

Portici

BIMESTRALE DELLE EDIZIONI METROPOLITANE BOLOGNA

Speciale
Sanità

Spedizione in A.P. art. 2 comma 20/c legge 662/96 Filiale di Bologna. - In caso di mancato recapito restituire all'ufficio P.T. CMP di Bologna per l'inoltro al mittente che si impegna a corrispondere la tariffa dovuta.

ANNO II - N°5 - OTTOBRE 1998

cinque

Sommario

■ **PERSONAGGI**
Pasolini come profeta 2
Renzo Renzi

■ **IL POSTO DELLE FRAGOLE**
Là dove scorre il sogno 4
Nicola Muschitiello

■ **DAI CONSIGLI** 5

■ **PORTICI RACCONTA**
Il fascino discreto della radio 11
Stefano Tassinari,
Raffaella Cavalieri

■ **NUOVE PROFESSIONI**
Pronti per l'editoria 13
Claudio Santini

■ **SANITÀ**
Da paziente a cittadino 14
Come cambia il sistema sanitario regionale 15
Giovanni Bissoni
Le tre "r" 17
Donata Lenzi
Conferenza Sanitaria 18
Chi - come - perché 18
Monica Tognoni
Il coordinamento delle strategie 20
Angelo Giovanni Rossi
Un vestito su misura 21
Intervista all'Assessore comunale alla sanità, Lalla Golfarelli
Beppe Picca
Con il giuramento di Ippocrate 23
Giuseppe Fornaro
Cittadino al centro 25
Maurizio Guizzardi
Un budget per i medici di famiglia 27
Luigi Infelise
Centri medici: novità 28
Sergio Gessi



In difesa degli ammalati 30
Giuseppe Fornasaro
I pilastri del volontariato 31
Il caso Ant e Anffas 33
La Sanità emigra dagli ospedali 33
S. G.
Il dopo Basaglia 34
Giuseppe Berti Ceroni
Il disagio della malattia mentale 36
F. G.
La casa dei risvegli 37
Fulvio De Nigris

Il nuovo Cup di Bologna 41
Mauro Moruzzi
Un monastero, i bastardini e l'ostetricia 42
Carlo Degli Esposti

■ **SANITÀ - FACCIA A FACCIA**
I servizi tra costo e qualità 38
Walter Baldassari,
Gian Luigi Magri

■ **MESTIERI**
L'infermiere 40
Patrizia Romagnoli

■ **VIAGGI DI UN GIORNO**
Bazzano 44
Carmen Lorenzetti

■ **PROGETTI**
I termometri ambientali 46
Annalisa Camorani

■ **SPAZIO EUROPA**
Un difensore civico per l'Europa 47
Emanuela Fronza
Per i comuni d'Europa 48
Marta Bettini
Opportunità e scadenza dei bandi dell'Unione Europea 48



Portici

Bimestrale del Comune e della Provincia
Edizioni Metropolitane Bologna
Anno II - n. 5 - ottobre 1998

Iscrizione Tribunale di Bologna
n. 6695 del 23/7/97

Chiuso in fotocomposizione il 23/10/1998

Stampa: Tipografia Moderna
Bologna

Tiratura: 13.000 copie

Direttore: Roberto Olivieri

Condirettore: Beppe Picca

Caporedattore: Sonia Trincanato

Segreteria di redazione:
Rita Michelon, Viviana Gardini

Progetto grafico e Art: Guido Tucci

Videoimpaginazione: Piero Brighetti

Computer graphic:
Annalisa Degiovannini

Disegno testata: Claudio Pesci

Fotografie: Vanes Cavazza,
G. Avoni, Studio F.N., P. Soglia,
P. Righi, Archivio Provincia

Illustrazioni: Clementina Mingozzi

Direzione e redazione:
Provincia di Bologna, Via Zamboni, 13
tel. 051/218.340/355 fax 051/218.226
e.mail: stampa@provincia.bologna.it

In copertina:
Roberto Crippa - senza titolo -
polimaterico (1971?) cm. 41 x 33

PASOLINI COME PROFETA (MA ANCHE COME ATTRAZIONE TURISTICA)

di RENZO RENZI

È stato recentemente presentato il volume "Pasolini e Bologna" che contiene tutti gli interventi del Convegno omonimo organizzato nella nostra città nel dicembre 1995, per iniziativa dell'Istituto Gramsci, delle Associazioni "In forma di parole" e "Casa dei pensieri", nonché della Cineteca Comunale di Bologna.*

Nell'occasione dell'uscita del volume pubblichiamo due post-scriptum di Renzo Renzi, da aggiungere al suo intervento "Pasolini, quasi un compagno di scuola", presente nel volume..

C om'è noto, Pasolini, negli anni Trenta - Quaranta, frequentò il Guf (Gruppo Universitario Fascista) di Bologna, che stava in via Belmeloro, presso la sede centrale dell'Università.

Quando si parla dei Guf, si dice della loro "fronda" nei confronti del regime d'allora.

Ma quali erano, in poche parole, le ragioni di una tale "fronda"?⁽¹⁾

Nel Guf bolognese e nel suo mensile "Architrave", protetto da Bottai, il progetto serpeggiante era quello di un rivolgimento che oggi possiamo dire di tipo azionista, cioè liberalsocialista, però da compiersi all'interno del fascismo, quindi senza toccare il duce. Quasi nessuno di noi, allora, pensava, infatti, ad una possibile caduta del fascismo: e perciò bisognava riconsegnare goliardicamente l'Italia, rinnovata pacificamente, nelle mani di qualcuno e magari, edipicamente, del Padre che non si riusciva ad uccidere, come si vede.

Anche Pasolini, assai giovane, respirò quest'aria ambigua, semiseria, che sarebbe diventata serissima, di lì a poco, come si sa.

Ma - tornando sui nostri passi - se esistevano propositi di tipo ribellistico nei confronti del regime totalitario, bisognava aggiungere che certi ritardi culturali della nostra Università di allora avevano spinto molti di noi nelle braccia del Guf, non tanto per una ragione politica (ex balilla, poi avanguardisti, si era ormai stanchi di adunate e divise, moschetti e fasce gambiere), quanto perché tali organizzazioni, imposte dal regime, erano le uniche ad occuparsi di



Pierpaolo Pasolini (a sinistra) a Bologna negli anni dell'università e, sotto, il portico della morte, sede di librerie e bancarelle, ritrovo abituale del poeta e dei suoi amici



molte materie del "moderno": cioè il cinema, la radio, il teatro, il giornalismo e insomma le comunicazioni di massa, tutte cose ignorate dall'Università, che pure agiva sulla nuova società di massa.

Si pensi, infatti, per un esempio, che nella Facoltà di Lettere i discorsi sul teatro si fermavano all'Alfieri, rigorosamente letto soltanto come un testo letterario e che non si andasse oltre, mentre noi già sentivamo parlare di Gordon Craig, di Stanislavsky, del Teatro No giapponese, ecc. La condizione detta favori, insomma, una doppia "fronda": la prima, illu-

soria, contro le strette del regime; la seconda, implicita, contro la stessa Università, nonostante la presenza in essa di figure del tutto rare come lo furono Roberto Longhi o Galvano della Volpe appassionati dei nuovi linguaggi e loro cultori quasi clandestini.

Ma ora ci si chiede: nella chiave accennata è possibile stabilire un rapporto credibile fra la "fronda" dei Guf e la rivolta studentesca del Sessantotto?

Andando oltre i grandi meriti della Resistenza, intesa come un radicale rinnovamento delle strutture portanti dello Stato, nel Sessantotto



A fianco la casa natale di Pasolini in via Nosadella n. 48 e a passeggio con amici per Bologna (foto da "Pier Paolo Pasolini - biografia per immagini" - Gribaudo editore)

chi proveniva anche dalla doppia "fronda" degli anni Quaranta colse, in quei moti della nuova generazione, l'adempimento di aspirazioni soprattutto antiaccademiche, ma anche antitotalitarie, per un futuro liberato davvero da residui rimasti melmosamente nel fondo.

E Pasolini? Egli partecipò vistosamente a quei moti, accentuando le sue presenze giornalistiche e di cineasta.

Ma non si fidò del tutto di quanto stava accadendo, come dimostrò nell'episodio romano famoso di Valle Giulia, quando prese le difese dei poliziotti (perché proletari) contro gli studenti (perché figli della borghesia).

Fu un suo atto profetico?

Ci è permesso, oggi, fare i nomi di accesi ex sessantottini divenuti altrettanto accesi vessilliferi, bene ricompensati, del fronte conservatore?

In realtà il Sessantotto e il successivo Settantasette aprirono la fase della massima tensione verso la ricerca di una "cultura alternativa" contro l'"industria culturale" del mercato capitalistico.

Nei successivi anni Ottanta, tutto ciò fu inopinatamente liquidato in nome del mercato stesso e della supposta creatività, anche in senso popolare, indotta dalla libera concorrenza, alla quale andavano affidati tutti i giochi.

La "cultura dell'impegno", nata con la Resistenza e culminata negli anni fra il Sessantotto e il Settantasette, fu, così, sostanzialmente bandita come ideologica, contenutistica, settaria, impopolare. In controtendenza, intanto, Pasolini denunciava i pericoli di quella che egli definiva una strisciante omologazione tra le parti, al livello più basso.

Si riferiva anticipatamente a quella che sarebbe stata la tv tutta intera dei nostri giorni?

E' da quel tempo, in ogni caso, che - non solo per ragioni d'età - i Rossellini, i Zavattini, i Visconti, i Fellini, i Pasolini, ecc., non ci sono più, come invece esistevano, bene combattendo in molte direzioni, nel tempo della famigerata "cultura dell'impegno".

Così, dall'impegno si è passati all'"universale" disimpegno, quindi, assai spesso, all'insignificanza; dalla ricerca di nuovi prototipi e forme di rappresentazione allo sviscerato culto dei "generi" tradizionali.

Forse, la libera concorrenza affidata al libero mercato non ha ancora dato i suoi frutti creativi, si fa per dire.

Forse, esiste un problema.

Perché non vedere Pasolini come Morandi?

Se voi chiedete a una persona qualsiasi: "Di dov'è Pasolini?", vi sentirete quasi sempre rispondere "friulano" o "romano".

Lo stesso giornale "l'Unità", proprio nel giorno in cui si presentava il volume "Pasolini e Bologna", in un diverso articolo parlava della "nata Casarsa".

Ora, come si vede che non è noto, Pasolini non solo è nato a Bologna, ma tutta la sua formazione scolastica, dal Ginnasio all'Università, quindi nella successiva importantissima occasione della rivista "Officina", si è prodotta a Bologna.

C'è da dire che Pasolini, parlando così poco, in maniera diretta, nella sua opera letteraria e cinematografica, della città natale (ma esistono pagine d'amore struggente per Bologna da parte di lui, ricordate da Gianni Scalia), ha contribuito in maniera vistosa all'equivoco sopra citato.

E però Bologna: che cosa ha fatto, fin qui, per Pasolini? Il mio primo ricordo risale all'avventura già detta di "Officina", che infine do-

vette traslocare a Milano a causa del disinteresse degli editori bolognesi. Tra le celebrazioni di Bologna "città europea della cultura" (come lo è già stata in occasioni centenarie e ormai storiche, quindi nessuno ci regala niente) dovrebbe tuttavia essere inserita una "Sezione risarcimenti", capace di illustrare le cadute della città nella sua vicenda secolare, a incominciare magari da Giacomo Leopardi (ma si potrebbe risalire a Galileo e ancora oltre), il poeta recanatese che avrebbe tanto desiderato restare a Bologna, poniamo come direttore della Pinacoteca, e che invece ne fu escluso come "sovversivo", costretto a cambiare città; proseguendo poi con Guglielmo Marconi, che fu condotto dalla madre in Inghilterra per trovare finalmente la fiducia e i finanziamenti necessari ad una clamorosa scoperta, di fronte alla quale la nostra città si era mostrata cieca.

Infine si farà proprio il nome di Pasolini che, nemmeno da morto, tranne che nei casi di due o tre pure importanti incontri collettivi, trova riconoscimento e valore a casa sua, pure giganteggiando in campo internazionale.

Diceva, sere fa, Davide Ferrari che il Museo Morandi si è rivelato anche come una preziosa attrazione turistica. Il nome di Pasolini è forse da meno? Eppure non esiste neppure una lapide nella sua casa natale.

Tra i tanti monumenti di pietra di una città esistono anche figure monumentali, perché capaci di mettere in movimento i nostri pensieri anche dopo la loro scomparsa. □

* "Pasolini a Bologna" a cura di Gianni Scalia e Davide Ferrari - Edizioni Pendragon 1998

⁽¹⁾Le due "fronde" nel Guf, il Sessantotto, e "L'omologazione al livello più basso" dagli anni Ottanta.

Là dove scorre il sogno

di NICOLA MUSCHITIELLO

Probabilmente ci sono ragioni profonde, non strettamente economiche, che portano una città a seppellire le sue acque. E Bologna, come è stato notato, “appare come intimamente legata alla terra”. Una volta, essa aveva una serie di canali che l’attraversavano allo scoperto, aveva due fiumi piccoli, l’Aposa e l’Aposetta. Aveva un braccio canalizzato del Reno che la collegava a Ferrara. Le sue acque aperte e governate azionavano le sue quattrocento filande della seta (nella prima metà del Settecento) e facevano fiorire il commercio. Fino a non molti anni fa, come testimonia tra le altre una fotografia di Olindo Guerini, noto nella storia delle patrie lettere con il nome di Lorenzo Stecchetti (lavandaie che fanno il bucato sui gradini, stando in piedi nelle botti, panni stesi bianchi e finestre nere), una parte dell’attuale via Riva di Reno era un corso d’acqua. Il ciccalamento delle popolane che lavavano aveva, mi figuro, qualcosa di cheto, di fiduciosamente diurno; lavandaie vere e positive; non come quegli spettri femminili che fanno il bucato, così raccontano, in certi luoghi isolati della Bretagna, e che bisogna aiutare se si ha la sfortuna di incontrarli di notte, per evitare di rompersi un braccio o di finire nell’acqua. Per entrare nella

chiesa di San Martino, nel Duecento, bisognava superare un ponticello, sopra l’Aposa. Nulla di magico, neppure in questo. Superato quel ponticello, non ti venivano incontro i fantasmi, come accadeva al giovane Harker in una didascalia di un vecchio film tedesco con le case cuspidate. Le case di Bologna sono corpose, realmente. I suoi palazzi hanno la bellezza di una Cerere pietrificata. Finché le acque le erano utili, Bologna se le è tenute.

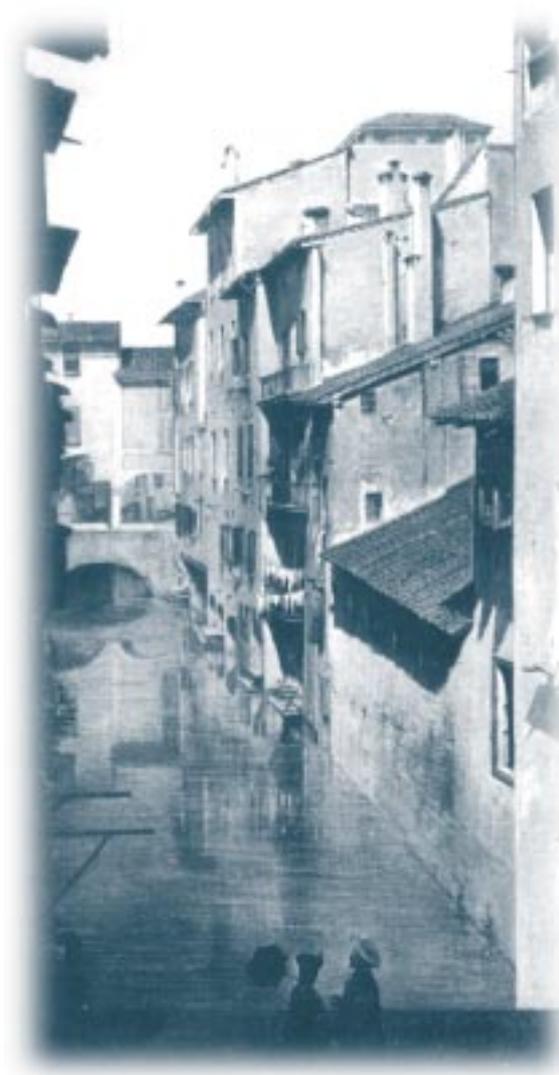
Poi, le ha seppellite vive nella terra. Forse è per quel suo carattere sorprendentemente ambiguo, che faceva dire a un viaggiatore francese, Michel Guyot de Merville, nel 1721, di

avere notata l’ingegnosità degli abitanti di Bologna, ma pure la loro fondamentale instabilità, di zolla geologica quasi, che li porta a rivolgimenti numerosi, perché incapaci di tollerare sia la libertà (la parola “libertas” era scritta fino sulle monete) sia la servitù, e perché umili a servire e arroganti a comandare (parola di francese ...). Anche il dialetto di Bologna, per altro, ha qualcosa di secco e di materiale.

In esso sembra bandita la dolcezza di voce dell’acqua: «Una parlata scorciata e rapida, un gergo di artigiani, di mercanti, di agricoltori inurbati, e prole di soldati, di invasori calati

dal nord a riposare tra la pianura verde e il mare», così lo disse lo scrittore Giuseppe Raimondi. Un po’ dell’acqua che scorreva si può ammirare ancora in alcuni punti della città, come per esempio in via Capo di Lucca, entro le antiche mura distrutte; ma, soprattutto, si può ammirare in via Piella. Lì, prima di arrivare in via Righi, si può benissimo ammirare un residuo dell’antica dovizia d’acqua, sia sulla sinistra della strada. Sulla sinistra, sotto il portico, è molto più bello ed è, per chi non lo sappia ancora, una vera sorpresa. Aperta un’imposta, appare una finestra sull’acqua, che scorre in direzione di chi guarda, e gli passa sotto i piedi, invisibile. Si vedono alcune case, col piede nell’acqua. Sul fondo, una casipula fa come da ponte. E, più lontano, l’acqua sbuca di sotto una specie di volta. Un raro mondo su cui sognare. Una piccola Venezia quasi di preservato abbandono. □

Il canale delle Moline in un dipinto ottocentesco e, sotto, il ponte con l’arco del portico visti dal canale con la finestrella (immagini da “La finestra sul canale” - Costa editore)



IN COMUNE

PALAZZO D'ACCURSIO DA MAGGIO AD AGOSTO

a cura di Antonio Sciolino

Emergenza Centro Storico

Nell'intento di dare seguito alle numerose richieste di attenzione provenienti dai cittadini, riuniti anche in comitato, e dalle forze economiche e sociali il Consiglio comunale ha approvato, nel giugno '97, l'ordine del giorno n° 16 con il quale si è costituito un gruppo di lavoro sul "Centro Storico", al fine di approfondire i problemi in essere e delineare proposte nel merito.

Il Gruppo di lavoro, insediato nel dicembre '97, predispose il programma dettagliato dell'istruttoria, individuando quattro tematiche da sviluppare con convegni pubblici riguardanti gli aspetti socio-demografici ed economici, l'urbanistica e la casa, la mobilità l'ambiente e la sicurezza.

I convegni svolti nel marzo di quest'anno hanno registrato buona affluenza di pubblico e di addetti ai lavori e si sono conclusi con l'elaborazione di un documento di indirizzi portato all'approvazione del Consiglio comunale nella seduta del 15 giugno scorso.

Nella fase di stesura del documento non sono mancate posizioni difformi tra i Consiglieri, segnaliamo anche la presentazione di una relazione da parte del Consigliere di maggioranza Fausto Anderlini.

Il testo finale presentato evidenziava la necessità di definire un progetto a cui ispirare le politiche per il Centro Storico che non possono prescindere da una esigenza di globalità, poiché le politiche abitative, della mobilità, del commercio, della sicurezza e dell'ambiente, non sono settori isolati ma in realtà interagiscono tra di loro.

Occorre quindi intervenire in questa specifica realtà territoriale, definibile come un "ecosistema", senza stravolgere il delicato equilibrio delle sue componenti.

A tal fine si è proposto di istituire un apposito tavolo di verifica e confronto ed un organismo di coordinamento tecnico, intersettoriale, a supporto delle decisioni politiche e per una loro traduzione in interventi reali.

L'organo collegiale proposto deve fungere da punto di coordinamento delle politiche per il Centro Storico, nell'intento di determinare uno stretto

legame fra l'Amministrazione comunale, le realtà economiche, culturali e sociali, sia per quanto riguarda la progettazione che l'attuazione degli interventi individuati.

Nella stessa seduta sono stati votati alcuni O.d.G. inerenti lo stesso Centro storico.

Piano Sosta

Il 22 giugno scorso è stata approvata la seconda fase del Piano Sosta con l'estensione alla periferia di Bologna, in coerenza con il Piano Generale del Traffico Urbano approvato nel novembre '96.

Contemporaneamente, sono stati presentati i risultati, ad un anno dell'avvio, della sperimentazione della sosta nel centro storico e nel quartiere Bolognina, che si evidenziano positivi, sia in termini di effetti sul trasporto pubblico che di diminuzione dei tempi di rotazione nei parcheggi, con un certo beneficio anche per i residenti nelle zone interessate. La deliberazione votata presenta aspetti normativi e tariffari, in stretta sintonia con quanto già applicato nella prima fase.

Gli obiettivi sostanziali della manovra sono correlati alla esigenza di razionalizzare la mobilità urbana, cercando di rendere meno caotico il traffico delle auto e di ottenere maggiore



efficienza del trasporto pubblico, migliorando lo stato dell'inquinamento cittadino. Presentando il Piano è stata sottolineata la novità (introdotta dall'art. 9 della Legge Tognoli) che consiste nell'offrire la possibilità alle imprese private o cooperative di realizzare i parcheggi. Nella stessa occasione è stato approvato un ordine del giorno riguardante il trasporto pubblico. In quell'occasione è stata sottolineata l'esigenza di reperire risorse economiche per l'ammodernamento delle linee ferroviarie passate alla competenza delle Regioni.

Politiche Giovanili

Il Consiglio comunale, riunito in seduta straordinaria il 22 luglio scorso, ha poi discusso la relazione finale sui lavori dell'Istruttoria Pubblica sulle Politiche Giovanili. Nel corso del dibattito sono stati presentati i dati di partecipazione: 186 iscritti e 147 progetti.

Giovani, associazioni e cooperative sono intervenuti al dibattito chiedendo che l'amministrazione comunale diventi interlocutrice credibile e riconosca le esperienze e la realtà sociale giovanile della città. Con i sei ordini del giorno votati in Consiglio si è chiesto alla Giunta municipale di mantenere viva una struttura tecnica e di coordinamento operativo al fine di predisporre i programmi e i progetti attuativi. A questo proposito sono stati individuati tre progetti prioritari. Il primo riguarda l'attivazione di una "carta dei giovani": residenti e non, lavoratori e studenti, che dia accesso agevolato a servizi pubblici e privati e all'acquisto di beni vari.

Il secondo progetto concerne l'attivazione di centri di servizio a sostegno dell'autonomia giovanile e, infine, il terzo riguarda la definizione degli spazi per ospitare associazioni e gruppi o per lo svolgimento di attività culturali o imprenditoriali.

