamente, il processo iniziato con la legge 180 oltre 30 anni fa in modo da restituire ai cittadini volume-

trie, spazi e parchi che le nuove esigenze di servizi (soprattutto sociali) oggi impongono. Il che si configurerebbe alla stregua di un impegno morale (nei confronti di Basaglia e di quanti hanno voluto la legge 180) e di un risarcimento (nei confronti di quei tessuti urbani e di quei cittadini che per decenni hanno subito la presenza di una istituzione segregante).

Un secondo, consiste in una serie di avvertenze delle quali tenere conto, oggi, nel momento che si è chiamati a collaborare alla valorizzazione ed alienazione di parte del patrimonio edilizio pubblico. In primis i tempi: se saranno quelli impiegati per il segmento degli ex psichiatrici, non ha senso neppure iniziare; da qui, la calda raccomandazione di mettere a punto procedure snelle, rapide ed ovviamente riconducibili ad un'unica sede decisionale pur nell'assoluto rispetto delle articolate esigenze locali. Contestualmente, si pone l'esigenza di mettere in campo adeguate capacità professionali che sappiano gestire operazioni comunque caratterizzate da un alto livello di complessità.

Infine, ma non per questo l'ultimo, il problema di 'quale' valorizzazione; non si discute, data l'attuale situazione economica, che l'operazione debba apportare denaro (e preferibilmente adeguatamente rapportato al reale valore dell'immobile una volta ben valorizzato); ci si chiede solo se i cittadini, la comunità nel suo complesso, rimarrà del tutto esclusa dai vantaggi che detta operazione apporterà agli operatori, oppure se (ed in quale modo) potrà beneficiare, in via diretta e/o indiretta, di tale valorizzazione. È solo una domanda: in questo stesso numero di *TECHNE* altri collaboratori, con articolate e diverse competenze, porranno la stessa domanda e forniranno le risposte che ogni cittadino si aspetta.

#### NOTE

<sup>1</sup> Punti essenziali della legge 180/78: il definitivo divieto di nuovi ricoveri a partire dal 1981; il divieto di costruzione di nuovi ospedali psichiatrici; lo spostamento dell'asse dell'assistenza dalla degenza a servizi di comunità sul territorio; l'istituzione degli SPDC (reparti psichiatrici presso l'ospedale civile); la continuità terapeutica.

<sup>2</sup> Si fa riferimento all'art. 64 della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

<sup>3</sup> È del 1878, la prima indagine condotta dal Ministero dell'Interno in cui i 'manicomi' risultano separati rispetto ad altri ospedali: un totale di 15 strutture, presenti in tutte le Regioni settentrionali, assenti nelle Marche, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria. Inoltre, come si rileva da una successiva indagine svolta tra il 1954 ed il 1955 dall'ISTAT con l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, risulta che dei 78 istituti neuropsichiatrici (manicomi), 32 risalgono al XIX secolo e 9 al XVIII secolo ed hanno una capacità ricettiva di 84.057 posti letto, a fronte delle case di cura psichiatriche private che sono 59 con 9.153 posti letto, per un totale 93.210 posti letto psichiatrici. Altro dato significativo riguarda la capacità media dei manicomi pari a 1077 posti letto.

<sup>4</sup> Stime della Funzione Pubblica CGIL sulla base dei dati del "Labos" e dell'Istituto italiano di medicina sociale

<sup>5</sup> "la Repubblica", 31 dicembre (9 maggio) 1998

<sup>6</sup> "la Repubblica", 12 febbraio 2012

<sup>7</sup> Fondamentale in tal senso è stato il lavoro svolto dalla Commissione parlamentare d'inchiesta presieduta dal Sen. Ignazio Marino che ha dato notevole impulso alla chiusura delle strutture OPG di Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino ed alla realizzazione di 20 strutture in ambito regionale appositamente dedicate ai pazienti degli ex OPG, gestite dalla ASL ed esternamente protette dalla vigilanza della polizia penitenziaria.