Su quest'ultima proposta in particolare, si chiede un tavolo congiunto con Iacp Azienda Usl, Ipab, Università, Provincia affinché si pervenga in tempi rapidi ad un censimento degli spazi pubblici da mettere a disposizione dell'asso-

PRESENZE E VOTAZIONI SECONDO QUADRIMESTRE 1998

GRUPPI CONSIGLIARI	PRESENZE	VOTAZIONI	
DueTorri	Anderlini Fausto	13	156
DueTorri	Anselmi Gian Mario	10	96
DueTorri	Benecchi Diego	15	188
DueTorri	Castelli Carlo	16	221
DueTorri	Cevenini Maurizio	16	225
DueTorri	Cifiello Mario	8	67
DueTorri	Del Mugnaio Anna	16	198
DueTorri.	De Togni Paolo	16	203
DueTorri.	Dionigi Ivano	16	147
DueTorri	Facchini Rosanna	12	153
DueTorri	Flamigni Carlo	14	161
DueTorri	Fornasari Giovanni	14	190
DueTorri	Malagrino F.Sisto	14	143
DueTorri	Malverdi Magda	16	225
DueTorri	Pasquini Jaia	3	33
DueTorri	Pavarini Massimo	16	190
DueTorri	Ramazza Alessandro	15	125
DueTorri	Salinari Raffaele	14	174
DueTorri	Stanzani Maria Luisa	16	204
DueTorri	Tomasi Paolo	10	126
DueTorri	Valentini Vittorio	14	173
DueTorri	Vitali Valter	15	126
DueTorri	Viviani Fausto	15	182
DueTorri	Zanotti Vania	13	128
Democratici per Bologna	Mengoli Paolo	16	116
Democratici per Bologna	Zanca Paolo	16	107
Governare Bologna	Salizzoni Giovanni	14	37
Rifondazione Comunista	Monteventi Valerio	16	156
Rifondazione Comunista	Nasi P. Giorgio	16	206
Rifondazione Comunista	Selva Antonella	5	43
Verdi	Berti Rudi	12	180
Verdi	Boriani Filippo	16	230
Verdi	Di Folco Marcella	16	224
Alleanza Nazionale	Caracciolo Felice	13	53
Alleanza Nazionale	Gattuso Patrizio G.	16	158
Alleanza Nazionale	Mazzanti Alessandro M.	15	169
Alleanza Nazionale	Pellegrini Alessandro	13	100
Alleanza Nazionale	Raisi Enzo	12	102
Alleanza Nazionale	Veronesi Arrigo	15	80
G.Misto	Rocco di Torrepadula	14	99
G.Misto	Ruocco Anselmo	16	90
Bologna Nuova	Bianchi Alecs	13	95
Bologna Nuova	Foschini Paolo	16	160
Bologna Nuova	Galletti G. Luca	13	86
Bologna Nuova	Magri Gian Luigi	14	26
Bologna Nuova	Mioni Giuseppe	16	97
Bologna Nuova	Parentelli Giorgio	15	100

Nei vari ordini del giorno approvati vengono inoltre individuate dieci aree progettuali sulle quali occorre svolgere un lavoro specifico: lo sport, la cultura, il disagio giovanile, il volontariato, il lavoro, l'occupazione, l'orientamento, l'informazione, i giovani, gli immigrati, le ragazze, il recupero urbano, la delega ai Quartieri sull'utilizzo degli spazi scolastici.

Mercato "La Piazzola"

In una specifica seduta straordinaria il Consiglio, il 24 agosto scorso, ha approvato la deliberazione che definisce la data di avvio del nuovo mercato temporaneo "La Piazzola" e ne individua la collocazione nei poli: Montagnola, via Augusto Ri-

le parti interessate, per consentire la realizzazione del parcheggio sotterraneo (1000 posti auto) e la valorizzazione del nuovo mercato stesso. Il provvedimento è stato predisposto d'intesa con l'Atc., per quanto riguarda la viabilità pubblica, e con Seabo, per il recupero e la restituzione delle aree interessate dopo un'ora dalla chiusura del



Conto Consuntivo 1997

Nell'ambito della gestione finanziaria del Comune è stato approvato il Conto Consuntivo per l'esercizio 1997. Rispetto ad una gestione di competenza di 1.073 miliardi, il Consuntivo presenta un avanzo di 3.952 milioni che sommato all'avanzo degli anni precedenti ha portato ad un attivo di 8.527 milioni il patrimonio netto, al 31 dicembre '97, è risultato di 2.912 miliardi.

ghi (pedonalizzata da via Alessandrini a via Indipendenza) e via Indipendenza (nel solo tratto della zona del Pincio); collocazione che è stata concordata con tutti gli operatori del mercato.

Questo atto modifica il "Piano delle aree destinate al commercio su aree pubbliche" del luglio '95, in quanto corregge ed integra una decisione già presa dal Consiglio Comunale, in funzione di una concertazione tra

Dati statistici

Numero sedute: 16
Ordini del giorno: 45
Deliberazioni: 67
Argomenti: 4

Totale votazioni n. 230
 + 1 votazione per acclamazione.

IN PROVINCIA

NUOVO STATUTO PER L'AEROPORTO

Nell'ultima seduta di settembre del Consiglio provinciale è stata approvata la delibera che apporta modifiche allo Statuto della Sab, la società che gestisce l'Aeroporto Guglielmo Marconi di Bologna. Le modifiche permetteranno alla Sab di candidarsi alla gestione dei servizi aeroportuali (di terra e di aria), come previsto dalla recente legislazione, inoltre è stato eliminato il vincolo sulla ripartizione degli utili. Il Consiglio ha anche deciso che modalità, obiettivi e interlocutori della privatizzazione verranno decisi in seguito, sulla base delle intese raggiunte tra i soci pubblici, degli indirizzi espressi dalle relative Assemblee e di un'attenta valutazione di quanto emergerà dalla relazione del consulente (advisor) della Sab. Il documento è stato approvato con 25 voti favorevoli (Longobardi, Ds, Democratici per la Provincia, Verdi, Ppi, Udr, Gruppo Misto) e 9 contrari (Rc, Ccd, An, Fi/Cdl, Lega Nord per l'Indipendenza della Padania). Il presidente della Provincia Vittorio Prodi, è intervenuto per chiedere l'approvazione della delibera che porterà alla "gestione totale dell'aeroporto" da parte della Società e si è impegnato a «riportare al Consiglio le conclusioni dei consulenti scelti dalla Società» e qualsiasi altra scelta che verrà fatta.

Poco tempo per discutere e mancanza di indirizzo politico del documento

Ha criticato il poco tempo a disposizione per approfondire la discussione il consigliere **Giuseppe Sabbioni** (Fi/Cdl) e il fatto che in seguito saranno modificati alcuni aspetti del documento: «Sarebbe stato opportuno, mentre si approvava lo Statuto - ha detto Sabbioni - cominciare a discute-



re delle cose che discuteremo solo quando qualcuno ha stabilito che sarà il momento», e a proposito della possibilità di vendere il 10% di azioni della Provincia ha affermato: «Faremo bene a parlarne, perché approviamo lo Statuto con questa modifica fondamentale, per cui la maggioranza sarà dei privati e la presenza del Pubblico diventerà poco significativa» e ha aggiunto: «Non si è mai fatto un dibattito approfondito relativamente alle partecipazioni della Provincia nelle varie società», denunciando che non è mai stata fatta una politica tesa a ricercare partecipazioni strategiche a società pubbliche. Dal canto suo il consigliere **Angelo Scavone** (Udr) che ha detto: «Mentre la delibera è degna di approvazione, lo Statuto lo è meno» e ha puntato l'attenzione sui "macroscopici errori" del documento, inoltre ha criticato la Giunta «che non ha presentato questa delibera con la dovuta connotazione politica; se si fa una privatizzazione come quella dell'aeroporto, non viene presentata quasi come un atto dovuto e come una ratifica di decisioni prese altrove». Ha anche affermato: «Questo Statuto in realtà vorrebbe essere uno strumento della privatizzazione, perché poi la privatizzazione vera e propria seguirà altri canali. Però nel momento in cui mettiamo la prima pietra della privatizzazione, che sono le modifiche statutarie, sarebbe interessante sapere

dove andiamo a finire».

Modifica sostanziale dello Statuto che riduce la partecipazione degli enti pubblici

Un maggiore approfondimento è necessario anche per il consigliere di Forza Italia **Luca Finotti**, che ha definito il documento un «passaggio importante perché c'è una modifica sostanziale dello Statuto, che porta una quota minima di partecipazione degli enti pubblici al 20%, quindi lasciando un grandissimo spazio all'imprenditorialità privata». Criticando la mancanza di tempo per discutere il documento Finotti ha detto: «Credo che sia una maniera di procedere grave che non lascia spazio alle minoranze di poter intervenire», e ha aggiunto «non voto questo Statuto perché ci sono perplessità che ancora restano tali».

Non sono stati chiariti i dubbi

«Sono assolutamente convinto dell'importanza che la Provincia abbia una sua presenza all'interno della Società che gestisce l'aeroporto proprio nell'ottica dell'area metropolitana, vista la dimensione dell'aeroporto» è stata l'opinione espressa da **Sergio Guidotti** (An) che ha votato contro la

delibera. Guidotti ha unito la sua critica alle precedenti, per lo scarso tempo a disposizione per discutere il documento e ha aggiunto: «Noi avevamo chiesto chiarimenti su questo atto, questi chiarimenti non ci sono stati fino adesso forniti». Favorevole alla delibera, invece, il consigliere del Gruppo misto **Paolo Marcheselli**, che ha presentato un emendamento al testo (approvato), con il quale si chiede una presentazione preventiva al Consiglio da parte del Presidente delle eventuali proposte di modifica dello Statuto. Marcheselli peraltro si è detto d'accordo con Sabbioni sulla necessità «di avviare una discussione profonda, seria sulla privatizzazione».

L'obiettivo è permettere alla SAB di gestire i servizi a terra e in aria

Troppo attenzione alla privatizzazione, secondo il vicepresidente **Tiberio Rabboni** che ha spiegato: «Si tratta di una modifica allo Statuto per perseguire un obiettivo più modesto, ma di vitale importanza per la Sab, vale a dire garantirsi la possibilità di partecipare all'acquisizione della concessione dei servizi aeroportuali a terra, che già svolge, e quelli aerei, e la necessità di procedere così celermente è determinata dal fatto che bisogna omologare lo Statuto modificato entro il 24/25 ottobre». Rabboni ha continuato: «Se

non modifichiamo lo Statuto per avere la certezza di poter concorrere e acquisire la concessione globale dei Servizi aeroportuali, rischiamo che altri gestiscano questi servizi». Altro discorso è quello della privatizzazione, che sarà decisa nelle modalità attraverso un'intesa tra i soggetti pubblici e verificata con i Consigli di appartenenza, mentre un ulteriore impegno dell'Amministrazione provinciale è concorrere, nelle diverse sedi, al reperimento delle risorse necessarie in autofinanziamento e attraverso contributi statali e regionali, per adeguare l'aeroporto dal punto di vista infrastrutturale e per migliorare l'impatto ambientale, soprattutto per quanto riguarda il rumore. Contrario al documento **Mauro Bonazzi**, capogruppo di Rifondazione Comunista [dal 13/10 Partito dei Comunisti Italiani], che ha lamentato l'urgenza chiesta per l'approvazione del documento: «Dovremmo pure arrivare a stabilire perché ci troviamo a discutere di cose importanti sempre all'ultimo minuto! Io ritengo che questa sia una scelta politica»; inoltre ha lamentato che «non c'è una delibera di indirizzo che dice che il nostro rappresentante è tenuto a rispettare gli indirizzi del Consiglio provinciale».

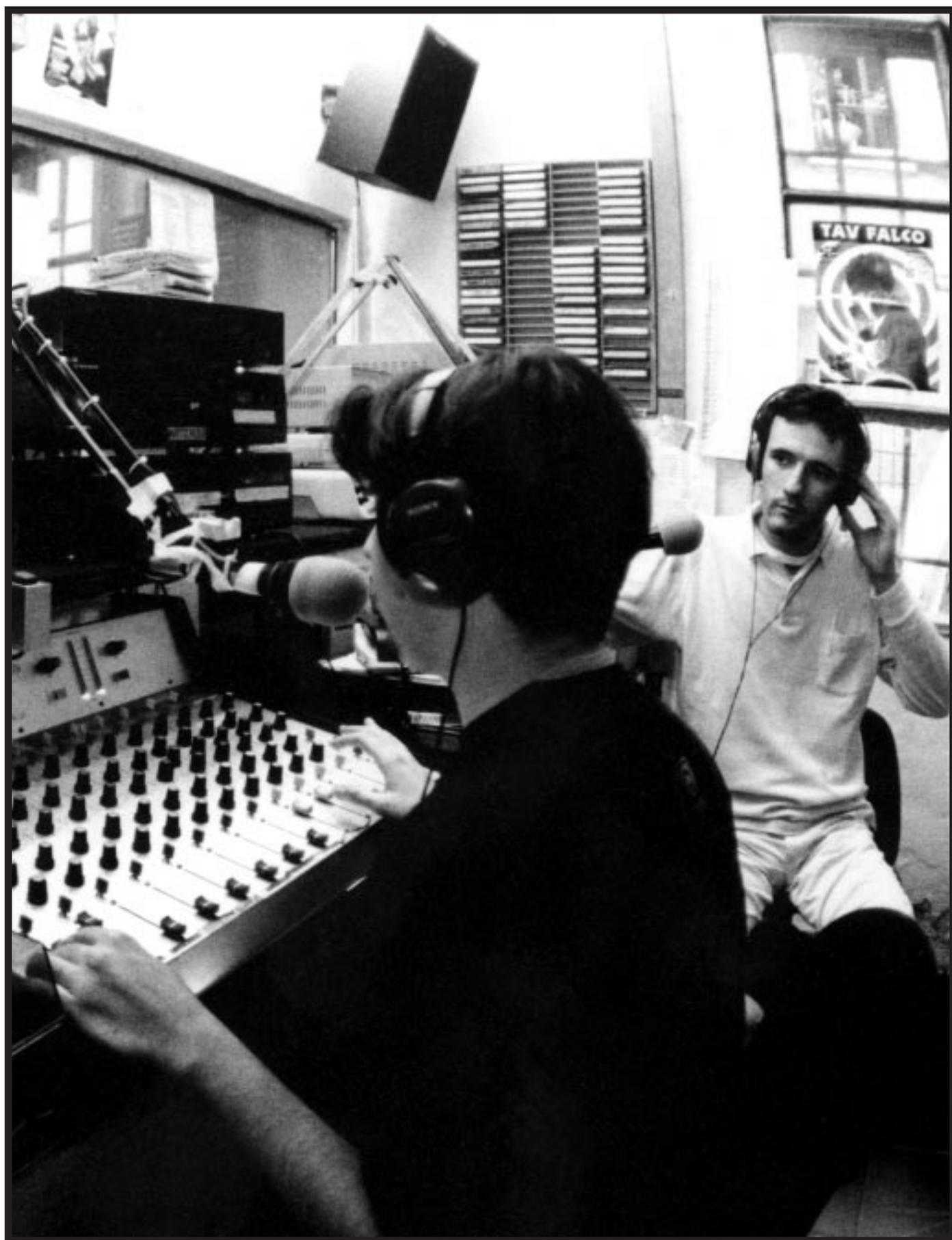
C'è stato il tempo per discutere

Il capogruppo dei Ds **Valerio Armaroli**, esprimendo voto favorevole alla delibera, ha ricordato che in Commissione la discussione sullo Statuto è stata fatta, «quindi - ha continuato - mi pare che risultino gonfiati certi giudizi di impossibilità di discutere», anche perché altre decisioni fondamentali «resteranno e saranno esercitate da questo Consiglio con il massimo di responsabilità e di attenzione».

Anche il capogruppo dei Democratici per la Provincia, **Anna Fiorenza** ha dato il suo assenso alla delibera, anche perché «l'atto che andiamo ad approvare e le modifiche statutarie sono soltanto delle modifiche previste da una legge, indispensabili per permettere alla società di adeguarsi a quanto espressamente previsto dal Decreto ministeriale 521»; in contrasto con quanto lamentato da altri consiglieri, Fiorenza ha sottolineato che «la modifica ha una particolare importanza di carattere politico e non tanto di carattere giuridico» e ha aggiunto «sono convinta che con l'approvazione di queste modifiche statutarie, diamo la possibilità alla Sab di non perdere una grande occasione».

Respinto, infine, l'emendamento presentato dal consigliere **Scavone** (Udr) che chiedeva di dare mandato al Presidente di «rappresentare all'assemblea della Società le opportune modifiche».







Il fascino discreto della radio*

di STEFANO TASSINARI
Fotografie di RAFFAELLA CAVALIERI

È una strana sensazione di ordine ad accoglierci mentre varchiamo l'ormai storica porta a vetri di Mura di PortaSan Felice, quella che s'affaccia sulle stanze in cui, da undici anni (a parte la breve stagione di via Cartoleria), vive, tossisce e trasmette Radio Città del Capo. Pavimenti quasi lustrati, muri imbiancati, nemmeno una cicca per terra, colonne liberate dagli strati di vecchi manifesti che annunciavano cortei e feste di sottoscrizione.

Ma siamo sicuri che si tratti proprio di...?

Il dubbio è legittimo, ma si dissolve in un istante, appena i nostri occhi scorgono i volti di Francesco, Carla, Nando, Michele, Piero e di tanti altri che, con meno anni di militanza radiofonica alle spalle, mandano avanti ogni giorno questa piccola/grande esperienza di comunicazione, sostenuta anche da più di mille abbonati virtuali (ma le centoventimila lire annue che versano per far vivere la radio sono verissime, parola

** dedicato
da tutta la redazione
di "Portici"
a Luca Torrealta*





di chi scrive). Il nuovo look, dunque, non rappresenta un cedimento ideologico (“piuttosto è un bisogno di sopravvivenza”, ci dicono), né un modo simbolico per apparire improvvisamente “per bene”, magari con l’inconscia speranza che qualche grosso imprenditore, passando di qui per caso, decida di comprarsi un nuovo pezzetto di etere mancante. Per fortuna niente di tutto questo è all’orizzonte, e il cambiamento, se mai, oltre all’immagine della sede - certamente meno movimentista di un tempo - riguarda il palinsesto e il rapporto (oggi più autonomo) nei confronti di “Popolare network”, il consorzio nazionale di emittenti creato dalla mitica “popolare” di Milano, che diffonde, per alcune ore al giorno, gli stessi programmi attraverso decine di radio sparse per l’Italia.

Da qualche settimana, ad esempio, il tradizionale appuntamento pomeridiano con l’approfondimento di eventi politici, sociali e culturali - coincidente, fino a poco tempo fa, con la rubrica “Underground” - è stato decisamente esteso grazie al varo della nuova (e più lunga) trasmissione “Talpa spaziale”, mentre nella fascia mattutina è scomparsa la rassegna stampa gestita dal network, per far posto, un’ora più tardi, a un programma analogo, ma pensato e prodotto a Bologna.

Nuovo localismo o rafforzamento della propria identità? Chissà, forse entrambe le cose insieme, dato che, nel poco suggestivo villaggetto dell’informazione italiana, chi si mette a scavare con cura sotto le radici degli alberi del proprio giardino conquista risultati migliori - in termini di “pulizie generali” - di chi si limita, ogni tanto, a spolverare le foto scattate ai grandi boschi.

E l’auspicio - ironico, ma non troppo - è che, visto il titolo del programma di punta della radio, si possa presto tornare a dire, seppur in un altro contesto: “Ben scavato, vecchia talpa!”.

Comunque sia, auguri di cuore e buon lavoro a tutti gli ‘errecitisti” (o “cittàcapisti”? o “capicittà”? Mah?!).

Pronti per l'editoria

di CLAUDIO SANTINI

*Cosa sta cambiando nella professione, forse la più disprezzata e ambita, di giornalista.
Una iniziativa delle Fondazioni Cassa di Risparmio e del Monte*

Come si fa a diventare giornalisti? la domanda ha seguito la mia vita come un *leitmotiv*. Prima ho cominciato a rivolgerla ad altri nella non facile ricerca di un "posto". Poi me la sono sentita porgere da un numero crescente di giovani che aspiravano alla mia stessa professione, tanto disprezzata quanto ambita.

Fino a una decina d'anni fa, la risposta che ho ricevuto e che ho dato era pressappoco questa: «Un parente o un amico introdotto possono aiutare, l'impegno nei giornalini della scuola non guasta, comincia a frequentare le redazioni dei giornali, fai la gavetta, inizia con le sostituzioni, poi piano piano, se dimostri di capire che la notizia c'è non quando un cane morde un uomo bensì quando un uomo morde un cane...» Chiaro? Sì, ma non più attuale.

La fine "dell'editoria di ritorno" ha infatti chiuso la stagione che si condensava nella frase di Missiroli: i giornali sono una voce passiva di un bilancio attivo. La maggioranza degli editori - in gran parte impegnati in altri settori: dall'edilizia, all'automobile, ai petroli - fondava una testata, trovava un riferimento sicuro in un gruppo politico e economico, perdeva i soldi per la diffusione della linea dello sponsor occulto ma alla fine guadagnava per i ritorni che aveva nella vendita degli immobili, delle auto, delle benzine. In questa situazione, anche i costi per i giornalisti rientravano nella partita di giro. Tutto perfettamente equilibrato e perversamente perfetto secondo il criterio riassunto dalla frase che circolava per le redazioni: ieri hanno assunto ben 21 giornalisti: sei democristiani, cinque socialisti, quattro scelti dall'editore, tre protetti dal direttore, due amici del redattore capo e... uno bravo.

Questo mondo però è stato spazzato via - salvo eccezioni sempre più rare - dal ciclone tangentopoli che ha messo gli editori di fronte alla prospettiva, difficilmente affrontata prima, di compensare le spese con i soldi dalla sola vendita del loro prodotto. Gli introiti pubblicitari so-

no così diventati fondamentali. La politica del *gadget*, un tocca-e-sana. Il contenimento dei costi, una questione di vitale importanza. Le nuove tecnologie, lo strumento per realizzare risparmi.

In questo contesto, l'interrogativo sul come si possa diventare giornalista ha cambiato senso e collocazione, di fronte anche a una indubbia crisi del settore e alla crescente disoccupazione. C'è stato un periodo di smarrimento.

Oggi però è stata identificata una nuova strada che rivaluta quella professionalità un tempo all'ultimo posto fra le ragioni valide per l'assunzione. Il "saper fare" infatti riduce i tempi di apprendistato, di produzione sperimentale, di adattamento per il passaggio dalla teoria alla pratica ad alto livello. Insomma si traduce

anche in un risparmio, oltre che in una garanzia, per l'editore. Da qui, l'impegno della categoria negli Istituti per la formazione al giornalismo visti progressivamente come fucine delle nuove generazioni e palestre di aggiornamento e perfezionamento per quelle meno giovani. In questo quadro ha preso forma una iniziativa che coinvolge proprio "Portici". La Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e la Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna, aderendo a una proposta della Provincia e d'intesa con il Consiglio regionale dell'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia-Romagna, hanno istituito due borse di studio finalizzate all'inserimento nel mercato del lavoro, ed al perfezionamento professionale, di giovani che abbiano frequentato i corsi biennali dell'Istituto

per la formazione al giornalismo di Bologna. È stato così fornito un sostegno economico a quanti, meritevoli, volessero saggiare la loro professionalità in un bimestrale di cultura, politica ed economia ad alto livello.

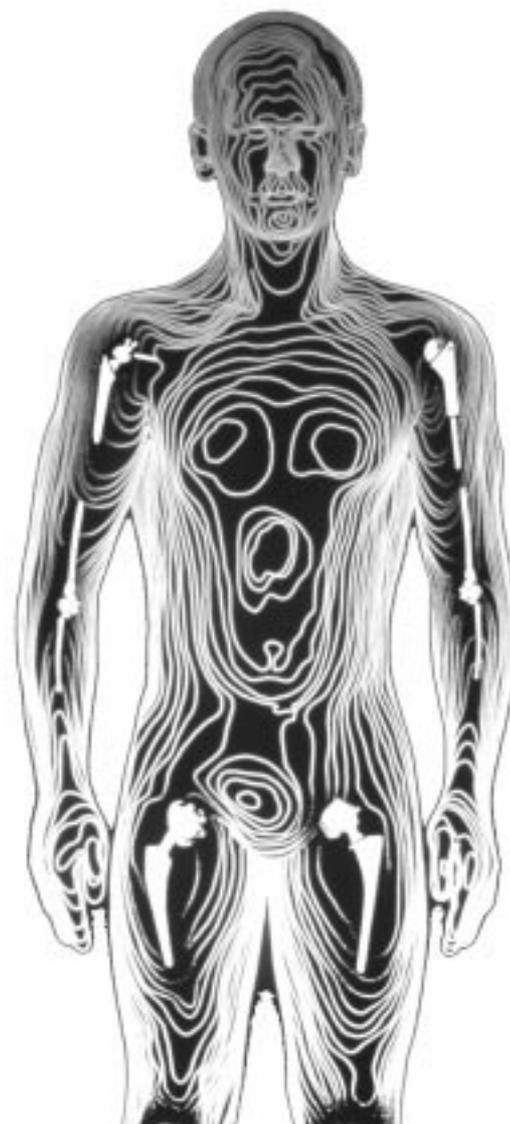
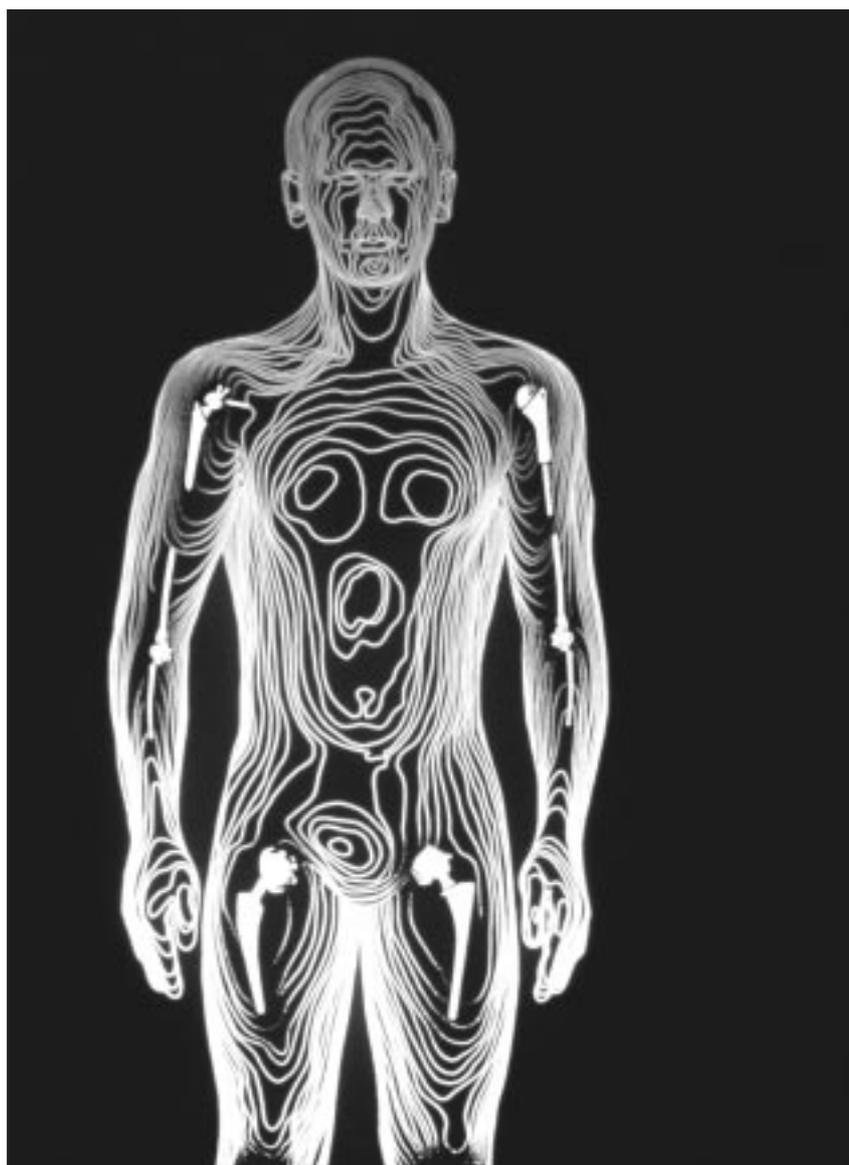
E i criteri di selezione sono stati impegnativi. Presentazione dei candidati da parte della direzione dell'Ifg-Bologna con riferimento alle conoscenze professionali (maturate negli *stage*) e di studio. Hanno costituito titolo preferenziale le eventuali esperienze nei campi della comunicazione pubblica e dell'editoria periodica. Alla fine della selezione, le borse sono state assegnate a Sergio Gessi di Ferrara e Giuseppe Fornaro di Ravenna che sono già al lavoro a "Portici".

Ecco dunque una nuova risposta all'interrogativo sul come diventare giornalista che, come accennavo all'inizio, ha fatto da filo conduttore alla mia vita. Una risposta che, a differenza del passato, punta alla tutela di una professione soprattutto attraverso la crescita della professionalità.

□

Claudio Santini è Presidente dell'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia Romagna





Da paziente a cittadino

Le linee del Piano sanitario nazionale 1998-2000

Prevenzione, distretto, ospedale: sono le tre parole d'ordine in cui si muove il nuovo Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. I livelli di assistenza da garantire «in condizioni di uniformità a tutta la popolazione» sono appunto tre (attività di prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera).

Le "idee forti" del Psn sono state riassunte in dieci punti: un decalogo che parte dalla considerazione che è giunto il momento di rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti. Così come non si può fare a meno di ridurre le disuguaglianze nei confronti della salute.

Via libera - si prevede subito dopo - alla promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari e al miglioramento della qualità del sistema. E ancora: promuovere la salute; adeguarsi agli standard nutrizionali ot-

timali; ridurre del 40% la prevalenza dei fumatori e la quantità quotidiana di sigarette fumate; ridurre il consumo di alcol di almeno il 20%; fare in modo che almeno il 50% dei giovani adulti praticino attività fisico-sportiva; ridurre di almeno il 10% le malattie ischemiche del cuore e di un altro 10% le malattie cardiovascolari; prevenire le patologie tumorali con campagne di screening per la diagnosi precoce e per il controllo periodico dei fattori di rischio; lotta contro le malattie infettive (Aids, Tbc, virusi); ridurre la mortalità per incidenti stradali che rappresenta il 5-7% della totalità dei decessi; tutelare i soggetti deboli che vivono una situazione di relativo svantaggio e sono per questo costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità non sempre evitabili. (da ASI '98) □

Come cambia il sistema sanitario regionale

di GIOVANNI BISSONI

Nel corso del '97 il sistema dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna è stato al centro di un profondo processo di rinnovamento, determinato dalla necessità di garantire a tutte le persone presenti in Emilia-Romagna risposte assistenziali adeguate ai bisogni di salute, in un contesto di risorse programmate.

Questo processo di rinnovamento ha investito l'insieme dei servizi, ne ha mantenuto l'elevato standard di qualità, cercando, al contempo, di rispondere alla richiesta di nuovi servizi e forme di assistenza alternativi a quelli tradizionali, dettati dalle esigenze di una popolazione emiliano-romagnola che sta progressivamente invecchiando e che ha elevati consumi sanitari.

Presupposto di questo rinnovamento è stata la politica di governo della spesa sanitaria e la conseguente riorganizzazione della struttura e delle dimensioni dell'offerta, della organizzazione interna dei servizi, delle relazioni funzionali e dei criteri di finanziamento dei diversi soggetti pubblici e privati del sistema.

Abbiamo cioè lavorato su un doppio binario: il contenimento ed il governo della spesa, la riorganizzazione ed il potenziamento di servizi, in particolare quelli alternativi al ricovero.

Le strategie principali attuate nel corso del '97 hanno dunque riguardato la riorganizzazione della struttura del sistema sanitario regionale e delle sue modalità di funzionamento; la revisione dei criteri di finanziamento delle Aziende Usl ed Ospedaliere utilizzando il finanziamento per quota capitaria ponderata; il rafforzamento del ruolo delle Aziende Usl quali garanti della soddisfazione della domanda di assistenza alla popolazione e di committenti della erogazione dei servizi; la definizione di accordi programmatici e piani di attività concordati fra le Aziende Usl e le Aziende Ospedaliere e le strutture private accreditate, in base a priorità regionali e a quelle emergenti a livello locale.

Il primo intervento è stato relativo alla rete ospedaliera regionale, con la programmazione di una complessiva riorganizzazione sia rispetto al numero di posti letto "per acuti" che rispetto alla realizzazione di nuovi servizi ospedali-

dalieri, in particolare le unità di lungodegenza riabilitativa, e di potenziamento di servizi esistenti come, ad esempio la "chirurgia di giorno" in day hospital (nel '97 il 27% dell'intera attività di day hospital).

La Giunta regionale ha approvato specifiche linee guida di rimodulazione della rete ospedaliera prevedendo uno standard di 4 posti letto "per acuti" per 1000 abitanti, inclusi i posti di day hospital, e un numero di posti letto per la lungodegenza post acuta e riabilitativa pari a 0,7 -1 per 1000 abitanti. Questi standard, pur ritenuti sufficienti a garantire i bisogni dell'Emilia-Romagna, sono inferiori a quelli indicati a livello nazionale e comporteranno la riconversione o la disattivazione, entro l'anno 2000, di 2.600 posti letto.

Crediamo importante sottolineare che questo processo di riorganizzazione permette di garantire appieno le esigenze di assistenza in regime di ricovero e permette, al contempo, di liberare risorse e posti letto per nuove forme assistenziali.

In proposito, l'istituzione della nuova funzione di lungodegenza ospedaliera rappresenta una opportunità per offrire un'assistenza adeguata ai differenti bisogni dei pazienti, soprattutto nella delicata fase durante la quale, superata la fase acuta, hanno ancora bisogno di un periodo di ricovero finalizzato al massimo recupero possibile delle condizioni di salute e dell'autosufficienza. Per questo motivo la direttiva regionale prevede un modello organizzativo che, tenendo ferma la responsabilità clinica del medico, cerca la valorizzazione piena delle competenze anche gestionali ed organizzative dell'infermiere.

La diversificazione dell'offerta e la innovazione delle forme di assistenza realizzate per i servizi ospedalieri non sarebbero state possibili senza un contestuale intervento di potenziamento e riorganizzazione dei servizi territoriali, la cui diffusione costituisce una peculiarità del sistema sanitario in Emilia-Romagna.

Questo è stato il secondo e contestuale obiettivo della riorganizzazione del sistema sanitario regionale. Ad esempio, i servizi rivolti agli anziani (in particolare quelli residenziali e semiresidenziali) nel 1997 hanno raggiunto una

*Giovanni Bissoni è
Assessore alla sanità
della Regione
Emilia-Romagna*

dotazione di 12.600 posti (pari a 3,2 posti ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni).

L'incremento dell'offerta dei servizi territoriali in tutte le sue forme, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare, si è realizzata con l'impegno e la collaborazione dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta. In particolare, nel '97, obiettivo di tutto il sistema sanitario e dunque di tutte le Aziende sanitarie, è stato il potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore di pazienti anziani non autosufficienti con patologie croniche o in dimissione protetta dall'ospedale e di pazienti oncologici. Il risultato è stato confortante, con un incremento del numero dei pazienti assistiti a domicilio, arrivato a 7800, oltre il 30 % rispetto al 1996.

La collaborazione con i medici di famiglia è stata formalizzata con accordi regionali e locali che hanno privilegiato aspetti dell'assistenza sanitaria di particolare criticità. In particolare, questi accordi hanno ricercato l'integrazione del medico di famiglia nell'attività del Distretto sanitario, la sua partecipazione al raggiungimento di obiettivi di qualità dell'assistenza, e la sua responsabilizzazione al rispetto dei livelli di spesa pro-



NEL 1997 LA PRIMA FASE DI RIORGANIZZAZIONE DELL'INTERA RETE OSPEDALIERA

Tutte le Aziende sanitarie hanno adottato i Piani attuativi locali (Pal), elaborati sulla base delle linee guida regionali di rimodulazione della rete ospedaliera. Sono stati ridotti 2090 posti letto pubblici (pari all'85,6% delle previsioni dei PAL all'anno 2000); 486 posti letto sono stati riconvertiti in posti per la lungodegenza riabilitativa; sono stati realizzati tutti i posti letto in day hospital previsti; sono diminuiti i ricoveri ed il tasso di ospedalizzazione della popolazione dell'Emilia Romagna è sceso di 6 punti rispetto al 1996, invertendo per la prima volta la tendenza alla crescita costante degli anni precedenti. Anche nel '97 si è comunque confermata la forte attrattiva esercitata dai nostri servizi ospedalieri verso i residenti di altre regioni, con un incremento della "mobilità attiva" dell'11% rispetto al 1996.

grammata. Esperienze estremamente significative, ben oltre una prima fase sperimentale, vanno diffondendosi sul territorio regionale. In particolare, la definizione in ambito locale dei livelli di spesa programmati, lo sviluppo dell'associazionismo medico, l'elaborazione di linee guida terapeutiche, il monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie sulla conformità delle prescrizioni farmaceutiche alle note CUF (Commissione Unica del Farmaco).

I problemi del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna, in particolare di carattere finanziario, persistendo fra l'altro la grave sottostima del Fondo Sanitario Nazionale, non sono certamente risolti.

Riteniamo però che l'esperienza fatta dimostri che, se si valorizzano i processi di programmazione, se si coinvolgono i professionisti ma anche le comunità locali, le parti sociali, governare il doppio processo di qualificazione

dei servizi e di contenimento della spesa è possibile. Al riguardo, al netto dei forti disavanzi del passato, gli andamenti finanziari nel 1997 e nel 1998 sono ormai ampiamente conformi se non migliori, alle medie dell'Italia del Centro-Nord. Abbiamo cioè invertito una tendenza storica che, accanto a buoni servizi - che restano - ci vedeva tra i primi anche per il disavanzo sanitario.

Insomma, la sanità dell'Emilia-Romagna continua a scommettere più che mai sulla propria capacità di cambiamento e di miglioramento dei servizi e a governare i livelli di spesa. Per questo '98 i nostri obiettivi riguardano il completamento, la "messa a regime" della riorganizzazione del sistema sanitario con particolare riguardo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali con linee guida regionali, già operative, per la riduzione dei tempi di attesa, il completamento delle unità ospedaliere di lungodegenza riabilitativa, il potenziamento dell'assistenza domiciliare in tutte le sue diverse forme.

A questo punto è indispensabile per noi, ma non solo, che la finanziaria per il '99 (crisi politica permettendo) ci metta in condizioni di attivare rapidamente l'intero programma degli investimenti di edilizia sanitaria (programma poliennale previsto dalla finanziaria '98) e che mantenga gli impegni assunti in Conferenza Stato-Regioni sull'adeguamento del Fondo Sanitario Nazionale e si chiuda con valutazioni oggettive la stagione dei debiti pregressi. □

Le tre “erre”

di DONATA LENZI

Riconversione, risanamento finanziario e una più ampia relazione con il cittadino sono i punti cardine attraverso i quali ruota il cambiamento della Sanità

Abbiamo portato avanti in questi anni un percorso di lento progressivo cambiamento dell'organizzazione della sanità bolognese. Perché? Perché è cambiata la Sanità, diverso il peso delle tecnologie, cambiati i bisogni, cambiate le normative. Le nostre mega strutture, la ricchezza di questa città, quattromila posti letto pubblici nella sola città di Bologna, con un tasso di posti letto che è quasi il doppio di quello nazionale, devono affrontare un necessario cambiamento. Le nuove tecnologie richiedono più investimenti, investimenti più frequenti, manodopera ad alto livello, bacini d'utenza più ampi, collegamento tra molte discipline, vuole dire che è necessario concentrare. Sono cambiati i bisogni, c'è un aumento delle malattie croniche invalidanti, altre malattie si curano sempre di più con l'assistenza domiciliare, è necessario prevedere modelli organizzativi di forte integrazione ospedali territorio. Ci sono bisogni nuovi, pensiamo all'immigrazione, all'aumento dell'area grigia del disagio psichico, ai problemi posti da persone con handicap in età avanzata, problemi che anni fa non sarebbero stati neanche immaginabili.

Dobbiamo modificare le priorità, riconvertire le risorse.

La direzione del cambiamento è stata, ed è ancora sarà centrata su:

- un ruolo più forte dei medici di base, anche con modalità nuove di lavorare (la medicina associata) e percorsi nuovi (ad esempio l'assistenza domiciliare);
- una rete più articolata di strutture ospedaliere, per lungodegenze, R.S.A. Case Protette, assistenza domiciliare con particolare attenzione alle fasce di età ultra 65enni;
- la prevenzione come acquisizione di comportamenti e stili di vita sani (ed il recente rapporto del Censis sottolinea come per l'80% della popolazione questo sia estremamente importante).

Seguendo questa linea la Conferenza Sanitaria Regione-Città Metropolitana ha definito una nuova fase di programmazione nel documento

“Strategie e Azioni per il consolidamento e lo sviluppo di un sistema sanitario metropolitano orientato alla qualità dei servizi ed efficiente nell'uso delle risorse disponibili”, centrata su tre “r”: r come riconversione, risanamento e relazione con il cittadino.

La riconversione-rilancio della sanità bolognese: stop alle chiusure di ospedali,

la rete attuale è sufficiente e ben distribuita (Sant'Orsola-Malpighi, Maggiore, Bellaria, Rizzoli, Vergato, Bazzano, Porretta, Loiano, Bentivoglio, Bu-

drio, San Giovanni in Persiceto, Imola, Castel San Pietro), modifiche e ridimensione invece dell'offerta dei grandi ospedali (700 posti letto chiusi, 600 riconvertiti).

Il risanamento finanziario: contenimento delle spese (“parsimonia nello spendere”) ed accordi fra le Aziende per regolare i rapporti tra di loro, concentrazione dei servizi, sfruttamento più ampio delle apparecchiature. L'obiettivo passare in tre anni da 175 miliardi di disavanzo a 57 miliardi nel 2000.

La relazione con il cittadino: questo ultimo obiettivo è forse il più difficile da raggiungere. Infatti, la crescente disumanizzazione, il senso di impotenza del paziente che si sente appunto paziente e non persona, il (giusto) rifiuto ad accettare dal medico disposizioni e prescrizioni senza colloquio ed informazione, allontanano sempre più i cittadini ed i pazienti dalla medicina tradizionale, nonostante la fiducia rimanga ancora alta.

Un rapporto da ricostruire partendo dalla semplificazione dell'accesso ai servizi e dall'attenzione vera alle sollecitazioni e alle proteste dei cittadini, ma che richiede una “rivoluzione culturale” da parte dei professionisti della sanità. (Chissà che il caso Di Bella non ci abbia insegnato qualcosa?).

Il lavoro di questi anni, brevemente illustrato nelle pagine seguenti, è stato reso possibile dalla forte volontà dei Sindaci membri della Conferenza Sanitaria di essere presenti in materia di sanità, anche quando si è trattato di decisioni dolorose e dal nostro convincimento che la collaborazione fosse più utile che la concorrenza tra aree dello stesso territorio.

Nonostante i molti incontri in Consigli comunali, assemblee pubbliche, sedi istituzionali, non siamo però riusciti a rendere sufficientemente noto il lavoro svolto ed a sollecitare critiche e suggerimenti. Con questi articoli tentiamo di continuare il dialogo. □

Donata Lenzi è Assessore alla sanità della Provincia di Bologna



Ospedali a Bologna e provincia

CONFERENZA SANITARIA

Regione-Città Metropolitana

Chi, come e perché

di MONICA TOGNONI

La Conferenza Sanitaria Provinciale (istituita a norma della L. R. 19/94, art.18, comma 5) si è insediata ufficialmente il 22 luglio 1994 e rappresenta un'importante livello di governo della sanità, svolgendo funzioni di coordinamento tra le conferenze dei sindaci delle Aziende Usl e di programmazione dell'attività delle cinque Aziende sanitarie (quattro aziende Usl e un'azienda ospedaliera) e dell'Istituto di ricerca a carattere scientifico presenti sul territorio dell'area metropolitana bolognese.

Infatti, nonostante che con il riordino della disciplina in materia sanitaria l'Unità Sanitaria Locale si sia configurata come una "azienda" dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa,

patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, rimane pur sempre il diritto-dovere degli organi rappresentativi, quali la suddetta Conferenza Sanitaria, le Conferenze dei Sindaci delle Aziende USL della provincia di Bologna ed il Comune di Bologna di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.



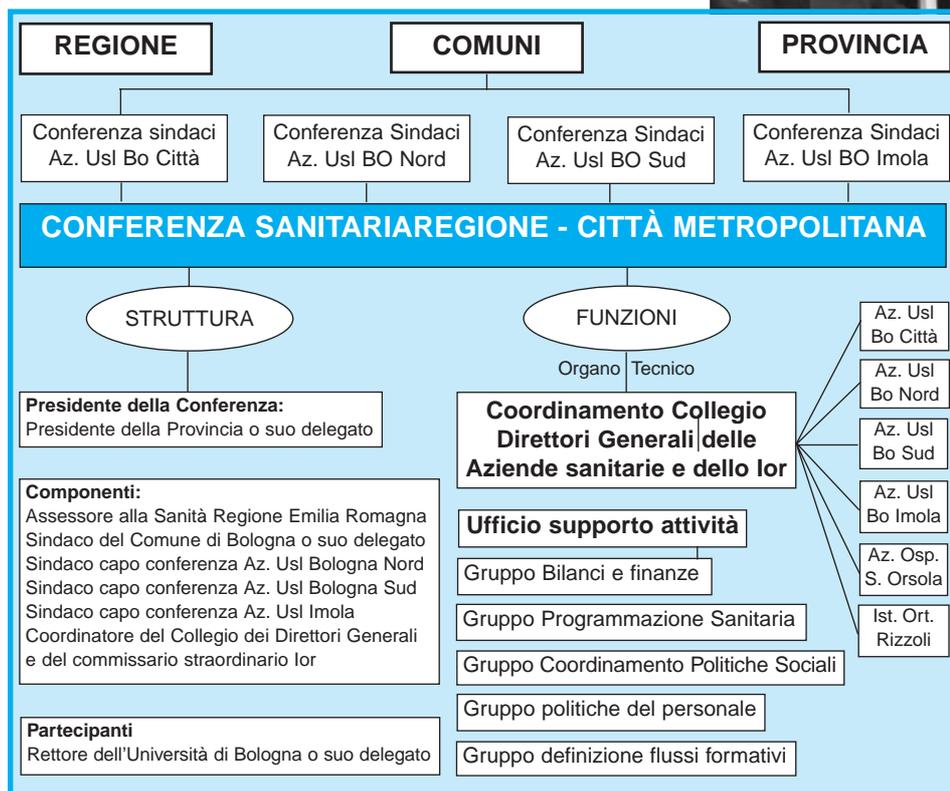
Le Funzioni

Le funzioni assegnate in base alla legge regionale n. 19 del 12 maggio 1994

Funzioni previste dell'art. 18 della L.R. n. 19 del 12 maggio 1994:

- promuovere e coordinare la definizione di intese per l'attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale;
- esprimere parere in merito alla individuazione dei distretti secondo quanto previsto all'art. 9;
- formulare proposte ed indirizzi per l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio-assistenziali gestite dalle Aziende Unità Sanitarie

- locali per conto degli enti locali;
- formulare proposte ed indirizzi sulle modalità di integrazione delle funzioni sanitarie con le funzioni di prevenzione e controllo ambientale;
- esprimere pareri ed avanzare proposte alla Giunta regionale sulla assegnazione delle risorse alle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;
- coordinare la formazione dei bilanci di previsione e dei piani di investimento delle Aziende UU.SS.LL. e delle Aziende Ospedaliere della provincia e su di essi rimettere parere obbligatorio alla Regione;
- coordinare, sotto i profili gestionale e finanziario, l'azione delle Unità Sanitarie Locali della provincia, con particolare riferimento all'organizzazione uniforme dei sistemi di prenotazioni e di accesso alle prestazioni ed ai servizi;



- coordinare la programmazione, il riordino e la riqualificazione delle strutture e dei servizi sanitari della provincia nell'ambito degli indirizzi del piano sanitario regionale, con particolare riferimento alla rideterminazione delle funzioni e dei posti letto dei presidi e aziende ospedaliere.