<sup>8</sup>Nel luglio 1997 vengono resi noti i primi risultati dell'indagine conoscitiva sulla chiusura degli Ospedali psichiatrici condotta dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. La pubblicazione del Ministero della Sanità "Stato di attuazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici e di realizzazione dei dipartimenti di salute mentale" (1998) mette in evidenza che questo processo di chiusura riguarda 62 istituti pubblici e 14 istituti privati. Al 31 marzo 1998 risulterebbero già chiusi solamente 17 O.P. ed in particolare gli O.P. di Reggio Calabria (1992), Arezzo, Collegno-Grugliasco, S. Ambrogio di Valpolicella (VR), Rovigo (1994), Sacile (PN), Noventa Vicentina, Monselice (PD), Oderzo (TV) (1995), Feltre (BL), Treviso, Valdobbiadene, Perugia, Gorizia, Udine, Roncati (BO), Lollì (Imola) (1996). Tali dati risultano, tuttavia, contraddetti dai piani trasmessi dalle Regioni o dalle dichiarazioni rese dai loro rappresentanti nelle audizioni parlamentari. In non pochi casi è stata, infatti, deliberata una chiusura formale, di tipo burocratico-amministrativo, con la conseguente trasformazione dei "degenti" in "ospiti". Per circa 30 istituti viene dichiarato l'avvio del processo di chiusura e si rileva che i restanti istituti ancora aperti sono diventati strutture fatiscenti, spesso collocati in parchi stupendi. La Commissione evidenzia che vi sono state alcune iniziative positive ma che tuttavia, hanno mantenuto un carattere episodico e di improvvisazione.

<sup>9</sup>Nella relazione del Ministero della Salute sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e per l'attuazione dei progetti-obiettivo in materia di tutela della salute mentale aggiornata al 30 giugno 2010, vengono ripresi i dati della precedente relazione trasmessa alla Camera nel dicembre 2005 in cui risultavano ancora in fase di conclusione, sul territorio nazionale, i programmi di chiusura di quattro ex O.P. privati convenzionati, due in Puglia, uno in Lombardia ed uno in Sicilia. Tali dati vengono aggiornati e dichiarata la definitiva chiusura di tutti gli ex O.P. avvenuta, per gli ultimi quattro, tra il 2007 e il 2010.

<sup>10</sup> Donini V., Palumbo R., "La consistenza delle strutture già destinate ad ospedale psichiatrico e criteri metodologici da utilizzare per la loro conversione", in "Qualesalute" n.7., Milano, F. Angeli, 1981; AA.VV., "Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia", Fondazione Benetton studi e ricerche, dattiloscritto, 1998

<sup>11</sup> Legge n. 724 del 23/12/94, in cui all'art. 3, comma 5 si attribuiscono competenze alla Regioni, che nel quadro delle attivazioni delle strutture residenziali previste dal progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" (DPR 7 aprile 1994, GU n. 93 del 22 aprile 1994) devono provvedere alla chiusura dei residui ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996; mentre alle USL il compito di utilizzare i beni mobili ed immobili degli ospedali psichiatrici dimessi (non utilizzabili per altre attività di carattere sanitario) alla produzione di reddito attraverso la loro vendita (anche parziale) degli stessi con diritto di prelazione per gli Enti pubblici, o la locazione. I redditi prodotti sono utilizzati per l'attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", per interventi nel settore psichiatrico, e dai relativi progetti regionali di attuazione

<sup>12</sup> legge n. 662 del 28/12/96, in cui all'art.1, comma 20, fermo restando la scadenza del 31 dicembre 1996 per la chiusura degli ospedali psichiatrici in attuazione alla legge Basaglia e quanto previsto dall'articolo 3, comma 5, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, si attribuiva alle Regioni il compito di adottare entro il 31 gennaio 1997 appositi strumenti di pianificazione per l'attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"; inoltre, al comma 21 si ribadiva che i beni mobili ed immobili degli ospedali psichiatrici dimessi, non utilizzabili per altre attività di carattere sanitario, fossero destinati dalle USL competenti alla produzione di reddito, attraverso la vendita, anche parziale, degli stessi con diritto di prelazione per gli enti pubblici, o la locazione, finalizzando i redditi prodotti per l'attuazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996.