Le funzioni assegnate dal protocollo di intesa tra Regione, Provincia di Bologna, Comune di Bologna, Comuni dell'area metropolitana sull'assetto istituzionale e sulle funzioni in campo sanitario

In seguito al Protocollo di intesa tra Regione, Provincia di Bologna, Comune di Bologna, Comuni dell'area metropolitana sull'assetto istituzionale e sulle funzioni in campo sanitario, sottoscritto il 24 luglio del 1997, la Conferenza Sanitaria ha allargato la partecipazione alla Regione cambiando la sua denominazione in Conferenza Sanitaria Regione-Città Metropolitana.

In aggiunta a quanto precedentemente indicato, ora, la Conferenza provvede a:

- definire, nell'ambito della programmazione regionale, il quadro di riferimento programmatico per la predisposizione dei Piani sanitari relativi all'area metropolitana attraverso linee di indirizzo, linee-guida e direttive e a coordinare la loro formulazione;
- garantire una razionale ed equilibrata distribuzione dei servizi sanitari e socio-assistenziali nel territorio metropolitano;
- promuovere e approvare protocolli di collaborazione tra le Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere dell'area metropolitana;
- esprimere parere, formulando eventuali osservazioni, sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università di Bologna attuativi dei protocolli di intesa Regione/Università;
- definire particolari indicatori di attività e di risultato dei servizi sanitari al fine di valutarne la funzionalità e la razionalità distributiva in rapporto alla specificità della dimensione metropolitana.

La Struttura

In seguito all'approvazione del suddetto protocollo, quindi, l'attuale Conferenza Sanitaria risulta integrata dalla presenza dell'assessore regionale alla Sanità o suo delegato e, nello svolgimento delle proprie funzioni è coadiuvata dal Collegio dei Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi della Provincia e degli Istituti Ortopedici Rizzoli.

Ai lavori della Conferenza partecipano, senza diritto di voto: il coordinatore del Collegio dei Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della provincia, dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, degli Istituti Ortopedici



In questa e nella pagina precedente immagini di manifestazioni dell'inizio degli anni '70



Rizzoli e, su invito, gli altri Direttori Generali e il rappresentante degli IOR; il Magnifico Rettore dell'Università di Bologna, o suo delegato.

Nell'ambito del Coordinamento delle Aziende Sanitarie previsto dalla Conferenza Sanitaria Metropolitana del 16 Ottobre 1997 si sono attivati Gruppi Tecnici Permanenti di lavoro che, attraverso la logica della collaborazione e dell'interazione reciproca, avendo come referente un Direttore Generale facenti parte del collegio, il quale definisce le linee di indirizzo e gli aspetti strategici, si pongono l'obiettivo di indagare sui temi di pertinenza della Conferenza.

Essi sono il gruppo "Bilanci e Finanze"; "Programmazione sanitaria"; "Politiche del personale e relazioni sindacali"; "Definizione dei flussi informativi" e il gruppo "Coordinamento delle Politiche Sociali".

Vi sono poi Gruppi Tecnici tematici, attivati in base ad esigenze di tipo contingente, su determinate problematiche.

Relativamente al rapporto tra piani di investimento e finanziamenti si è evidenziata l'esigenza di istituire un gruppo sulla "Ricognizione del Patrimonio immobiliare delle Aziende sanitarie della Provincia di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli" - concluso nel gennaio 1997.

In seguito all'approvazione del documento "Strategie e Azioni per il Consolidamento e lo Sviluppo di un Sistema Sanitario Metropolitan Orientato alla Qualità dei Servizi ed Efficiente nell'Uso delle Risorse Disponibili", avvenuta in data 20/04/1998, il mandato del gruppo Programmazione sanitaria si è articolato in vari punti:

- **relativamente all'assistenza ospedaliera:** per la revisione congiunta della composizione del service mix, correggendo le ridondanze che contraddistinguono alcune delle funzioni ospedaliere afferenti all'area delle cosiddette specialità a media assistenza; per la razionalizzazione della rete laboristica, giungendo ad adeguarsi agli standards individuati a livello di struttura (sottogruppo composto dai responsabili del laboratorio di analisi di ciascuna azienda sanitaria, l'azien-

da ospedaliera è rappresentata anche dal responsabile del settore microbiologia-virologia, e coordinato dal direttore sanitario dello IOR, dr. Baldi);

per giungere alla definizione di un protocollo finalizzato ad individuare alcune modalità di gestione, collettivamente condivise, volte ad evitare il problema dell'intasamento delle funzioni di degenza che si verifica solitamente all'inizio della stagione invernale (sottogruppo composto dai primari del Pronto Soccorso, coordinato dal direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera, dr.ssa Zucchini);

- **relativamente all'assistenza distrettuale:**

per la redazione di piani organizzativi dei servizi distrettuali, analizzando in particolare il rapporto che intercorre tra distretto - dipartimento ed incentrandosi in particolare sul raggiungimento dell'uniformità di risposta del sistema sanitario, considerando la progressiva convergenza verso la valorizzazione delle cure primarie e del medico di medicina generale ed individuando problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina generale (gruppo "Coordinamento degli Interventi nell'ambito delle Cure Primarie" coordinato dal dr. Arnaldo Oneto).

- **relativamente alla Psichiatria:**

per la redazione di un piano interaziendale per la ridefinizione dell'area relativa alla salute mentale (sottogruppo composto dai responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale, coordinato dal dr. Andrea Bussolari). □

Il coordinamento delle strategie

di ANGELO GIOVANNI ROSSI

Come si sviluppa il coordinamento fra le Aziende sanitarie dell'area metropolitana bolognese

L'organizzazione dei servizi sanitari dell'area metropolitana bolognese ha una propria specifica complessità dovuta al fatto che, contrariamente alle altre provincie della Regione Emilia-Romagna, sul proprio territorio operano contemporaneamente cinque autonome Aziende sanitarie pubbliche e lo I.O.R. (Istituto Ortopedico Rizzoli). Si pone quindi in concreto il problema del rapporto tra le diverse istituzioni sanitarie. All'interno del complesso delle iniziative di studio, di approfondimento, di discussione, di confronto, in atto da anni, il collegio dei direttori generali delle Aziende sanitarie della provincia di Bologna⁽¹⁾, ha avuto la necessità, ed in questo è stato anche sollecitato dalla Conferenza Sanitaria Regione - Città Metropolitana, di realizzare un forte lavoro di coordinamento di strategie e di azioni. I motivi sono riferibili al fatto che la Regione ha richiesto alle aziende una riprogettazione complessiva dello scenario organizzativo, produttivo ed economico, che la realizzazione dei Piani attuativi locali delle aziende presentavano diversi livelli di ritardi, e che vi era la necessità di determinare efficacemente fra le Aziende nuovi accordi sulla mobilità interprovinciale.

Il lavoro ha tenuto impegnato lungamente le aziende e si è infine concretizzato nell'elaborazione del documento "Strategie e Azioni per il Consolidamento e lo Sviluppo di un Sistema Sanitario Metropolitan Orientato alla Qualità dei Servizi ed Efficiente nell'Uso delle Risorse Disponibili" presentato e discusso nell'ambito della Conferenza Sanitaria Regione - Città Metropolitana che lo ha licenziato il 20 maggio scorso.

Il percorso

Per inquadrare le attività e le risorse dell'area metropolitana bolognese era stato necessario promuovere un complesso lavoro di raccolta, verifica e approfondimento dei dati attuali e delle serie storiche relativi alle attività, ai costi e ai



cavi dei diversi settori del complesso delle cinque aziende operanti nella provincia di Bologna⁽²⁾. Questo lavoro si è svolto parallelamente all'analisi di medio periodo delle dinamiche della popolazione, considerando che la domanda di (alcuni) servizi si sviluppa tendenzialmente secondo le dinamiche della popolazione e ove l'offerta di (alcuni) servizi dovesse seguire le dinamiche della popolazione emerge, in prospettiva, la necessità di interventi di riequilibrio della struttura dell'offerta. Sono state indagati i dati di attività e di consumo delle aree della prevenzione, della salute mentale, del programma speciale psichiatria, dell'assistenza ospedaliera compreso la lungodegenza, dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza distrettuale nelle sue complesse articolazioni, dell'assistenza specialistica; delle strutture residenziali e semiresidenziali. Sono stati evidenziati ed analizzati i problemi connessi alla mobilità extraprovinciale ed extraregionale, alle case di cura; inoltre sull'area del personale e degli altri costi aziendali si è proceduto alla loro rilevazione critica.

Il complesso di questi dati è stato confrontato con gli standard regionali e con i dati delle altre aziende della regione. Da questo confronto sono emerse indicazioni che evidenziavano diversità nelle attività e nei costi e quindi si sono costruiti i primi indicatori per orientare le aziende bolognesi a muoversi tendenzialmente verso i costi medi regionali.

Parallelamente si è approfondita la dinamica delle assegnazioni delle risorse (e più in gene-

rale di tutti i "ricavi" delle aziende), la dinamica della formazione dei costi di specifici segmenti di attività nonché la dinamica dei disavanzi delle aziende per il periodo 1998-2000. Si è trattato di uno sforzo indubbiamente significativo ma che tuttavia, considerando la strategicità dell'area bolognese sull'intera regione (circa un quarto delle attività e dei costi), deve essere ulteriormente approfondito e sviluppato fino alla sua sistematizzazione.

Gli sviluppi

In questa fase è in corso lo sviluppo dei lavori di approfondimento con atti integrativi al documento "Strategie ed azioni...", così come previsto. Ulteriori approfondimenti sono in corso nell'ambito del gruppo tecnico permanente "Programmazione Sanitaria" e negli altri gruppi tecnici di lavoro.

Si presentano oggi i problemi e le necessità di monitorare le previsioni sia di attività che economiche contenute nel documento "Strategie ed azioni..." e di sviluppare il coordinamento fra le aziende dell'area metropolitana bolognese. □

⁽¹⁾ Il Collegio dei direttori generali delle aziende sanitarie della provincia di Bologna (Coordinamento delle Aziende Sanitarie) è stato istituito il 16 ottobre 1997 nell'ambito della Conferenza Sanitaria Regione-Città Metropolitana presieduta dall'Assessore Donata Lenzi.

È coordinato da Maurizio Guizzardi (Città di Bologna) ed è oggi composto, inoltre, da Paolo Cacciari (S.Orsola-Malpighi), da Enrico Jovino (Bologna Sud), da Angelo Giovanni Rossi (Bologna Nord) e da Augusto Zappi (Imola) (in precedenza l'azienda imolese era diretta dapprima da Sandro Reggiani, a cui era succeduto temporaneamente Mauro Pirazzoli)

⁽²⁾ Il superamento delle difficoltà del reperimento di dati, data la pluralità delle fonti e a volte la divergenza delle rilevazioni, è stata fortemente agevolata dalla collaborazione ricevuta dalla direzione generale dell'Assessorato Regionale alla sanità nonché dall'Agenzia Sanitaria Regionale e dall'Assessorato alla sanità e sicurezza sociale della Provincia di Bologna

Angelo Giovanni Rossi è Direttore Generale dell'Azienda Usl Bologna Nord

UN VESTITO SU MISURA

di BEPPE PICCA

È la personalizzazione della cura il baricentro della riorganizzazione in corso nella sanità bolognese. Il ruolo del medico di famiglia e dell'autotutela alla base di una strategia che punta a ridurre le degenze e ad aumentare l'assistenza.

Intervista all'Assessore alla sanità del Comune di Bologna, Lalla Golfarelli

Si può essere soddisfatti della sanità bolognese? Strutture e servizi sono ancora all'altezza della fama di un tempo?

Dipende dal punto di vista che assumiamo. Qui l'inefficienza non è mai stata di casa, il meccanismo funziona. Però si è persa l'eccellenza del sistema, non più in sintonia con le dinamiche demografiche e con i bisogni che ne derivano: basti pensare agli anziani. È su questo che stiamo lavorando.

Il Parlamento sta discutendo una legge che attribuisce maggiori poteri ai Comuni nella programmazione e, soprattutto, nel controllo delle attività sanitarie. È una legge che può aiutarvi?

Sì e no. Il Parlamento sta cercando di ridurre il distacco fra l'istituzione sanitaria e le comunità locali: in questo senso, certamente, il ruolo dei Comuni è fondamentale. L'ipotesi in discussione, però, prevede che, ogni qual volta si mettono in cantiere prestazioni sanitarie superiori agli standard, siano i Comuni a dover fronteggiare la spesa, con il rischio - sottolineato non soltanto da Bologna, ma dall'intera rete italiana delle "Città Sane" - di esasperare le difficoltà anziché favorire un governo condiviso della sanità.

Condiviso con chi?

Con gli altri attori istituzionali e con i diretti interessati, i cittadini. Sul piano istituzionale, ci siamo già mossi in questa direzione, creando - con l'Università, la Regione, la Provincia e i Comuni del bolognese - la Conferenza Sanitaria Regione/Città Metropolitana: uno strumento di concertazione tra le istituzioni e, insieme, un modo di avvicinare le decisioni in materia sanitaria ai consumatori della sanità, i cittadini.

Sul piano sociale, invece, abbiamo avviato alcune campagne di informazione e di monitoraggio, tenendo conto delle differenti problematiche degli anziani, delle donne, dei bambini, della salute mentale, ecc.

Nel campo psichiatrico, abbiamo coinvolto gli operatori e i familiari nei lavori di una commissione del Comune e dell'Azienda Usl incaricata di ridisegnare le funzioni dei servizi: dalla presa in carico del malato alla urgenza-emergenza, dalla gestione clinica del paziente alla libera scelta del medico.

La ricerca dell'eccellenza, insomma, passa attraverso il coinvolgimento sia dell'offerta che della domanda di prestazioni sanitarie, con l'obiettivo di incidere, contemporaneamente, sulle strutture e sugli stili di vita. Detta in due parole, ecco la filosofia del nostro piano della salute.

Domanda e offerta, è il linguaggio degli economisti. Quando a usarlo è un assessore alla sanità, come sottrarsi al sospetto che la motivazione principale del piano sia di natura finanziaria?

Il problema finanziario esiste, eccome. Ma ci sono due modi di risolverlo. Uno è quello classico: io taglio e tu ti arrangi. L'altro è il nostro: cerchiamo insieme la soluzione, ragionando su alcuni dati e definendo le priorità. Il che ci permette di adeguare maggiormente la struttura alle esigenze.

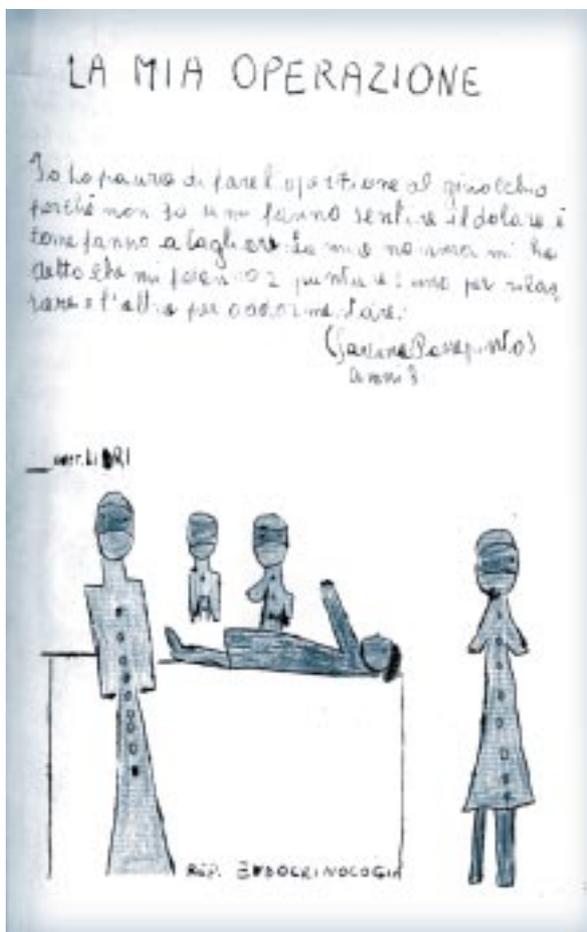
Il primo dato è demografico e ha il crisma dell'oggettività: Bologna presenta il tasso di invecchiamento più elevato d'Italia e, di conseguenza, un consumo di risorse sanitarie assai elevato (tra gli anziani è tre o quattro volte maggiore della media). A volte, però, si delega alle strutture sanitarie un problema di natura socio-assistenziale che può essere gestito in altre forme: il piano anziani del Comune nasce da questa premessa.

Il secondo è un dato comportamentale, oggettivo quanto l'altro ma soggettivo nelle cause: il 98% degli esami diagnostici effettuati in questa città dà esito negativo. Insomma, la salute è generalmente buona, ma qualcosa non funziona nel passaggio dalla medicina di base alla medicina generale e specialistica. C'è un eccesso di delega e, quindi, uno spreco di risorse. E l'autotutela, così, diventa de-responsabilizzazione collettiva.

Ecco perché bisogna ricostruire la catena degli interventi, potenziando subito il primo anello: il medico di famiglia.

Che rapporto vede tra la medicina di base e l'autotutela della salute?

Il cittadino può difendere la propria salute solo se conosce i rischi ed è aiutato a prevenirli. Servono buone campagne di educazione alla salute e all'uso delle strutture sanitarie (un esempio per tutti: lo screening di massa per l'accertamento dei tumori femminili) e un rapporto più significativo tra il medico di base e



INDICI DI VECCHIAIA

Quartieri - Zone	Indice di Vecchiaia	
	1996	1997
Borgo Panigale	281.5	278.5
Navile	274.1	267.4
Bolognina	338.3	326.3
Corticella	219.6	216.3
Lame	203.5	203.6
Porto	358.9	344.5
Marconi	356.2	340.2
Saffi	361.0	347.9
Reno	348.3	348.1
Barca	348.8	358.0
Santa Viola	347.3	330.5
San Donato	320.1	324.7
Santo Stefano	268.0	265.1
Colli	189.9	184.6
Galvani	233.4	225.9
Murri	312.7	313.7
San Vitale	283.6	275.4
Irnerio	262.1	251.0
San Vitale	292.5	285.6
Saragozza	333.5	318.8
Costa Saragozza	342.2	328.8
Malpighi	315.0	297.4
Savena	315.6	319.2
Mazzini	328.0	338.4
San Ruffillo	296.0	289.8
Totale	302.7	298.1

L'indice di vecchiaia della popolazione bolognese è andato progressivamente aumentando dagli anni '70 fino ai primi anni '90. Nel 1996 ha cominciato a calare, tale tendenza è proseguita nel 1997, infatti quell'anno l'indice è risultato pari a 298.1% (cioè poco meno di 300 anziani per 100 giovani), in calo rispetto al valore registrato nel 1996: 302.7%; il calo dell'indice è dovuto, presumibilmente, alla maggiore natalità registratasi in questi ultimi anni ed all'aumento dell'immigrazione. Il calo ha riguardato quasi tutti i distretti della città eccettuati S. Donato e Savena dove, invece, il valore dell'indice è leggermente aumentato. I distretti con i valori più alti dell'indicatore sono sempre Reno e Porto, quelli con i valori più bassi: S. Stefano e Navile.

$$\text{Indice di vecchiaia} = \frac{\text{Pop. (65 e oltre)} \times 100}{\text{Pop. (0-14)}}$$

L'assistito. In questa direzione stiamo muovendo i primi passi, ma qualche risultato si vede già. Mi riferisco alla scelta di alcuni medici di base di lavorare in gruppo, collegandosi anche con degli specialisti. L'autotutela funziona se c'è una rete di competenze a cui appoggiarsi e se aumentano le competenze diffuse: dei cittadini, delle associazioni.

Servono principalmente a questo le campagne del network "Città Sane", che fa parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, contro il tabagismo, l'alcoolismo, la trasmissione residuale dell'Aids e i danni ambientali. A Bologna ci faremo carico anche dei fattori di rischio legati alla quotidianità: dagli incidenti domestici all'alimentazione ad altri ancora.

Tutto questo - cioè analisi dei comportamenti e campagne di orientamento e monitoraggio - sul lato della domanda. E sul lato dell'offerta? Che cosa si può fare per ricostruire l'eccellenza del sistema sanitario bolognese?

C'è uno squilibrio evidente tra la programmazione e l'organizzazione delle strutture sanitarie, da un lato, e le esigenze effettive di assistenza sanitaria, dall'altro. Ci sono problemi di quantità (troppi esami diagnostici e troppi ricoveri) e problemi di qualità (innovazione tecnologica e infrastrutturale, lungodegenze, maternità e parto, dipartimentalizzazione).

Noi li stiamo affrontando tenendo fermi due punti. Primo: le soluzioni dovranno essere, in parte, ospedaliere e, in parte, extraospedaliere. Secondo: le difficoltà di ordine quantitativo si risolvono sul piano qualitativo, riorganizzando e responsabilizzando tutti gli attori della scena sanitaria.

Cominciamo dall'inizio, allora: dalla nascita. L'obiettivo che ci siamo dati è riorganizzare l'intero comparto del Sant'Orsola-Malpighi e creare un dipartimento materno-infantile al Maggiore, innestandovi l'attuale Maternità di via d'Azeglio. È un progetto ambizioso, che punta a mettere insieme non solo i muri (che pure, nella sanità, hanno un'enorme importanza) ma esperienze, capacità, strutture. Di questo capitolo, inoltre, farà parte anche una struttura extraospedaliere come la Casa della Maternità.

Purtroppo, nell'immediato, dobbiamo pagare un prezzo: il trasferimento temporaneo della Maternità dalla sede, inadeguata, di via d'Azeglio a Villa Erbosa.

E, all'estremo opposto, pensate agli anziani quando parlate di lungodegenze?

Prevalentemente, ma non solo.

Ciò che abbiamo in mente è la cura delle malattie che, per motivi di età o di gravità, impegnano molto tempo: è il caso del progetto della Casa dei Risvegli, nato dalla dolorosa vicenda di Luca De Nigris.

Quantitativamente parlando, però, si vedono solo dei più...

No. La nostra linea è ridurre i posti-letto per le malattie in fase acuta, oggi in eccesso, e aumentare quelli per le malattie lunghe, oggi insufficienti. Anche il progetto materno-infantile punta all'accorpamento e alla qualificazione, non alla moltiplicazione delle strutture.

Un altro passaggio fondamentale è quello dell'unione sinergica delle specializzazioni: i dipartimenti. Noi puntiamo alla personalizzazione della cura: mettere insieme le competenze in funzione delle esigenze del malato. Vogliamo che la cura sia sempre più un vestito su misura.

La base di questo progetto di riorganizzazione, però, è la ricerca di un punto di equilibrio fra il percorso sanitario e quello socio-assistenziale, per evitare, lo ripeto, che si deleghino agli ospedali problemi che possono essere affrontati e risolti fuori di essi.

Tecnologicamente parlando, che voto darebbe agli ospedali bolognesi?

Da quest'anno, mediamente alto. Ci sono punti da rafforzare, ma il livello generale è molto buono. Il problema da risolvere, ora, è quello della rete, cioè di un insieme di canali, telematici e non, che colleghino gli ospedali fra loro e con il domicilio dei pazienti.

Quest'ultimo è un obiettivo di importanza primaria. Per il momento, siamo all'esperienza, ancora limitata, del telesoccorso, ma bisogna fare di più, molto di più.

Se dovessi riassumere con uno slogan il senso più profondo di tutti i nostri sforzi in materia sanitaria, direi: meno degenza, più assistenza. Vorrei che Bologna fosse, prima ancora che una città che cura, una città che si prende cura delle persone.

Restiamo alla cura: nulla da eccepire sulla qualità del personale medico?

La qualità di un medico è frutto dei suoi studi e del suo aggiornamento. Sulla formazione individuale, universitaria, i Comuni non possono intervenire.

Possono agire, invece, sulla leva della formazione permanente. E impegnarsi affinché a ricoprire i ruoli direttivi siano chiamati i più capaci. Sono esigenze reali: abbiamo bisogno dei migliori cervelli e di una cultura medica e sanitaria moderna, che non concepisca l'ospedale come il luogo esclusivo della cura e che metta al centro dell'intervento il rapporto col paziente. L'istituzione dei dipartimenti va in questa direzione.

L'altro versante è quello dei distretti, che han-

no l'obiettivo di qualificare gli ambulatori territoriali in rapporto con la medicina generale e di base.

E le liste d'attesa, problema risolto?

Sono soddisfatta, l'istituzione e lo sviluppo del Centro unificato di prenotazione ha voluto dire meno file, meno liste d'attesa e più libertà di scelta. È un segno innegabile della vitalità del sistema pubblico.

Non solo: siamo riusciti a razionalizzare, aumentandole, le prestazioni sanitarie distribuite con questo sistema. Oggi, per esempio, anche la risonanza magnetica fa parte del pacchetto Cup. E i tempi d'attesa delle 1200 prestazioni prenotabili via Cup sono stati portati, tutti tranne tre, al di sotto della soglia massima dei 60 giorni. Un bel risultato. □

Che ruolo vede per i privati nella sanità bolognese?

Un ruolo importante. Bologna ha un tessuto sociale e civile molto forte.

Congiungendo gli sforzi del Comune, dell'Università, delle Aziende sanitarie e ospedaliere, degli Istituti di ricerca e di ricovero, dell'associazionismo e del settore privato e la generosità illuminata dei singoli, si possono anche far nascere nuove strutture.

È il caso, attualissimo, dell'Istituto di ematologia e oncologia "Seragnoli", una parte del quale è stata appena inaugurata al Sant'Orsola, configurando un nuovo punto di eccellenza nel panorama della sanità bolognese. Si tratta, insomma, di ragionare al plurale, privilegiando tutto ciò che fa integrazione e società. □

CON IL GIURAMENTO DI IPPOCRATE

di GIUSEPPE FORNARO

*Sarà presto presentato il Piano della Salute Urbano della città di Bologna.
Le linee guida spiegate da Antonio Sasdelli responsabile dell'Area Salute e Sanità*

Da decenni si è diffuso tra i cittadini, grazie all'azione di movimenti politici e culturali, un nuovo concetto di salute, intesa non solo come assenza di malattia, ma anche come salubrità dell'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono.

Questo tipo di consapevolezza confligge con strutture sanitarie a volte mastodontiche, che assorbono enormi risorse economiche e forniscono risposte più o meno adeguate alla malattia, senza però poter fronteggiare situazioni di disagio che incidono fortemente sullo stato di salute dei cittadini.

Questo sistema è arrivato al capolinea. Bologna sembra averlo capito da tempo e dal '94 è una delle 35 città sparse in tutto il mondo che fanno parte del progetto "Città Sane" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), imperniato proprio su questi principi. Ora è in fase di elaborazione il "Piano della Salute Urbano della città di Bologna" che, anche su indicazione dell'Oms, cerca di tener conto di tutte le variabili che influenzano il benessere e la salute dei suoi cittadini.

Dice Antonio Sasdelli, responsabile dell'Area Salute e Sanità del Comune: «Sono variabili di tipo socio-demografico - come la ricchezza o la povertà della popolazione, l'indice di scolarità, l'indice di migrazione, l'innalzamento dell'età media, ecc. e variabili ambientali, come l'inquinamento acustico, da smog, elettromagnetico, fino ai "comportamenti di salute" (l'abitudine all'uso di alcool, fumo, sostanze stupefacenti, mancanza di moto adeguato, alimentazione sbagliata, ecc.). E aggiungerei l'assetto urbano della città»

L'indirizzo dell'Oms prevede che la tutela della salute inizi dall'abitazione in cui viviamo.

È noto che appartamenti piccoli abitati da molte persone favoriscono l'insorgere di alcune patologie.

Tra gli obiettivi prioritari che Bologna si è data, c'è quello della sostenibilità urbana e dell'equità. «Da questo punto di vista - prosegue Sasdelli - c'è da sperare che nei piani regolatori non siano più inseriti quartieri brutti, fonte di emarginazione sociale, e che si cerchi, invece, di garantire più spazi verdi, valorizzando

la progettazione ecologica e garantendo la decontaminazione dei suoli urbani».

Intanto, dopo molti Piani Sanitari Nazionali che si occupavano solo di organizzazione delle strutture, il piano 1998-2000 punta, finalmente, sul principio della "salute per tutti" e sull'integrazione delle politiche di tutela. Un buon punto di partenza anche per aumentare le risorse finanziarie a favore della prevenzione, che finora hanno costituito solo il 5% del budget sanitario.

«Al di là dei costi della prevenzione - spiega Sasdelli - la novità del Piano Nazionale è l'indicazione a tutte le amministrazioni impegnate nel campo della tutela della salute (Ministeri, Aziende Usl, Comuni, Regioni, Provveditorati agli studi, Università, Arpa) di lavorare in termini di intersectorialità. Per fare un esempio: quando il Piano Nazionale afferma che per ridurre l'inquinamento dell'aria occorre abbassare il traffico veicolare nella città c'è bisogno, inevitabilmente, di una collaborazione tra Ministero della Sanità, Comuni, Ministero dell'Ambiente, Ministero dei Trasporti, ecc.»

I DIRITTI DEI CITTADINI E I DOVERI DEI MEDICI

Medici di base e pazienti: un rapporto non sempre chiaro. Vediamo quali sono diritti e doveri degli uni e degli altri. Innanzitutto la scelta: ogni cittadino può scegliere liberamente, ma limitatamente ai medici iscritti all'Usl del proprio territorio di residenza (che non sempre coincide con la provincia). La scelta può essere revocata e modificata in ogni momento, con effetto immediato. I compiti del medico di base sono legati alla diagnosi della malattia, all'indicazione della terapia, alla riabilitazione, alla prevenzione, attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari. Il medico ha il dovere di aprire l'ambulatorio per cinque giorni la settimana.

Il cittadino ha diritto alla visita domiciliare quando non sia in condizione di muoversi: se la richiesta viene effettuata la mattina entro le 10, la visita di norma deve essere effettuata in giornata (anche nei giorni prefestivi, se ricorre il carattere dell'urgenza); diversamente può essere posticipata entro il mezzogiorno seguente.

Dalle 14 del giorno prefestivo alle 8 di quello successivo al festivo il referente non è più il "medico di famiglia" ma il servizio continuità assistenziale (l'ex Guardia medica), ma solo per casi urgenti.

I certificati che il medico deve rilasciare gratuitamente sono quelli che consentono la riammissione a scuola dopo un periodo di malattia; quelli di idoneità allo svolgimento dell'attività sportiva scolastica; i certificati di "incapacità temporanea al lavoro"; i certificati di malattia per lavoratori dipendenti.

S.G.



E proprio la necessità dell'integrazione delle competenze ha indotto la giunta comunale bolognese a varare, il 14 luglio scorso, una commissione tecnico-scientifica composta da 24 persone, che lavorano in tutti i settori coinvolti nelle tematiche della salute.

Per il Comune, i settori socio-sanitario, ambiente e territorio, traffico e trasporti, istruzione e sport; poi l'Azienda Usl con le sue strutture e il suo dipartimento di prevenzione; l'Università; il Cup e il Provveditorato. Compito della commissione, elaborare il Piano della Salute Urbano.

I lavori sono a buon punto. Ai primi posti la commissione mette la promozione di comportamenti e stili di vita più sani, un'azione di contrasto delle principali patologie, il miglioramento dell'ambiente fisico (aria, rumore, acqua, traffico, radiazioni non ionizzanti, rifiuti, struttura urbana e casa), il miglioramento dell'ambiente sociale (anziani, giovani, famiglie, ecc.), il riordino del sistema sanitario cittadino e metropolitano.

Sui campi elettromagnetici, per esempio, il Comune ha già definito procedure che tengono conto del parere tecnico-scientifico di una commissione istituita ad hoc dalla giunta e il cui rispetto è richiesto alle ditte installatrici di impianti che generano campi di radiazioni non ionizzanti.

Insomma, per tutelare la salute dei cittadini non basta lo studio dei fenomeni se non si traduce in atti amministrativi concreti. □

CITTADINO AL CENTRO

di MAURIZIO GUIZZARDI

La strategia adottata per modernizzare la sanità metropolitana non deve dimenticare la centralità della persona, i suoi bisogni e la sua dignità

Si è avviato nel corso degli ultimi due anni un complesso processo di trasformazione che impegnerà la sanità ancora per il prossimo futuro, con al centro alcuni punti chiave:

- Una nuova "centralità" del cittadino verso il quale orientare il miglioramento della qualità del servizio, delle relazioni e delle condizioni di comfort;
- La ristrutturazione ospedaliera per migliorarne la risposta ed al contempo l'appropriatezza d'uso;
- La qualificazione del sistema delle cure primarie;
- Il rilancio della ricerca scientifica e lo sviluppo tecnologico;
- La creazione di percorsi assistenziali in grado di connettere in rete le diverse parti del sistema per assicurare la continuità assistenziale e le prese in carico dei casi;
- Il miglioramento delle performance e delle condizioni di efficienza.

Per rendere più chiara ed esplicita la strategia richiamata, occorrerebbe soffermarsi ed approfondire ognuno dei punti richiamati, ma non è possibile in questa sede per cui occorre limitarsi ad alcune linee generali. La considerazione di fondo riguarda l'inscindibilità delle diverse questioni fra di loro: se il sistema sanitario metropolitano non sarà in grado di perseguire contemporaneamente tutti gli obiettivi soprarichiamati il rischio del fallimento è assai elevato. Molto spesso ognuno

dei temi richiamati è condizione per la realizzazione degli altri e viceversa.

È importante quindi cogliere i principali fattori di successo proprio in alcune delle connessioni più forti.

Il primo aspetto attiene al rapporto fra efficienza e aspetti quali/quantitativi del sistema dell'offerta. Su questo occorre avere la chiarezza che nella realtà bolognese esistono le condizioni in termini di risorse complessive per pensare che sia possibile perseguire gli

obiettivi di sviluppo attraverso una profonda revisione delle logiche di allocazione delle risorse che sono state fin qui perseguite.

Perché se è vero che esistono alcune precise ed individuate aree nelle quali si è evidenziata la carenza di offerta (es. anziani) e nelle quali si sta operando per superarla, è difficile ignorare che esistono anche ampie aree di sottoutilizzo delle risorse, ridondanze nelle strutture, comportamenti e culture organizzative da modificare. Se non si affronta questo nodo non avremo mai le risorse per lo sviluppo.

Non è quindi solo una semplice teoria efficientistica quella che ci spinge ad affrontare questo nodo ma è il primo più tangibile segno della volontà di trasformare il sistema per modernizzarlo quindi migliorarlo.

Un secondo aspetto attiene al rapporto fra ospedale e sistema delle cure primarie. Su questo, superando la visione ideologica che spesso ha contraddistinto la discussione sul tema, il che ha impedito poi di compiere concreti passi avanti, occorre procedere con decisione sulla strada tracciata dalla rimodulazione della rete ospedaliera e degli investimenti sull'assistenza territoriale, domiciliare e ambulatoriale.

Sempre più gli ospedali dovranno divenire il luogo del ricovero per patologie più acute e complesse, non trattabili meglio in altro luogo di cura, caratterizzandosi sempre più per un contenuto numero di posti letto e per il loro elevato contenuto tecnologico. Nell'area bolognese questo dovrà comportare:

- l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera come sistema in rete, all'interno della

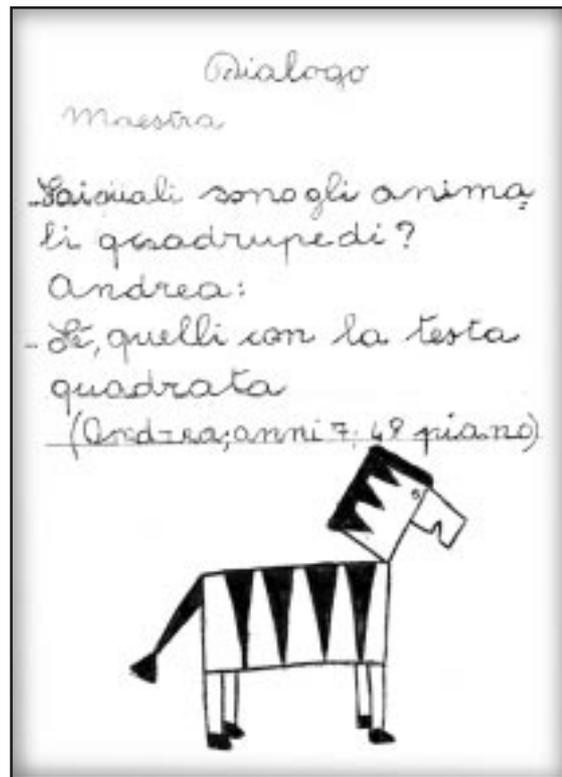


Maurizio Guizzardi
è Direttore generale
dell'Azienda Usl
Città di Bologna

quale ogni presidio dovrà definire la propria "mission" prevedendo i collegamenti fra i diversi punti della rete medesima;

- la previsione per le specialità più complesse ed a più elevato contenuto professionale e tecnologico della concertazione in veri e propri "poli" di eccellenza che siano di riferimento per il sistema a livello regionale e nazionale e che siano sede di ricerca di base avanzata così come di formazione permanente dei professionisti, medici e non;
- il collegamento dei principali processi "produttivi" interni all'ospedale con le fasi precedenti e successive al ricovero almeno per il trattamento delle patologie non trattabili nel corso di un singolo episodio di cura.

Il terzo aspetto che interessa in questa sede evidenziare è quello ovvio della "centralità dei cittadini" come guida ed orientamento permanente delle funzioni sanitarie. Purtroppo l'ovvietà dell'affermazione sulla quale tutti convergono si scontra spesso con atteggiamenti e comportamenti organizzativi di segno opposto, più orientati alla difesa di categoria ed alla autoreferenzialità, questo stato di cose genera insoddisfazione negli utenti ed alimenta il clima di sfiducia nei confronti del servizio, fa-



RADIOGRAFIA DELLE AZIENDE SANITARIE - DATI 1995

	AULS BO	AUSL BO NORD	AUSL BO SUD	AUSL IMOLA
Posti letto	1477	491	363	702
Dipendenti	5.150	1575	1144	1931
di cui sanitari	3.378		805	1266
Medici generici	333	141	209	85
Pediatri	39	19	25	12
Farmacie	124		70	30
Case di cura	13		2	0
Posti letto conv.	606		189	
Posti letto non conv.	807			

cendo spesso passare in secondo piano la stessa qualità del contenuto tecnico professionale. Affrontare questo tema significa avviare un profondo cambiamento culturale che deve andare di pari passo con gli interventi modificativi delle procedure, lo sviluppo di nuove soluzioni informatiche e il miglioramento del supporto fisico del servizio.

Se oltre all'esigenza di affrontare le tre questioni soprarichiamate si considera l'esigenza di intervenire per ovviare alla vetustà delle strutture e degli impianti ed all'obsolescenza tecnologica in cui sono caduti alcuni nostri presidi ospedalieri, credo sia agevole rendersi conto delle dimensioni e della fase di trasformazione che si è avviata negli ultimi tempi e

con la quale dovremo misurarci nel prossimo futuro e per i prossimi anni ancora. Io credo che la sanità nell'area metropolitana bolognese disponga della cultura, degli uomini ed anche dei mezzi economici per operare il salto di qualità richiesto.

Il tema centrale a questo punto è capire quanti sono disponibili ad intraprendere questa strada, come cercare di orientare in modo nuovo i comportamenti di un mondo da troppo tempo disabituato a misurarsi con la trasformazione e come far sì che i diversi attori si muovano convergendo verso lo stesso obiettivo.

In questo il ruolo fondamentale dovrà essere svolto dalle istituzioni che hanno il governo del sistema.. □

I disegni sono tratti da "Il Balanzone", il giornalino a cura dei bambini della Clinica Pediatrica Gozzadini di Bologna dell'anno 1986

Un budget per i medici di famiglia

di LUIGI INFELISE

Fra le iniziative delle Ausl, c'è l'avvio di un processo di negoziazione del budget con i medici di base per un migliore uso delle risorse sanitarie

La liberalizzazione dell'accesso alle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie pone in una posizione strategica la figura del medico di base, che diventa così determinante per l'uso corretto ed appropriato delle strutture e dei servizi operanti sul territorio. Da ciò nasce l'esigenza di una programmazione per budget che introduca elementi di novità nel rapporto tra i medici di base e le aziende, oltre che con gli specialisti. Per promuovere l'associazionismo fra i medici di famiglia è fondamentale favorire l'informatizzazione degli studi

con programmi omogenei per la gestione della cartella clinica. La disponibilità di un sistema informatico consente di mettere a disposizione dei medici il complesso delle attività rivolte ai propri assistiti. L'associazionismo deve prevedere l'aggregazione funzionale di appositi "team" su base territoriale, costituiti da medici singoli, medici di gruppo o reti di medici ai quali possono essere assegnati obiettivi di budget sia per favorire l'integrazione fra i sanitari che per ridurre la variabilità dei singoli comportamenti rispetto a pratiche suffragate da evidenze scientifiche.



Resta inteso comunque che la prestazione del medico prescelto rimane un diritto del cittadino. Gli obiettivi che giustificano la sperimentazione del budget per i medici di base e del loro associazionismo possono essere così sintetizzati: riqualificare l'attività di medicina generale attraverso uno strumento aziendale che definisca percorsi diagnostici e determini la traslazione di parte delle attuali attività e servizi dall'ospedale al territorio; introduzione di un sistema premiante connesso all'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse del servizio sanitario nazionale; aumento dell'efficacia dell'azione sanitaria a favore della popolazione assistita attraverso l'assunzione di linee guida elaborate dai medici; riqualificazione della medicina generale, riattribuendole compiti che le sono stati sottratti; programmare il

consumo di alcuni tipi di prestazioni. Punti di forza della nuova organizzazione sono: una presenza medica per tutto l'arco della giornata; la presenza di infermieri in grado di filtrare parte delle richieste degli assistiti e di operare a supporto dei medici; la possibilità per i medici di completare la visita con l'utilizzo diretto di supporti diagnostici "tradizionalmente riservati alla componente specialistica", elettrocardiogrammi, ecografie, ecc.; gestione di patologie croniche, come il diabete, secondo protocolli concordati con gli specialisti.

Per quanto riguarda l'esperienza imolese, va segnalato un dato di rilievo nazionale per quanto concerne il numero di medici di Medicina generale associati che è circa il 60% del totale, suddivisi in nove teams su base territoriale.

Fra gli obiettivi raggiunti in quest'ultimo anno vanno segnalati: formalizzazione dell'accordo sull'associazionismo; abbassamento delle liste di attesa a 30 giorni per ecografie ed ecodopler, sulla base di un monitoraggio circa l'appropriatezza delle prestazioni; applicazione omogenea dei protocolli farmaceutici tendenti alla diminuzione della spesa e ad un uso più responsabile dei farmaci; gestione mirata dell'assistenza domiciliare, soprattutto per malati oncologici; significativi risultati sull'appropriatezza dei ricoveri in ospedale. □

Luigi Infelise è Dirigente amministrativo dell'Azienda Usl di Imola



CENTRI MEDICI: NOVITÀ

di SERGIO GESSI

Aperti 12 ore al giorno, garantiscono visite, alcune importanti terapie ambulatoriali e funzionano anche da Cup. Il parere sui nuovi "ambulatori" raccolto tra i pazienti del Centro di San Pietro in Casale

La mamma di Red Ronnie attende con pazienza il suo turno. Anche lei, come la decina di persone che affollano l'ambulatorio della dottoressa Miranda Flammini, ha in mano il bigliettino col numero che scandisce il tempo della pazienza. Quella dei numeri non è una trovata del Centro di medicina generale di San Pietro in Casale, solo un piccolo ma prezioso strumento che non tutti però adottano. «Così - osserva con logica cristallina la signora Antonina Lodi, mamma del "divo" in questione - intanto sei sicuro che nessuno ti passa davanti, e poi se c'è tanto da aspettare, puoi anche andare a farti un girettino in piazza e tornare qui quando è ora».

Aperto quattro anni fa all'interno dell'ex ospedale, il Centro ha una particolarità: nei locali di proprietà dell'Ausl Bologna Nord esercitano la loro attività ambulatoriale nove professionisti, medici di base, che non hanno alcun vincolo di dipendenza dall'Ausl. Pagano regolarmente un canone di affitto che ingloba anche i costi generali di strumentazioni e personale che l'Ausl destina al Centro ed offrono alla comunità un servizio che va oltre la semplice prestazione ambulatoriale del medico di famiglia. I vantaggi di un centro così strutturato sono molteplici: l'orario di apertura è di 12 ore al giorno, l'assistenza è garantita oltre che dai medici (spesso anche quattro in compresenza,

uno per ciascun ambulatorio) anche da uno staff di cinque infermieri, che provvedono, sotto il controllo medico, alle terapie ambulatoriali. E qui sta un altro aspetto significativo della questione: fleboclisi, somministrazione di farmaci, controlli per soggetti diabetici, terapie di varia natura (antidolorifiche, circolatorie), semplici misurazioni della pressione sanguigna, sono affidate al personale infermieristico, che può disporre di una saletta attrezzata con sei letti, senza che questo incida sui tempi di attesa degli altri pazienti.

Non tutti, però, hanno la percezione esatta dell'organizzazione. «Per me è come se avesse l'ambulatorio da un'altra parte», sostiene Marisa Colombo, anche lei nella schiera delle celebrità che frequentano il Centro (interpretando il brano "L'ombra" partecipò al Festival di Sanremo del 1955). Le fa eco Rosanna Mastellari, di Gherghinzano; per lei la ragione della scelta è solo la "fiducia nel mio medico". «E' dall'87 che sono con la dottoressa Flammini e quando lei è venuta qui io l'ho seguita. Vantaggi? - si domanda con una smorfia di perplessità - Direi che è tutto come prima». Nestore Carassiti, settantatreenne di Maccareto la vede un po' diversamente: «I vantaggi sono che qua nell'ex ospedale c'è il Cup, così non bisogna andare a girare se si deve prenotare una visita specialistica, poi se uno sta po-



Il centro medico di San Pietro in Casale, l'esperienza decollata nel '94. La prima struttura, in Italia, a proporre la collaborazione tra medici pubblici e privati

co bene è assistito. Il Centro è bello e se non c'è la dottoressa si può andare da chiunque altro».

Domenico Isola, direttore del distretto Ausl, non si scompone: «Il fatto che qualcuno non colga differenza fra l'ambulatorio privato del proprio medico e questo Centro non è di per sé negativo: noi infatti non vogliamo scardinare le abitudini consolidate e tantomeno il rapporto fiduciario che c'è sempre stato e deve rimanere fra medico e assistito: qui però siamo in grado di provvedere a bisogni che il singolo medico non può soddisfare. E chi ne ha avuto necessità se ne è reso conto».