<sup>13</sup> Legge 23 dicembre 2000 n. 388, art.98, comma 3 in cui si rafforza da un lato la finalizzazione dei beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici "già assegnati o da destinare alle aziende sanitarie locali o alle aziende ospedaliere" destinati da esse alla produzione di reddito attraverso "la vendita anche parziale degli stessi, con diritto di prelazione per gli enti pubblici, o la locazione", nonché la prioritaria utilizzazione per la realizzazione di

strutture territoriali residenziali, centri diurni con attività riabilitative destinate ai malati mentali, in attuazione degli interventi previsti dal piano sanitario nazionale 1998-2000 DPR 23 luglio 1998, GU n. 288 del 10 dicembre 1998 e dal progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000 (DPR 10 novembre 1999, GU n. 274 del 22 novembre 1999). La novità rispetto alle precedenti finanziarie è qualora risultino disponibili ulteriori somme, dopo l'attuazione di quanto previsto, le Aziende Sanitarie potranno utilizzarle per altre attività di carattere sanitario.

## REFERENCES

AA.VV., (1998), "Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia", Fondazione Benetton studi e ricerche, dattiloscritto.

Anderle R., "Un luogo per le nuove politiche sociali: il progetto di riutilizzo dell'ex ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana", ed. Fondazione Museo Sorico di Trento, Trento, 2002

Colasanto C., (2008), "Basaglia: prima e dopo la legge che chiuse i manicomi", in "Il Sole 24 Ore", 10 ottobre.

Custodero A., (2012), "Addio manicomi giudiziari: da oggi mille detenuti in cerca di una seconda vita", in "La Repubblica", 10 febbraio.

Di Giorgio C., (1998), "Venti anni fa l'Italia disse addio ai manicomi", in "La Repubblica", 9 maggio.

Donini V. e Palumbo R., (1981), "La consistenza delle strutture già destinate ad ospedale psichiatrico e criteri metodologici da utilizzare per la loro conversione", "Qualesalute" n.7, Milano, F. Angeli.

Esposito G., (1999), "L'ex manicomio è un patrimonio", "Il Sole 24 ore-Sanità" del 13-19 luglio.

Grandi C. e Taiani R. (a cura di) (2002), "Alla ricerca delle menti perdute: progetti e realizzazioni per il riutilizzo degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenuti all'Impero asburgico", ed. Fondazione Museo storico trentino, collana *Quaderni archivio trentino*, Trento.

Ferrante T., (1996), "Condition and perspectives of the public health properties changes: the situation of former psychiatric hospitals", in Del Nord R. (a cura di) "Continuing updating and upgrading of existing health care facilities", Polistampa Firenze.

Ferrante T., (1999), "Scene da un patrimonio. Valorizzazione ed alienazione del patrimonio immobiliare pubblico", Roma, Kappa.

Magris C., (2009), "Così è stato tradito Basaglia: successi (e lacune) di una legge", "Corriere della Sera", 14 maggio.

Provincia di Trieste, (2008), "L'Ospedale psichiatrico San Giovanni di Trieste. Storia e cambiamento 1908-2008", Provincia di Trieste.

Relazione sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli ospedali psichiatrici e sull'attuazione dei progetti-obiettivi.

"Tutela della salute mentale 1994-1996", 30 giugno 2010 [http://www.camera.it/\\_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indicecesti/126/001/intero.pdf](http://www.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indicecesti/126/001/intero.pdf)

Salute mentale, La normativa che regola l'assistenza psichiatrica: la Legge 180 del 1978, il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1994-1996; il Progetto Obiettivo.

"Tutela della salute mentale" 1998-2000 <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=115&sub=5&lang=it>

Sammartano A., (2003), "La riconversione da Ospedale psichiatrico a cittadella della salute", edizioni L'Epos, Palermo.

Vanzan Marchini Nelli E. e Funari N., (2007), "Il recupero di san Servolo e la valorizzazione dell'arcipelago di Venezia", in Colucci S. (a cura di), *Atti del XLVI Congresso della Società Italiana di Storia della medicina 1907-2007*, ed. Cantagalli, Siena.

Sul recupero del manicomio di San Servolo, Venezia: [http://www.fondazioneanservolo.it\\_html\\_home.asp](http://www.fondazioneanservolo.it_html_home.asp)