Anche il dottor Orlando Drago è d'accordo nella sostanza: «Non c'è una cultura della salute, la gente ragiona in termini individualistici "vengo qui perché ho bisogno io". Per questo, forse, sarebbe auspicabile un maggiore sforzo da parte del Comune e dell'Azienda per illustrare i vantaggi assistenziali di questa esperienza».

Un'esperienza pilota, unica in Italia nel '94, quando decollò. Ci fu un felice incontro fra gli auspici dell'Usl e la disponibilità dei medici di base di San Pietro. Al progetto aderirono tutti, e ancora oggi in paese, al di fuori del Centro, non ci sono medici che esercitino in proprio.

Il nucleo è rimasto lo stesso di allora: la coordinatrice dottoressa Flammini e i medici Drago, Zoboli, Parenti, Lanzoni, Simoni, Galloni Casanova. Con loro la dottoressa Roberta Francia che assieme ai colleghi Drago e Zoboli, ha cura della sede staccata di Galliera. I pa-

zienti mantengono il vincolo col proprio medico, ma in caso di urgenza si possono rivolgere a chiunque dei medici sia in servizio al momento.

I medici operano individualmente, non sono costituiti in associazione o cooperativa, e con l'Azienda Usl mantengono un rapporto ad personam. «Ma, nonostante questo, si realizzano ugualmente - puntualizza Isola - proficui scambi e integrazioni professionali, si com-

de gli ambulatori specialistici di oculistica, neurologia, pneumologia, cardiologia, diabetologia, ecografia, dermatologia, endocrinologia, urologia, chirurgia, ortopedia, nefrologia, fisioterapia e medicina dello sport.

Né ospedale, né day hospital, dunque a San Pietro; ma, pur in assenza di posti di degenza, di certo un centro in grado di fornire risposte assai articolate a numerose richieste. L'ospedale più vicino è invece quello di Bentivoglio,

IL PUNTO SULL'ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Se il Centro di San Pietro in Casale (con la sua "succursale" di Galliera) è stato, secondo i promotori, il primo a livello nazionale a proporre un modello organizzativo misto pubblico-privato per la medicina di base, altre esperienze, anche nella provincia di Bologna, stanno sorgendo in questi ultimi tempi.

A Pieve di Cento è già funzionante una struttura analoga, in scala ridotta, con tre medici che lavorano negli ambulatori interni all'ex ospedale, assistiti da personale infermieristico dell'Azienda Usl. A Granarolo quattro medici sono attivi nei locali del Poliambulatorio. A Budrio da circa un anno cinque medici in associazione hanno la disponibilità di quattro ambulatori dell'Usl in un centro servizi adiacente l'ospedale. A Medicina si sono associati 3 medici. A Castel d'Argile e ad Argelato i locali sono

del Comune e la Usl ha reso disponibili alcuni infermieri. Anche a Bazzano, nel territorio dell'Usl Bologna Sud, sotto la denominazione Casa della salute si è realizzato qualcosa di simile.

«In questo modo - afferma il dottor Domenico Isola, direttore di distretto dell'Usl Bologna nord - si supera l'isolamento dei medici fra loro e dalla struttura aziendale Ausl. I pazienti, fra gli altri vantaggi, "girano" meno, sfruttando l'integrazione delle specialità mediche presenti all'interno delle strutture sanitarie che ospitano i centri di medicina di base. Modello valido anche per la grande città? A mio parere sì. A Bologna c'è sicuramente più mobilità da parte degli utenti, ma una struttura intermedia come questa, che riduca la necessità di rivolgersi a Pronto soccorso e Day hospital, avrebbe sicuramente positive ricadute per tutti»

S. G.

pendiano le competenze dell'uno con quelle degli altri e, in definitiva, si riesce a fornire all'utente una risposta sicuramente adeguata a un elevato standard di qualità». La sede dell'ex ospedale, oltretutto, è stata destinata a Polo sanitario (una sorta di mega poliambulatorio): e qui, come spiega suor Maria Chiara, responsabile del personale infermieristico, trovano se-

che, a livello di pronto soccorso, si giova sicuramente delle oltre 300 prestazioni mediche d'urgenza effettuate a livello ambulatoriale dall'équipe dei medici di base del Centro di medicina generale.

I medici lo sottolineano con comprensibile orgoglio. E l'azienda Usl che con loro si è fatta promotrice di questa particolare esperienza lo registra con soddisfazione. D'altra parte, quella del primo intervento è una delle necessità che spingono molti utenti verso i pronto soccorsi dell'ospedale, contribuendo al loro (spesso) insoddisfacente funzionamento.

La soluzione adottata qui piace anche agli utenti, al di là dell'indifferenza di qualcuno. Secondo i dati di un questionario Usl alla domanda se la presenza dei medici di famiglia all'interno degli stessi locali Cup e di altri servizi dell'Usl sia vantaggiosa ha risposto affermativamente il 95% degli interpellati, e l'89% ha manifestato soddisfazione anche per la presenza degli infermieri.

Il vantaggio maggiore, secondo gli utenti, è "il risparmio di tempo". E' già qualcosa. □

ACCESSI AL CENTRO DI MEDICINA GENERALE CON MODALITÀ DI URGENZA

Motivo dell'urgenza	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio
Patologie cardiocircolatorie	10	18	16	31	16
Ipertensione	1	1	2	3	--
Algie ossee	5	8	7	9	6
Sindromi addominali	8	6	5	8	3
Area chirurgica	1	1	4	2	4
Allergie	3	1	--	4	5
Invii in Pronto Soccorsi	--	--	--	--	3
Varie	2	--	4	7	3
Totale accessi	30	35	38	64	40
di cui utenti esterni ai C.M.G.	4	1	7	4	3

In difesa degli ammalati

di GIUSEPPE FORNASARO

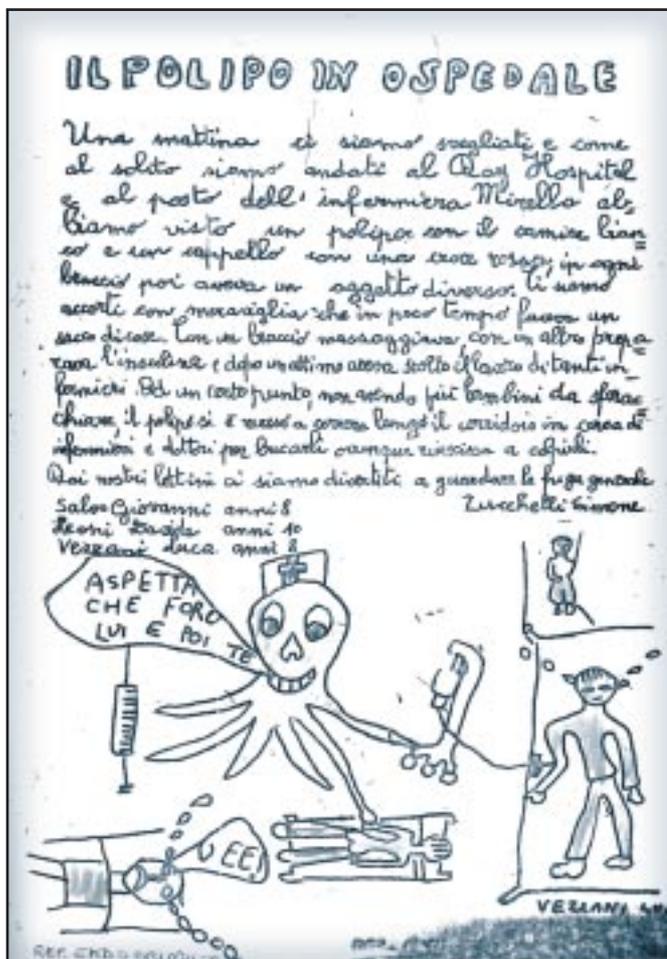
In tutti gli ospedali bolognesi è operante il Centro per i Diritti del Malato, una delle strutture che accolgono le proteste dei cittadini sulle prestazioni sanitarie ricevute

Tempi di attesa lunghi per le visite specialistiche; medici di base che tendono a delegare in modo improprio alle strutture sanitarie la diagnosi e la cura delle malattie; servizi territoriali carenti che invece sarebbero utili alla prevenzione; ospedali con molti posti letto e pochi servizi igienici; scarso rapporto con i bisogni dei cittadini. Sono questi alcuni dei mali della sanità in regione secondo Adriana Gelmini, segretaria regionale del Centro per i Diritti del Malato (Cdm) che fa capo al Movimento Federativo Democratico da molti anni impegnato in difesa dei diritti dei cittadini. Dalle varie sedi del Centro, presente in tutti gli ospedali di Bologna, ogni anno passano centinaia di persone scontente per le prestazioni sanitarie ricevute. Si va dalla semplice lamentela per un appuntamento annullato senza preavviso o per la scortesia del personale, alla richiesta di risarcimento danni per un intervento mal riuscito. E il Centro ogni giorno deve fare da filtro, capire la fondatezza delle segnalazioni dei cittadini e solo allora assumere le iniziative del caso.

Tra le battaglie del Cdm che hanno ottenuto dei risultati, condotte insieme ai sindacati, c'è la riduzione delle lunghe liste d'attesa per le visite specialistiche, spina nel fianco della sanità italiana. E ormai a Bologna sono un brutto ricordo. «Nel giro di un anno nella sanità bolognese c'è stata una piacevolissima sorpresa nel vedere l'abbattimento dei tempi d'attesa da oltre 60 giorni a due-otto giorni, in casi rari si arriva a 30. C'è stata una risposta positiva grazie all'attivazione del Cup 2000», racconta Gelmini. Per fare qualche esempio, per un'ecografia all'addome al 31 agosto l'attesa era di un giorno, lo stesso per un'eco mammaria, una visita cardiologica oppure una dermatologica. Bisogna aspettare 30 giorni, invece, per un'elettromiografia e 37 per una visita ginecologica in menopausa. Per le visite urgenti il tempo massimo è di 48 ore. Punto debole restano le Tac e le risonanze magnetiche, spesso per problemi legati alla mancanza di macchinari, ma anche questo è in via di adeguamento. Il miglioramento dell'offerta pubblica ha avuto an-

PER SAPERNE DI PIÙ

Le sedi e gli orari del CDM sono: ospedale Maggiore, lunedì 11.30-13.30, giovedì 17-19; Sant'Orsola, lunedì e giovedì 9-13, su appuntamento il giovedì anche dalle 13 alle 17; Rizzoli, venerdì 11.30-13.30; Bellaria, martedì 16.30-17.30. Inoltre, presso la sede del Movimento federativo democratico in via Boldrini 18/B, martedì e giovedì dalle 9.30 alle 14. Dal '97, poi, è presente l'Associazione europea per i diritti del malato che riceve al Malpighi il martedì e mercoledì dalle 10 alle 12 e il mercoledì pomeriggio su appuntamento, mentre all'ospedale Maggiore il mercoledì dalle 10 alle 12.



che l'effetto di far crollare il ricorso alle visite private. «Non ci può essere una grande differenza tra l'attività privata e quella istituzionale perché solo così c'è la libertà di scelta del cittadino», precisa Teresa Petrangolini, segretaria nazionale del Tribunale per i Diritti del Malato a Bologna in occasione di un'iniziativa sulla sicurezza negli ospedali. Un'idea di come mettere al centro della sanità i bisogni dei cittadini, Gelmini, ce l'ha: «Non sarebbe male se esistesse un osservatorio che stabilisca rapporti periodici tra i vertici delle strutture sanitarie e le associazioni dei cittadini per far emergere i loro bisogni». □

Disegno dal "Balanzone" un quaderno del 1986 fatto dai bambini della Clinica Pediatrica Gozzadini

I pilastri del volontariato

Gratuità e solidarietà sono i due pilastri su cui si basa il volontariato, una rete preziosa di associazioni di supporto ai malati e ai loro familiari che fornisce assistenza sotto varie forme: accompagnamento, assistenza domiciliare, strutture di accoglienza per day hospital, informazioni, aiuto per le faccende quotidiane, ecc. Un mondo che occupa spazi importanti nelle relazioni tra le persone lì dove le strutture sanitarie non arrivano.

IL CASO DELL'ANT...

L'Associazione Nazionale Tumori (Ant), che si configura come Ente Morale non-profit e Onlus (Organizzazione non lucrativa), ha fondato e gestisce 13 ospedali domiciliari oncologici in 6 province italiane e uno a Tirana (Albania). Per ospedale oncologico domiciliare s'intende un'organizzazione che permette al sofferente di tumore di essere curato a casa con le stesse caratteristiche diagnostico-terapeutiche e la stessa qualità che si hanno nelle strutture pubbliche.

Il suo fondatore e attuale direttore scientifico è il professor Franco Pannuti, già primario della Divisione di Oncologia della città di Bologna ed attualmente in servizio permanente all'associazione. Dal 1985 l'Ant si è presa cura di

più di 21.000 malati in tutta Italia, presso il loro domicilio e gratuitamente, avvalendosi per quanto riguarda Bologna e provincia di 40 medici, 20 infermieri professionali, 14 impiegati e 4 psicologi, 3 nutrizionisti e 65 consulenti esterni. Attualmente a Bologna vengono assistite 750 persone ogni giorno 24 ore su 24, per 7 giorni alla settimana, a casa propria e senza nessuna spesa o pratica burocratica: è sufficiente infatti solo la richiesta del medico di base. L'Ant vive del contributo dei 270.000 soci sostenitori, di alcune convenzioni che Giunte particolarmente illuminate hanno concesso, ma soprattutto della bontà e della disponibilità della gente, con un bilancio attuale che si aggira intorno ai dieci miliardi di lire. A differenza di altre associazioni, l'Ant affida la cura e l'assistenza dei malati non a volontari, ma a personale regolarmente retribuito.

Il progetto che ispira l'associazione si chiama Eubiosia: con esso s'intende difendere la dignità di tutti i malati, dal primo all'ultimo giorno, secondo il diritto inalienabile che ognuno ha di poter scegliere come e dove vivere, dove curarsi e, in estrema ratio, dove morire, perché morire con dignità è un diritto di tutti.

L'ANT è a Bologna in via Albertoni, 15 (Cap 40138) - tel. 051/636.23.20 oppure in via Ragazzi del '99, 3/b (Cap 40133) tel. 051/38.31.31

... E DELL'ANFFAS

L'Anffas (Associazione Nazionale famiglie fanciulli e adulti subnormali) opera a Bologna e provincia dal 1965. Dal 1972 l'associazione ha istituito la figura di un Segretariato Sociale con lo scopo di perseguire l'integrazione sociale degli handicappati mentali e dei loro familiari, svolgendo attività di sensibilizzazione, di studio-ricerca, promozione e gestione di alcuni servizi. I famigliari associati a Bologna e provincia sono in totale 815; 410 sono i soci amici e volontari che sostengono in diverse forme l'organizzazione. 705 sono i casi presi a carico dal servizio sociale relativi ad handicappati mentali e plurihandicappati. 200 sono i professionisti socio-sanitari decentrati in



LE ALTRE ASSOCIAZIONI

Ecco un elenco di alcune associazioni che in provincia si occupano di assistenza ai malati

- Associazione diabetici (ADB), via Andreini, 29/a, Bologna, tel. 0516330405;
- Associazione Giovani Diabetici (AGD), via della Pietra, 6, Bologna, tel. 0516194163;
- Associazione Genitori Ematologia Oncologia Pediatrica (AGEOP), via Massarenti, 11, Bologna, tel. 051399621;
- Associazione Sclerosi Multipla (AISM), via Andreini, 31 AB, Bologna, tel. 0516330216;
- Associazione Volontari Assistenza Aids (AVAA), via Lame, 4, Bologna, tel. 051236045;
- Indalo, Il sogno di Max (solidarietà alle persone sieropositive e con Aids), c/o Huber, via Massarenti, 40, Bologna, tel. 051302501;
- Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids (LILA), via Agucchi, 290/a, Bologna, tel. 0516347644;
- Famiglie Neurologia Pediatrica (FANEP), via Massarenti, 11, Bologna, tel. 051346744;
- Associazione Italiana Assistenza Spastici (AIAS), via Ferrara, 32, Bologna, tel. 051466244;
- Associazione Famiglie Cerebrolesi (FACE), piazza Giovanni XXIII, 21, Bologna tel. 0516195142;
- Associazione Italiana Contro l'Epilessia (AICE), via Santa Caterina, 29, tel. 051330920
- Celiaci Emilia-Romagna, via Masia, 21, Bologna, 051391980;
- Emofilici Bologna e provincia, c/o angiologia, via Massarenti, 9, Bologna, tel. 051397976;
- Volontariato Assistenza Infermi (VAI), via Altabella, 6, Bologna, tel. 0516480611;
- Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili (ANMIC), via Riva Reno, 75/3, Bologna, tel. 051260997;
- Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (ANPAS), via Selva Pescarola, 26, Bologna, tel. 0516347184.

strutture e interventi volti alla riabilitazione e all'assistenza degli handicappati e 20 i professionisti impegnati nel Segretariato Sociale. L'Anffas sopravvive soprattutto grazie all'autofinanziamento dei soci, ai rimborsi che riceve dal Servizio Sanitario Nazionale e ai finanziamenti pubblici relativi all'assistenza, al diritto allo studio, alla formazione professionale per quei servizi che svolge in convenzione, senza contare l'insostituibile aiuto che proviene dalla solidarietà dei cittadini e di enti particolarmente sensibili. □

L'Anffas è in via Rasi 14, 40127 Bologna - tel. 051/244.595.

UN CONTRIBUTO PREZIOSO DAI PRIVATI

Non una concorrenza spinta, ma una convivenza nella logica dell'integrazione. Maurizio Cevenini, presidente della sezione bolognese dell'Aiop, non ha dubbi: pubblico e privato devono collaborare e cooperare. «Dopo le ondate di reganismo e tatcherismo in Italia si è acquisito il principio che il Servizio Sanitario Nazionale deve essere saldamente ancorato a mani pubbliche. In questa logica, però, ci sta che la gestione possa essere affidata ai privati, sia pure - per l'appunto - sotto il controllo pubblico. La direzione di marcia deve quindi essere quella dell'accreditamento delle strutture private che rispondono agli standard di servizio e di qualità previsti. In questa maniera il privato, per il cittadino, diventa in tutto una struttura pubblica, alla quale può scegliere di accedere senza pagare nulla in più. Agendo così, sul terreno dell'integrazione competitiva, stimoliamo una sana concorrenza, che arricchisce e rende plurale l'offerta, stimolando anche il miglioramento della qualità dei servizi».

«In questi ultimi anni - prosegue Cevenini - mi pare che queste idee si siano gradualmente affermate. Non è un caso se al problema del servizio maternità di via D'Azeglio si sia detta disponibile a offrire risposta la clinica di Villa Erbosa».

«Resta il fatto - conclude il responsabile bolognese dell'Associazione italiana ospedalità privata - che anche se in questo periodo di sanità si parla meno, come ciclicamente avviene, le risorse a disposizione restano drammaticamente insufficienti a garantire servizi all'altezza dei piani europei e, oltretutto, spesso spendiamo male anche i limitati fondi a disposizione. Su questo il governo dell'Ulivo sta cercando di recuperare terreno, ma il quadro complessivo resta compromesso. La medicina, per definizione in costante evoluzione, richiede continui investimenti che rendano possibile l'attuazione di protocolli di prevenzione prima ancora che di cura. In questo senso il contributo dei privati può risultare assai prezioso».

S.G.



INAUGURATO IL NUOVO OSPEDALE DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO

Il 18 di ottobre, Romano Prodi e il Cardinale Biffi hanno inaugurato il nuovo ospedale di San Giovanni in Persiceto. Il vasto e moderno edificio si trova in un'area verde appena fuori dal centro storico. Il nosocomio fa parte dell'Azienda Usl Bologna Nord che ha un bacino di 186.000 abitanti ed è "in rete" con quelli di Budrio e Bentivoglio. La nuova struttura ospedaliera conta 137 posti letto ed è costata 36 miliardi.

APPROVATO UN ODG SULL'ISTITUTO RIZZOLI

L'Assemblea di Palazzo Malvezzi ha approvato all'unanimità un ordine del giorno presentato il 6 ottobre dai consiglieri Giuseppe Sabbioni (Fi/Cdl), Luca Finotti e Massimo Ghedini (Fi), Sergio Guidotti e Claudia Rubini (An), Luciana Ceccarelli (Ccd), Mauro Bonazzi, Bruno Biagi e Bruno Carlo Sabbi (Rc) [dal 13/10 Partito dei Comunisti Italiani], Luciano Baccilieri (Lega Nord per l'Indipendenza della Padania) e Angelo Scavone (Udr) sul perdurare del commissariamento dell'Istituto Rizzoli. Nel testo è stato accolto un emendamento firmato dal consigliere Walter Baldassarri (Ds). Il documento, nel ricordare che dal 30 marzo del 1994 perdura il commissariamento dell'Istituto, "sollecita il Parlamento ad una rapida approvazione del progetto di legge di riordino degli Istituti Scientifici nazionali di ricerca già all'attenzione delle Camere". L'ordine del giorno invita inoltre "il Ministro della Sanità ad assumere le opportune iniziative atte ad accelerare tale processo per giungere quanto prima alla ricostruzione del Consiglio d'Amministrazione al vertice dello Ior".

CORSI DI FORMAZIONE PER OBIETTORI DI COSCIENZA

È la risposta che il "gruppo tecnico misto", costituito da Azienda Usl Bologna Nord e 20 Comuni del territorio aziendale, ha messo a punto per risolvere il problema della qualificazione degli oltre cento obiettori in servizio. I ragazzi, che hanno scelto di svolgere il servizio civile, si trovano di norma ad operare nei servizi di supporto per minori, anziani e disabili, ma avendo motivazioni ed esperienze formative molto diversificate, non sempre sono preparati ad assolvere i compiti assegnati. Ciò determina, talvolta, situazioni di disagio soggettivo per chi è investito di una mansione per la quale si sente inadeguato e ciò può tra-

dursi in interventi inappropriati nei confronti degli utenti. L'idea dei corsi nasce da questa esigenza e si è tradotta in un primo modulo formativo sperimentale di dodici ore rivolto agli obiettori impegnati in servizi di "aiuto alla persona". Vi hanno preso parte venticinque ragazzi dei distretti di San Giorgio di Piano e San Giovanni in Persiceto. Il successo dell'iniziativa ha indotto il distretto di Budrio a riproporre l'esperienza. Il progetto, che prevede due nuovi corsi, ciascuno della durata di 18 ore, è stato finanziato per l'ottanta per cento dalla Provincia e per il restante venti per cento da Ausl e Comuni.



La sanità emigra dagli ospedali

di S. G.

Più servizi territoriali e ospedalizzazione solo se necessaria, diversificazione dei servizi in una rete ospedaliera integrata: sono le maggiori necessità espresse dal sindacato per i bisogni di una popolazione anziana. Le indicazioni espresse da Gianna Acerra dello Spi-Cgil

Il posto letto non è più un feticcio». Una battuta che suggella un salto culturale importante. Per anni, al contrario, la garanzia dell'assistenza si è misurata proprio nei termini dei posti letto. E ancora oggi, spesso, le cronache dei giornali riportano con toni allarmistici le notizie dei tagli, come se dal mantenimento del posto letto dipendesse la garanzia di cura. «Invece - riprende Gianna Acerra, della segreteria provinciale dello Spi Cgil - la logica è diventata un'altra: la sanità non è tutta concentrata negli ospedali, bisogna favorire la crescita di un sistema articolato e integrato che veda negli ospedali il momento di cura della fase acuta della malattia, ma accanto rafforzi la presenza dei distretti e dei servizi territoriali. Si deve guardare con favore alla deospedalizzazione delle funzioni perché, laddove è possibile, è preferibile per tutti utilizzare strutture più snelle, come il *day hospital* e il *day surgery* (chirurgia di un giorno) che non prevedono ricovero, o forme di assistenza domiciliare. All'utente viene risparmiato il disagio della permanenza ospedaliera e la comunità viene sgravata di costi imponenti e spesso non giustificati: pensiamo solo che a Bologna un giorno di degenza costa circa 800 mila lire e che un'ora di assistenza domiciliare ne costa invece 30 mila.» Da questa logica discende l'addio al feticcio posto-letto.

A questo riguardo il sindacato ha avviato un serrato confronto con i vertici aziendali Usl, che ha portato al varo di due progetti pilota in città: «Si tratta di due modelli alternativi - spiega ancora Gianna Acerra - Il primo è conseguenza della riconversione di 200 posti letto in altrettante disponibilità per lungodegenti, 140 dei quali presso cliniche private accreditate e 60 suddivisi tra ospedale Maggiore e Bellaria. Bene, quei 60 letti su nostra richiesta avranno una direzione infermieristica, una qualificata presenza di fisioterapisti e una ridotta presenza di medici in senso tradizionale. Al Sant'Orsola Malpighi i 100 posti di lungodegenza sono invece stati ricavati all'interno dell'ex reparto di Geriatria, con una forte presenza di medici geriatri; in questo caso, per contenere i costi, si è tagliato sul personale infermieristico. E' una scelta che non ci trova concordi, ma siamo pronti a misurarci con l'Ausl: alla fine valuteremo quale delle due esperienze avrà fornito i risultati migliori». Oltre che sulla riconversione delle funzioni ospedaliere, destinando parte delle risorse riservate alla cura degli acuti per potenziare i servizi di *day hospital*, *day surgery* e lungodegenza, il sindacato pone fortemente l'accento sulla necessità di creare «una rete sanitaria e ospedaliera integrata». In questo modo si supera anche il problema delle chiusure e si ri-

considera la necessità di contenere i costi di gestione ed evitare gli sprechi, diversificando i servizi resi: «Un presidio sul territorio è importante che resti - sostiene la Acerra -, ma, tanto per fare un esempio, gli ospedali di Porretta e Vergato così come sono non rispondono alle esigenze reali: dell'uno si potrebbe valorizzare la vocazione ai servizi di medicina, sviluppando i servizi di diagnosi e cura e introducendo una lungodegenza; dell'altro andrebbe invece premiata la vocazione chirurgica, anche con la creazione di una *day surgery*. Insomma, gli ospedali della provincia non devono essere generalisti, ma specializzarsi e possibilmente accorpate le direzioni (con risparmio nei costi di personale e primariati); quelli di Bologna devono invece essere il riferimento per l'alta specialità».

È significativo che in questa proposta di razionalizzazione e di riqualificazione dei servizi il sindacato (che su un terreno come quello della Sanità è costretto a fare i conti anche con se stesso, dovendo assumere la doppia tutela tanto dei diritti dell'utente quanto di quelli del lavoratore) ponga in discussione anche gli assetti organizzativi del personale: «Nel corso dell'ultimo anno, soprattutto per nostro impulso - sottolinea con orgoglio la rappresentante del sindacato pensionati - la produttività è aumentata del 18 per cento». □



IL DOPO BASAGLIA

di GIUSEPPE BERTI CERONI

Anche nell'ambito della malattia mentale cambiano i bisogni e le domande di salute a cui il sistema psichiatrico non è sempre in grado di dare una risposta

La psichiatria italiana negli ultimi trenta anni si è proposta come principale obiettivo il superamento dell'ospedale psichiatrico. Questo obiettivo è stato raggiunto grazie allo sviluppo di una specifica organizzazione dei servizi psichiatrici, che ha visto nel lavoro di gruppo, nell'uso di professionalità diverse e nella molteplicità della risposta a problemi complessi i suoi capisaldi. Bologna ha avuto una parte rilevante in questo processo, come hanno testimoniato molte pubblicazioni e molti convegni, anche se la suddivisione della provincia in più Ausl, i cui confini sono troppo spesso cambiati, non ha certo giovato all'omogeneità e alla visibilità del lavoro psichiatrico che è stato svolto.

L'impegno su questo obiettivo, di grande rilevanza etica, amministrativa e tecnica, ha però tenuto i servizi psichiatrici in una posizione troppo appartata rispetto al resto dell'organiz-

zazione sanitaria, sebbene studi epidemiologici, fra l'altro condotti anche a Bologna, abbiano mostrato quanta parte medici di medicina generale, ospedali generali e sanità privata hanno nel farsi carico dei bisogni di cura della popolazione anche in questo campo.

Nel frattempo le trasformazioni demografiche (aumento della popolazione in età senile, diffusione dello stato sociale di *single* e dell'immigrazione) e culturali sono andate modificando grandemente i bisogni e le domande di salute anche nell'ambito della salute mentale. La richiesta di confrontarsi con un disagio psicosociale assai diffuso non ha finora trovato nei servizi sanitari non specialistici e nei servizi sociali una risposta del tutto soddisfacente; è andata perciò crescendo l'esigenza di progetti comuni di studio e di ricerca che coinvolgono insieme istituzioni civili e culturali e servizi sanitari e sociali, nei quali possa trovare un posto preciso l'esperienza di valutazione e di lavoro delle problematiche psichiche che i servizi psichiatrici hanno acquisito.

La presentazione quasi contemporanea, nel maggio 1998, del progetto obiettivo "Tutela

della Salute Mentale" 1998-2000, del Ministero della Sanità, della delibera "Istituzione dei Dipartimenti Aziendali di Salute Mentale nelle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna", della Giunta Regionale, e della relazione finale della "Commissione Tecnico-Scientifica per la Definizione di un Programma Strategico nel campo della Salute Mentale", del Comune e dell'Azienda Sanitaria di Bologna, ha nel frattempo costruito un tessuto ricco di finalità, che brevemente riassumo.

Obiettivi prossimi

L'obiettivo prioritario per i prossimi anni è di istituire un unico dipartimento di salute mentale (Dsm) in ciascuna Azienda, definendone strutture, percorsi e responsabilità. L'aggregazione funzionale o strutturale della neuropsichiatria infantile e l'articolazione con i medici di medicina generale e i pediatri, gli ospedali generali, la sanità privata, il settore no-profit, i servizi sociali del Comune devono permettere di migliorare la qualità, l'omogeneità e la visibilità dei percorsi assistenziali. In particolare

Giuseppe Berti Ceroni è primario di Villa Baruzziana e consulente del Comune di Bologna

l'identificazione di percorsi assistenziali tipici (emergenza, consulenza, trattamenti intensivi prolungati, ecc.) può permettere di aggregare intorno a protocolli concordati il dipartimento di salute mentale e gli altri settori dell'organizzazione sanitaria e sociale che ho prima richiamato, a vantaggio sia della coerenza dell'attività degli operatori che della consapevolezza della popolazione.

Nel tempo questi accordi possono portare alla definizione di precisi criteri clinici di gestione delle varie situazioni, garantendo una ancora

maggiore appropriatezza e visibilità delle operazioni assistenziali.

Obiettivi un po' meno prossimi

Il Dsm può anche cominciare a confrontarsi con le forme nuove di disagio sociale prodotte dalle trasformazioni demografiche e culturali già avvenute o ora in atto.

Lo stato attuale delle conoscenze sulle conseguenze di queste trasformazioni (per esempio la vita da *single*, non soltanto nell'età anziana,

oppure l'immigrazione, oppure le scelte di vita di molti adolescenti e giovani adulti nel campo dell'alimentazione o della fruizione del tempo libero) è però spesso ancora inadeguato, perché formato sulle frange più patologiche di queste condizioni di vita.

Studio, ricerca e riflessione debbono perciò accompagnare e anche precedere i momenti dell'informazione e dell'intervento. Il rapporto con l'Università e le altre istituzioni culturali, la collaborazione delle istituzioni civili e delle associazioni (di utenti, di familiari e di volontariato) sono risorse che possono permettere di puntare a un miglioramento cospicuo delle conoscenze e delle modalità di intervento.

Deve tuttavia esser chiaro che una politica della salute mentale non può comunque identificarsi solo con la missione del dipartimento di salute mentale, per quanto esso si avvalga delle ri-

orse ad esso esterne che ho sopra detto. Se l'obiettivo è quello di una piena tutela della salute mentale altre istanze sono chiamate in causa: per esempio il sistema scolastico, l'urbanistica, i tempi di vita e di lavoro, la gestione del territorio attenta alle questioni della sicurezza e della dignità del vivere, ecc. Il Dsm e gli altri servizi sanitari e sociali sono di questo progetto componenti necessarie, ma non sufficienti. □

CHI SI PRENDE CURA

Secondo una ricerca dell'Eufami (Organizzazione Europea delle Associazioni per la Salute Mentale), condotta su famiglie italiane nelle quali vivono persone con malattie mentali, è risultato che il peso maggiore della cura ricade sulle donne nel 71% dei casi. In media un malato rimane in carico alla famiglia per 16 anni, con punte di 45-50. Le ore che si dedicano al parente malato sono più di 50 a settimana per il 42% delle famiglie. Alla domanda se c'è la possibilità di concedersi dei periodi di riposo i familiari hanno risposto sì per il 25%, no per il 51%, non sanno rispondere il 24%. Ma il dato più significativo è che il 73% dei familiari dice di aver bisogno di sollievo dal prendersi cura.

Un altro dato allarmante è che il 68% degli intervistati che si prendono cura di un'altra persona ritiene di non star bene a causa della fatica derivante da questo impegno.

G. F.



LA STRUTTURA DELLA PSICHIATRIA

L'organizzazione attuale della psichiatria a Bologna è fondata sui **Centri di Salute Mentale** presenti nei presidi sanitari di ogni distretto; per esempio a Bologna negli ambulatori di Via dello Scalo (distretto Porto-Saragozza), Via Tiarini (Navile), Via Zanolini (S. Donato-S. Vitale), Mazzacorati (Savena-S. Stefano), Via Emilio Lepido e Via Bertocchi (Borgo-Reno). Essi sono aperti dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e dalle 8 alle 14 del sabato. Presso i Centri di Salute Mentale i cittadini possono ricevere informazioni e prestazioni diagnostico-terapeutiche programmate per **appuntamento** (rivolgersi al CSM stesso e non al CUP) o **d'urgenza**. Per l'esatta ubicazione e il numero di telefono far riferimento alle pagine telefoniche delle Aziende USL. La richiesta del medico è gradita, ma non indispensabile.

Nel corso delle notti, del sabato pomeriggio, delle domeniche e dei giorni festivi, ci si può rivolgere **in urgenza** alla **Guardia Medica** o

al **Pronto Soccorso degli Ospedali**. Attraverso questi presidi di prima valutazione ed intervento, oppure direttamente, si può ricorrere a presidi di consulenza specializzata, con possibilità di ricovero anche d'urgenza in reparto psichiatrico; questi presidi specialistici sono attivi negli **ospedali S. Orsola-Malpighi e Maggiore di Bologna** e negli **ospedali di Imola e di S. Giovanni in Persiceto**.

Oltre questi presidi predisposti per l'accesso diretto da parte dei cittadini, i dipartimenti di salute mentale si avvalgono di specifiche strutture per particolari problemi: strutture di ricovero, day hospital, centri diurni, residenze a diverso grado di protezione.

Su richiesta del medico curante, si può anche accedere direttamente, previa prenotazione, al ricovero presso **Case di cura private**, con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale: Villa Baruzziana e Villa ai Colli a Bologna, Villa Chiara a Casalecchio, altre case di cura in altre province.

Il disagio della malattia mentale

di F. G.

Chiusi i manicomi la legge Basaglia continua ad essere una grande incompiuta e il carico dei malati di mente ricade sempre più spesso sulle famiglie.

Il parere di Valeria Borsari di "Percorso vita"

I servizi territoriali di supporto sono insufficienti, il carico sulle famiglie, spesso, crea problemi di emarginazione sociale perché non esiste una rete di solidarietà e di aiuto, i progetti di inserimento dei malati psichiatrici sono lontani dal realizzarsi per il sospetto e i pregiudizi che ancora gravano su di loro. Di questo si è parlato in un convegno internazionale organizzato a Bologna nel mese di settembre dalla Unasam (Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale).

«Una famiglia, e sono tantissime, che decide di tenere in casa un malato di mente - racconta Valeria Borsari, presidente dell'Associazione "Percorso vita" di Bologna - va incontro ad una esistenza di reclusione. Ci sono persone che hanno abbandonato occupazioni prestigiose perché dovevano accudire una persona malata che nessun altro poteva seguire. Anche perché se si trova una baby sitter per un bambino di due anni, se si trovano volontari per i vecchietti, un malato di mente nessuno viene a casa tua a seguirlo, tanto meno i servizi che dovrebbero dare un supporto domiciliare, che invece non viene dato. E questo è ancora più grave quando a seguire un parente c'è solo una madre, una moglie, un marito, una figlia, ecc. Succede che se una persona vuole sopravvivere è costretta a mettere il malato da qualche parte, ad esempio in comunità che alle volte sono peggio di quello che erano i manicomi e costano alle Ausl sei milioni al mese a testa, costituendo solo un business enorme per le cooperative che le realizzano. Spesso le strutture si trovano in aperta campagna e con personale dequalificato».

Assenza di servizi da un lato e pregiudizi dall'altro contribuiscono ad erigere dei muri invisibili. Alla malattia del singolo si aggiunge così una sofferenza per la famiglia costretta a recidere relazioni amicali che potrebbero, invece, costituire un ancoraggio alla realtà e contribuire alla salute mentale del nucleo familiare. «L'isolamento che si crea intorno alla famiglia è molto grave - continua Valeria Borsari -, in questi vent'anni della legge Basaglia non è stata fatta nessuna vera operazione di sensibilizzazione della gente. Mentre oggi si



è imparato a rispettare molte diversità o malattie, il malato di mente è ancora oggetto di scherno e paura, per cui non solo non viene invitato a cena dagli amici, ma anche la sua famiglia è guardata con sospetto perché si pensa che sia responsabile di chissà quali nefandezze, il che non è sempre vero».

Dunque, la terapia per la malattia mentale deve essere anche di carattere sociale attraverso una rete di relazioni che da un lato non isoli la famiglia e dall'altro valorizzi le potenzialità della persona che soffre. «Sarebbe giusto che questi malati - suggerisce Borsari - fossero aiutati a dare il meglio di sé anche per riuscire a realizzarsi e guarire, perché il lavoro, può aiutare a guarire, è terapeutico». □

Il cortile interno dell'ospedale psichiatrico Roncati di Bologna

UNA LEGGE PER L'ELETTROSHOCK

Il Consiglio Provinciale ha approvato un ordine del giorno dei consiglieri Sandro Magnani (Verdi), Walter Baldassari e Franco Grillini (Ds), sulla terapia elettroconvulsante (Tec) o elettroshock, in cui si condivide con la Giunta Regionale il giudizio di strumento terapeutico obsoleto, che nasce e si diffonde insieme ad altre tecniche, lesive dei diritti della persona, nel contesto manicomiale.

Nell'odg si sollecita il Ministero della Sanità ad emanare una nuova direttiva sulla terapia elettroconvulsante che, fermo restando il diritto del cittadino alla libertà di cura, limiti questo intervento alle patologie per le quali è dimostrato sia realmente efficace e solo dopo aver verificato il fallimento di altri interventi terapeutici.

Sullo stesso argomento, in una passata seduta, era stato presentato e respinto un altro odg firmato dal gruppo di Rifondazione Comunista [dal 13/10 Partito dei Comunisti Italiani]. Il documento è stato votato con 16 voti favorevoli (Prodi, Longobardi, Ds e Verdi), 3 contrari (Gruppo Comunista) e 5 astenuti (Fi, An, Udr, Cdl/Fi).

La casa dei risvegli

di FULVIO DE NIGRIS

Voluto dagli "Amici di Luca", nasce ufficialmente il progetto per una struttura extraospedaliera all'avanguardia per aiutare con terapie riabilitative e farmacologiche mirate ad uscire dal coma

Sono molto contenta di avere conosciuto da vicino l'esperienza così significativa di solidarietà e d'impegno dell'associazione Amici di Luca - ha detto Livia Turco Ministro alla solidarietà sociale- al convegno "La Bella addormentata" promosso recentemente a Cervia assieme al Centro Teatro di Figura -. Come ministro incontro spesso situazioni d'impegno e volontariato, sono a contatto con la realtà della sofferenza e posso affermare che ho capito che all'interno della sofferenza c'è una sapienza che le istituzioni devono saper ascoltare, raccogliere ed elaborare. Sto già lavorando con il ministro Rosi Bindi affinché il servizio sanitario e i servizi sociali possano integrarsi sempre di più. La Casa dei Risvegli mi sembra un progetto valido che va in questa direzione, colmando un vuoto finora trascurato dalla medicina e dai servizi per l'infanzia». Le parole del ministro hanno dato nuova linfa al nostro progetto portato avanti con ferma determinazione in questi mesi dagli Amici di Luca, grazie all'azienda USL Città di Bologna, il Comune e la Provincia, l'Università degli studi, il CTF e l'associazione "Rivivere". La nostra presenza con uno stand alla Festa nazionale dell'Unità e gli incontri realizzati ci hanno fortemente sostenuto. Loris Capirossi ha rilevato come bisogna anche «allenarsi a co-

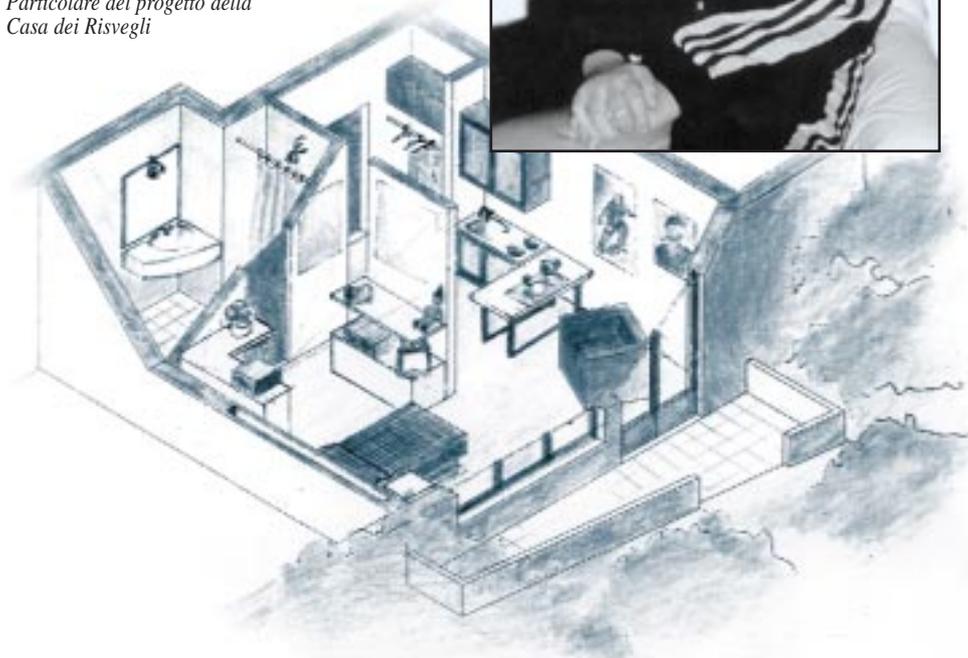
noscere le diversità» o le parole di Claudio Costa, medico dei motociclisti: «Quando E.T. va in coma ed è attaccato ai tanti tubi, macchinari e flebo solo l'amore del suo amico, un ragazzo, riesce a svegliarlo e riportarlo alla vita. Proprio l'amore, assieme alla fiducia ed alla speranza, può aiutare i pazienti in coma». Oggi possiamo esprimere la nostra grande soddisfazione. Una soddisfazione che si basa intanto sull'amore verso Luca, che noi vogliamo tramandare ad altri che, come lui potranno avere purtroppo, gli stessi problemi; la fiducia verso gli enti ed i tanti che si stanno impegnando per la costruzione della "Casa dei Risvegli"; la speranza che i giovani che si troveranno ad usufruire delle terapie e delle cure del

personale della "Casa dei Risvegli" possano confermare la loro identità nella fase detta di "risveglio nell'estraneità".

«L'energia di due genitori - ha detto l'assessora comunale Lalla Golfarelli - ha provocato un'accelerazione nella risoluzione di un problema che la vicenda di Luca ha messo in evidenza». Questo ci fa piacere, per una "Casa dei Risvegli" - come ha spiegato il curatore del progetto dottor Roberto Piperno - «pensata per dieci letti, in una struttura extraospedaliera all'avanguardia per terapie riabilitative e farmacologiche». La Festa dell'Unità è stata molto importante per noi perché il progetto ha ricevuto il "bollino di riconoscimento" da parte dell'assessore regionale Giovanni Bissoni ed ha sancito la nascita ufficiale della "Casa dei Risvegli" intitolata a Luca; risvegli perché, come ha detto Andrea Canevaro, «noi speriamo che siano tanti». «La vicenda di Luca - ha detto l'assessore Giovanni Bissoni - poteva abbandonarsi alla facile strada della malasanità ed invece un progetto come "La Casa dei risvegli" ci aiuta a riflettere sui nostri servizi sanitari. Una strada sicuramente più difficile ma se la nostra sanità facesse questo più spesso, avremmo probabilmente maggiori innovazioni. So che il coma è un terreno ampiamente sconosciuto alla medicina ufficiale, ma anche in uno stato di incoscienza siamo di fronte ad una vita umana che la collettività deve difendere. Il coma è un fenomeno molto vasto in questa regione che ci vede purtroppo in prima fila in Italia ed in Europa per traumi cranio-encefalici da incidenti stradali (circa 300 l'anno, oltre ad altre patologie, come il caso di Luca). Diventa dunque anche importante il tema della prevenzione. La disponibilità della Regione c'è, per collocare la Casa dei Risvegli all'interno del piano di riabilitazione che stiamo mettendo a punto». Con tutta questa ricchezza di intenti andremo avanti nella volontà di creare qualcosa di nuovo. □



Particolare del progetto della Casa dei Risvegli



Fulvio De Nigris è papà di Luca e, insieme alla moglie e agli "Amici di Luca", è promotore del progetto Casa dei Risvegli

I SERVIZI TRA COSTO E QUALITÀ

Sul ruolo del medico di base, sul rapporto tra razionalizzazione della spesa e qualità delle prestazioni e, da ultimo, sull'operato della Conferenza Sanitaria, abbiamo messo a confronto Walter Baldassari, consigliere provinciale del gruppo D.S. e Gian Luigi Magri, consigliere del Comune di Bologna del gruppo Bologna Nuova.

Come vede il ruolo del medico di famiglia nel nuovo assetto del Servizio Sanitario Nazionale e, più in particolare, quale rapporto deve intercorrere tra il medico di base e le strutture di cura?

Baldassari - Vedo una prospettiva positiva per il medico di famiglia, pediatra di fiducia e medico di medicina generale, nella maggiore integrazione con i servizi dell'Ausl, di medicina territoriale ed ospedalieri.

Il rapporto di convenzione che oggi lega il medico di famiglia al Servizio Sanitario Nazionale contiene elementi di "ambiguità". Non è un libero professionista perché la convenzione gli impone doveri e vincoli, ma nello stesso tempo non ha i vantaggi e le "garanzie" del rapporto di dipendenza. Basti pensare che il suo lavoro e quindi il suo guadagno dipendono dalla libera scelta dei cittadini.

È su questo elemento di fiducia che, a mio giudizio, occorre investire.

Oserei dire che buona parte del progetto di "un patto di solidarietà per la salute" contenuto nel nuovo Piano Sanitario Nazionale ed il complesso processo di riordino oggi in atto nella sanità regionale, passano attraverso un rapporto nuovo col medico di famiglia e la ricerca di un suo ruolo più qualificato sul piano professionale e più partecipe delle scelte e dell'organizzazione dei servizi.

In epoca di riforma del welfare state, sono principalmente due le questioni da presidiare nella sanità: la qualità dei servizi ed il loro costo per la comunità.

Su entrambi è non solo auspicabile, ma necessario il pieno coinvolgimento del medico di base sempre meno isolato nel proprio ambulatorio e sempre più inserito in una organizzazione di rete, in rapporto con gli altri medici di famiglia, con i servizi socio-sanitari del distretto e con l'ospedale.

Va in questa direzione l'accordo sottoscritto a livello regionale nel 1977 con i sindacati medici più rappresentativi che ha raccolto l'adesione di oltre il 90% dei medici interessati, in applicazione di una parte ancora inattuata della convenzione nazionale.

Con l'accordo si è voluto coinvolgere il medi-

co di famiglia sui programmi di assistenza domiciliare, su nuove forme di associazionismo e collaborazione, e per promuovere la sua partecipazione a programmi condivisi di qualificazione e contenimento della spesa sanitaria.

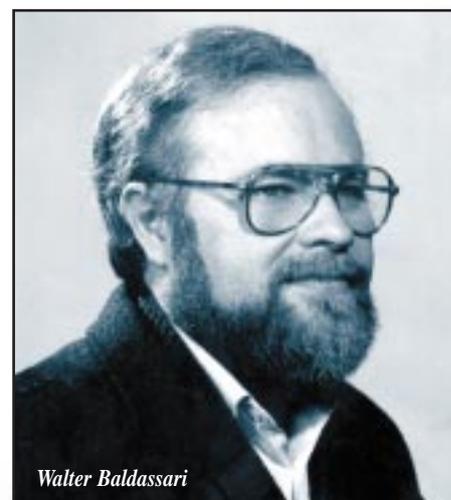
Questa scelta di campo sarà certamente alla base dei programmi di sviluppo della medicina territoriale nella predisposizione del 3° Piano Sanitario Regionale.

Magri - Vedo purtroppo una incomprensibile sottovalutazione del ruolo del medico di famiglia che, per una malintesa concezione burocratica della sanità, deve sottostare a interferenze inammissibili perfino sulla libera scelta della prescrizione farmaceutica e delle metodiche diagnostiche. Tutto ciò purtroppo in un clima di sostanziale mancanza di comunicazione tra servizi territoriali ed ospedalieri e la medicina generale che dovrebbe rappresentare non solo un grande "filtro" per le prestazioni (come oggi è erroneamente intesa) ma piuttosto il momento fondamentale nel quale il rapporto medico-paziente ha il più naturale e completo compimento.

Ritengo inoltre immorale il concetto di budget con incentivi economici laddove non si tratta di applicare economicismi astratti, ma di operare in scienza e coscienza al servizio della salute dei cittadini.

Questo aspetto, che purtroppo molti medici hanno dovuto subire, la dice lunga sulla svalutazione operata dalla progressiva burocratizzazione e spersonalizzazione della figura del medico in omaggio ad un processo di massificazione operato a tutti i livelli. Il medico di medicina generale dovrebbe avere un ruolo centrale di collaborazione con le altre strutture sanitarie in una organizzazione del lavoro basata non su un rapporto di dipendenza o di surrogata ma su una paritaria partecipazione alle scelte assistenziali scientificamente più idonee.

Stiamo vivendo una fase intensa di trasformazione del comparto sanitario, sia in ambito nazionale che regionale. Indubbiamente si pongono problemi di razionalizzazione della spesa, nonché di recupero di efficacia e di efficienza all'interno dell'intero sistema. Ci sono pericoli, in questo processo, di perdere di



Walter Baldassari

vista la centralità del problema, ovvero l'uomo e i suoi bisogni?

Baldassari - Credo sia bene ricordare il significato di fondo di un sistema di tutela della salute in un paese moderno e chiarire il concetto di razionalizzazione della spesa.

I servizi sanitari con la loro complessa organizzazione esistono in funzione dell'uomo considerato come persona e come comunità e non viceversa.

Occorre superare ogni concezione autoreferenziale dei servizi e mettere al centro dell'agire delle Aziende Usl e degli enti locali programmi di umanizzazione degli interventi e delle cure. Una condizione importante è la valorizzazione delle diverse professionalità presenti negli ospedali e negli ambulatori nel rapporto di relazione con i cittadini. La formazione permanente deve costituire una occasione non solo di miglioramento sul piano della tecnica professionale, ma anche nel recupero dei valori etici solidaristici che stanno alla base dell'intervento di cura.

Per quanto riguarda l'obiettivo della razionalizzazione della spesa sono convinto che l'unica garanzia durevole di risparmio consista nella qualificazione dei servizi e delle prestazioni. Un buon ospedale ed il corretto ricorso al ricovero ospedaliero, una buona terapia ed un corretto utilizzo degli accertamenti diagnosti-

co-strumentali insieme ad un appropriato uso del farmaco, costituiscono la strategia vincente per combattere gli sprechi e qualificare la spesa. Non necessariamente la riduzione dei servizi, ma la ricerca della loro qualità costituisce garanzia di economia e di corretto uso delle risorse.

Magri - Credo che il problema sia già esploso laddove ad una progressiva mancanza di risorse si risponde comprimendo gli spazi assistenziali rendendo invece pletoriche le strutture amministrative. A cosa serve ridurre i posti letto negli ospedali continuando a tenere letti di degenza in corridoio se non a ridurre le piante organiche e quindi costringendo i cittadini a gravi disagi ed i medici a turni massacranti senza riconoscimenti di alcun tipo?. E cosa dire delle continue novità sulla spesa farmaceutica che costringono i medici ad aggirarsi tra lacci e laccioli ed i pazienti tra balzi e balzelli? Purtroppo fino a quando le piante organiche ed i carichi di lavoro subiranno scelte discrezionali da parte di apparati burocratici mancheranno quella alta specializzazione, qualificazione e razionalizzazione che dovrebbero garantire la più corretta utilizzazione delle risorse.

Quale giudizio esprime sull'operato della Conferenza Sanitaria Metropolitana e quali i suoi suggerimenti?

Baldassari - Valuto positivamente l'azione di coordinamento e di programmazione che soprattutto negli ultimi periodi la Conferenza Sanitaria ha saputo esprimere.

In particolare con il documento licenziato nel maggio di quest'anno col quale la Conferenza si è posta l'obiettivo ambizioso di costruire e sviluppare un sistema sanitario integrato ed unitario sull'intera area provinciale.

L'agire in una dimensione di area vasta ha consentito inoltre di assumere impegni responsabilmente condivisi di contenimento del defi-



Gian Luigi Magri

re una programmazione più integrata dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali in considerazione della complessità della condizione degli anziani, dei disabili e dei sofferenti psichici, a partire dalla realtà del distretto; di sviluppare momenti più frequenti di confronto con le associazioni e i gruppi di tutela dei diritti dei cittadini che operano sul territorio sulle principali scelte di programmazione della sanità nell'area metropolitana; di raccordare i programmi sanitari dell'area metropolitana con gli obiettivi del nuovo Psn 1998-2000 con particolare riferimento alla prevenzione ed alle politiche complessive per la tutela della salute, di governo del territorio e dell'ambiente che vanno oltre i servizi sanitari propriamente detti. Per il miglioramento dell'attività della Conferenza Sanitaria, che intendo annoverare fra i risultati migliori di questo mandato amministrativo, penso debba essere rivista anche

MEDICI PER 100.000 ABITANTI*

	1993	1994	1995	1996
BELGIO	359	365	373	378
GERMANIA	321	329	336	341
SPAGNA	408	414	415	422
ITALIA	534	547	559	570
AUSTRIA	292	294	296	301
SVEZIA	264	270	277	285
REGNO UNITO	307	313	317	322

* DATI EUROSTAT

cit per il 1998 e la sua graduale riduzione nel triennio 1998-2000 senza compromettere nella sostanza la qualità dei servizi erogati.

Alla Conferenza Sanitaria chiedo di sviluppa-

la legge regionale istitutiva per accrescere il ruolo degli enti locali nel governo della sanità e per evitare il rischio di un "appiattimento" delle scelte di politica sanitaria su un piano esclusivamente "aziendale".

Magri - Vedo purtroppo una sorta di ruolo da "grillo parlante" della Conferenza Sanitaria Metropolitana. Infatti non riesce ad incidere sulla realtà assistenziale che subisce scelte discrezionali e spesso inconciliabili tra Aziende che insistono sullo stesso territorio o in comparti limitrofi. Temo che ci possa essere solo uno spazio teorico laddove le stesse informazioni sulle esigenze e necessità dei cittadini sono solitamente filtrate dagli organismi amministrativi senza che i veri protagonisti, cioè il malato e l'operatore sanitario, abbiano la benché minima voce in capitolo.

Tutto ciò è causato principalmente da una mancanza di trasparenza nelle scelte gestionali e dalla concezione "autoritario-clientelare" che troppo spesso sembra guidare l'assegnazione di responsabilità al di là e nonostante le esigenze dei cittadini. □

SPESA SANITARIA IN RAPPORTO AL PIL*

	(in percentuale)			
	1993	1994	1995	1996
BELGIO	8,2	8,1	8,0	7,9
DANIMARCA	6,8	6,6	6,4	6,4
GERMANIA	8,4	7,9	7,7	7,5
GRECIA	5,0	5,5	5,8	5,9
FRANCIA	9,8	9,7	9,9	9,6
ITALIA	8,6	8,4	7,7	7,6
AUSTRIA	7,7	7,8	8,2	8,2
PORTOGALLO	6,9	6,9	6,9	6,9
FINLANDIA	7,9	7,8	7,9	7,9
SVEZIA	8,4	7,9	7,7	7,5
REGNO UNITO	8,3	8,1	8,2	7,9

* DATI EUROSTAT

L'infermiere

di PATRIZIA ROMAGNOLI

Pomeriggio, mattina, notte, reperibilità, giornata di riposo una ogni cinque. Si scandiscono così le giornate di Ovidio Solmi, 42 anni, infermiere professionale all'ospedale Maggiore di Bologna, reparto rianimazione. E non basta: da oltre dieci anni Ovidio Solmi è impegnato anche nel sindacato, ultimamente con la carica di coordinatore degli infermieri iscritti alla Cgil dell'ospedale Maggiore. Si potrebbe dire infermiere "in prima linea". Ovidio Solmi trasmette il senso di sicurezza e di affidabilità che danno le persone abituate a sapersi muovere nelle situazioni di emergenza, insomma, quelli che "sanno prendere in mano la situazione" e con grande semplicità racconta la sua esperienza. «Ho scelto questa professione per i suoi risvolti umani, per avere un rapporto con le persone. L'ho deciso subito, alla fine del primo biennio delle scuole superiori quando mi sono iscritto al collegio infermieri. Allora eravamo pochi, perché una ventina d'anni fa nella sanità c'erano quasi soltanto generici. Sono cambiate molte cose nella mia professione, e va riconosciuto che oggi la preparazione media si è molto elevata, e il rapporto tra professionali e generici si è rovesciato. Anzi, ci sono stati perfino anni in cui c'erano più

diplomati che posti a disposizione. In rianimazione siamo organizzati in questo modo: quando il 118 riceve una chiamata, si cerca di capire le condizioni della persona, generalmente vittima di un incidente, e si dà un codice di gravità che ci viene trasmesso qui al dipartimento di emergenza a cui faccio capo, in modo da potere prepararci ad accoglierla al pronto soccorso. A questo punto scatta l'intervento intensivo, che coinvolge il medico e due infermieri. L'infermiere professionale accompagna costantemente il paziente dall'accoglienza per tutto l'iter che può comprendere radiografie piuttosto che tac o angiografia, fino alla sala operatoria quando è necessario. Lo seguiamo poi se viene ricoverato in rianimazione o in post intensivo perché quello è il mio reparto. E' sicuramente un lavoro molto impegnativo, ma è il 'mio' lavoro, che ormai faccio da oltre vent'anni e che non cambierei. Per certi versi sono un veterano, ma, soprattutto da quando ho cominciato ad occuparmi di sindacato, e sono quasi una quindicina d'anni, ho la possibilità di osservare come si lavora, un po' in tutti gli ambiti della sanità».

La professione è cambiata: il giovane o la giovane infermiera che cosa si aspetta da questo mestiere?

Intanto, c'è stato un cambiamento complessivo in senso di preparazione e richiesta di competenze che quando ho cominciato io erano riservate solo a noi pochi diplomati e che ora non solo sono diffuse ma sono praticamente obbligatorie. Anch'io come tutti faccio aggiornamento professionale e non c'è dubbio che sia necessario.

Noto però uno scostamento tra parte scolastica e servizio in ospedale. Forse si tratta di insufficiente valutazione dell'impegno, della responsabilità e anche dei rischi che questa professione comporta. Ricordo che esiste il rischio infettivo, ad esempio, e che l'organizzazione non solo è su turni anche faticosi come quelli di notte, ma anche sulla base di una reperibilità che si deve dare per alcuni giorni al mese. Inoltre, c'è l'aspetto economico. Lo stipendio di un infermiere senza turni si aggira sui due milioni, con i turni e festi-

NOTE SULLA PROFESSIONE

Nella provincia di Bologna gli infermieri che lavorano nelle strutture pubbliche sono circa 2500. A questi bisogna aggiungere quelli impiegati nella sanità privata o in cooperative che lavorano all'interno di ospedali e case di cura, oltre a un 'sommerso' poco quantificabile, che va dalle 'badanti' dentro agli ospedali alle infermiere occasionali. Un arcipelago complesso anche dal punto di vista normativo, visto che lavorano fianco a fianco persone con contratti di lavoro e retribuzioni molto diverse.

Per accedere alla professione, l'iter prevede un diploma universitario triennale, a numero chiuso, per chi è in possesso di titolo di scuola media superiore. Sono già alcuni anni in cui non si arriva a riempire i posti disponibili. Quest'anno si sono presentati al collegio di Bologna circa centocinquanta persone, mentre i posti a disposizione erano duecento.

vi può arrivare a due e tre, due e quattro. Le ore settimanali per contratto sono comunque trentasei, tanto per chiarire.

E poi c'è l'impegno sindacale e la famiglia...

«Ho cominciato a impegnarmi nel sindacato dopo una decina d'anni che lavoravo qui al Maggiore. La sanità presenta tanti problemi, molte cose sono cambiate, stanno cambiando. Tagli di personale discutibili, retribuzioni, riorganizzazione generale della sanità... L'impegno è cresciuto negli ultimi anni, fino a diventare coordinatore degli infermieri iscritti alla Cgil. Metto la mia esperienza a disposizione, cercando di essere utile... E per quanto riguarda la famiglia, ho sposato un'infermiera. Così, avendo problemi e ritmi di vita simili, forse è più facile capirsi...».



Il nuovo Cup di Bologna

di MAURO MORUZZI

In questi giorni sta nascendo il Nuovo Cup di Bologna, il Cup del 2000. Dopo dieci anni il vecchio Cup, che resta pur sempre uno dei pochi grandi sistemi di prenotazione funzionante in Italia (per la verità è tuttora il più grande), va in pensione.

Milioni di cittadini sono stati serviti dal Cup di Bologna in questi nove anni. Per la prima volta nella storia della sanità italiana, un sistema non autoreferenziale, pensato completamente "dal lato degli utenti", ha potuto convivere e crescere nel sistema

sanitario pubblico, interagendo con la sanità privata e la libera professione medica, ma soprattutto con gli Enti locali garanti del diritto del cittadino alle prestazioni sanitarie.

La costituzione del Centro servizio Cup 2000 S.r.l., la società che dalla fine del 1996 gestisce il servizio Cup e che ora è impegnata in importanti progetti nell'area dell'accesso alla sanità a Bologna e in Italia, ha costituito un'altra importante innovazione nello scenario dei servizi pubblici, del welfare italiano.

Ne anticipiamo una sintesi:

- ulteriore riduzione dei tempi di attesa tra prenotazione e prestazione (oltre 60 giorni solo per Tac articolare - cerebrale - rachide; 50 giorni per la risonanza magnetica nucleare)
- estensione del servizio Cup a tutta l'area metropolitana e provinciale, collegando anche tutte le farmacie (che avranno sportello tele-



matico di prenotazione) e, gradualmente, gli studi dei medici di base

- collegamento con i sistemi informativi e informatici dei grandi ospedali cittadini

- nuove tipologie di prestazioni sanitarie prenotabili, inclusi i cicli di cura come le fisioterapie ed altre ad elevata specializzazione

- in conseguenza di ciò, un'offerta più ricca e accessibile, che eviterà ai cittadini di rivolgersi a strutture diverse per ottenere tutte le prestazioni richieste

- estensione dell'offerta ai servizi socio-sanitari ed a quelli assistenziali

- crescita ulteriore degli sportelli e delle farmacie collegate in rete nel bacino provinciale

- possibilità di effettuare il pagamento del Ticket nelle farmacie

- possibilità di effettuare prenotazioni via Internet (Home terminal), oltre che per telefono.

Con Cup 2000 - il nome del Nuovo Cup - la sanità, la salute, i servizi socio-sanitari, potranno entrare in una "rete", in un circuito telematico, accessibili ai cittadini (dalla farmacia, dallo sportello con operatore, dallo studio del medico di famiglia, dal telefono o dal computer di casa), mentre gli operatori, gli amministratori della sanità e della cosa pubblica potranno disporre di un sistema informativo per regolare il rapporto tra domanda e offerta. Non è poco. □

NOME PRESTAZIONE	31 OTTOBRE 1997	1 LUGLIO 1998
	tempo di attesa in giorni	tempo di attesa in giorni
Campo visivo	oltre 60 giorni	2 giorni
Colonscopia	oltre 60 giorni	3 giorni
Ecg da sforzo	oltre 60 giorni	oltre 60 giorni
Eco addome inferiore	oltre 60 giorni	8 giorni
Eco addome superiore	oltre 60 giorni	8 giorni
Eco anche neonato	oltre 60 giorni	11 giorni
Eco articolare	oltre 60 giorni	8 giorni
Eco mammaria	oltre 60 giorni	8 giorni

Mauro Moruzzi
è Presidente del
Centro servizi Cup
2000

UN MONASTERO I BASTARDINI E L'OSTETRICA

di CARLO DEGLI ESPOSTI

Una storia di unioni e di divorzi che sta per vivere un nuovo importante episodio

A seguito del contratto stipulato in data 4 maggio 1798 l'Opera Pia degli esposti, la benemerita istituzione cittadina che ormai da secoli assisteva l'infanzia abbandonata, riebbe sede in via D'Azeglio. L'Opera era sorta nel sec. XIII e si era sviluppata per volontà e ad opera dei monaci benedettini neri (Cassinesi) di S. Procolo nello stabile di loro proprietà che ancora sorge fra le vie D'Azeglio, S. Procolo e Tagliapietre, caratterizzato da un elegante porticato di epoca bentivolesca (fine del sec. XV), dalle proporzioni monumentali.

Nel 1459 la gestione di quello che allora veniva detto Ospedale di S. Procolo passò ad una organizzazione di laici, la Compagnia degli Angeli dei poveri esposti, detta Compagnia dei Bastardini, e ad essa vennero pian piano unite tutte le istituzioni cittadine che svolgevano lo stesso tipo di assistenza, portando, nel 1666, i bambini di ambo i sessi ospiti della "casa" al numero di trecento.

Con l'arrivo dei francesi di Napoleone (19 giugno 1796), mentre il monastero benedettino, requisito, veniva in gran parte trasformata in caserma della guardia civica (20 settembre 1796), la Compagnia dei Bastardini si pose in cerca di una nuova sede per la propria Opera, poiché quella antica non era più sufficiente a contenere il gran numero di fanciulli che stava affluendo, e credette di averla trovata in via Belle Arti (allora Borgo della Paglia) nello stabile lasciato dai Gesuiti, oggi sede dell'Accademia di Belle Arti e della Pinacoteca Nazionale, ma anche questo si dimostrò ben presto inadatto e di nuovo gli amministratori dovettero cercare spazi più ampi.

Venne rapidamente in loro soccorso l'uscita dei militari dall'ex monastero di S. Procolo e qui, a partire dal 1798 come ricordavamo all'inizio, l'Opera Pia degli esposti trovò ambienti capaci di contenerla e assicurare anche, per lungo tempo, una sede consona alle successive trasformazioni dell'Istituto.

Naturalmente servirono alcuni adattamenti. La porta antica del monastero, quella verso il sagrato della chiesa, con l'ornato in arenaria che i Benedettini avevano acquistato nel 1637, dal

GLI ULTIMI SVILUPPI

Rispondendo ad alcune interrogazioni, l'assessore Donata Lenzi ha recentemente ricordato che, dopo aver valutato tutte le possibilità, si è deciso di percorrere la strada delle case di cura private, individuando Villa Erbosca quale sede della Maternità nei prossimi tre anni, dopodiché la struttura verrà trasferita al Maggiore.

notaio G. B. Salani che abitava in Mirasolo Grande (oggi via Solferino), venne murata e lì venne posta la "ruota", cioè lo strumento che permetteva facilmente di affidare un neonato alle cure dell'Istituto, nel più completo anonimato.

Sopra la ruota rimase, ed è giunta fino a noi, l'elegante figura della Repubblica Cisalpina con berretto frigio e fascio littorio postavi dai militari nel 1797 in sostituzione dello stemma del monastero.

Quale accesso principale all'Istituto venne aperta una nuova porta lungo il lato su via D'Azeglio e venne ornata imitando quella più antica, ponendovi sopra l'insegna dei due neonati in fasce ed incrociati, che riprende, complicandola, quella con un solo bambino che appare sul primo pilastro del prospiciente portico quattrocentesco "dei Bastardini".

Da questo portone inizia un breve percorso, al piano terreno, che in pochi passi porta a scoprire uno dei complessi monastici più compatiti ed avvincenti della nostra città. Assai più ridotto in estensione dei conventi di S. Domenico, S. Francesco, S. Michele in Bosco o di S. Salvatore, il complesso procoliano ha ben poco da invidiare invece quanto a distribuzione degli spazi, comodità nell'uso e nobiltà negli ornati.

Poco dopo l'ingresso si trova, a sinistra, il "Cortile della Porta" o "del Priore", bellissimo, costruito da mastro Giulio Dalla Torre fra



il 1577 ed il 1586, molto probabilmente su disegno dell'architetto Domenico Tibaldi che in quegli anni operava al servizio del monastero e stava costruendo il cortile di palazzo Magnani, in via Zamboni 20, assai simile a questo in molti particolari.

Proseguendo giungiamo al centro del complesso dove inizia lo scalone d'onore che porta al piano nobile e dove si apre la porta del Refettorio, con i suoi due lavabi in marmo rosso di Verona, progettato nel 1595 dall'architetto Francesco Terribilia.

Da qui si esce direttamente nel "Chiostro del Refettorio", il più antico del complesso, costruito nel 1548-49 dai fratelli capomastri Giacomo e Benedetto Dalla Torre, in linee sobrie e luminose che tradizionalmente vengono attribuite all'architetto bolognese Antonio Morandi detto "Terribilia", ma che ricordano in modo ancor più preciso opere ferraresi; qui, nel 1928 vennero riscoperti gli ornati affrescati sopra le porte, circa trecento anni prima da Giovanni Andrea Castelli, allievo del Dentone. Da questo chiostro si passa direttamente all'altro detto "della Sagrestia" che, con il suo lato settentrionale, corre lungo il fianco della vicina chiesa di S. Procolo e che, sul lato orientale, contiene l'antica sagrestia, oggi cappella dell'Istituto. La sua classica architettura è opera di Giulio Dalla Torre, che qui fu progettista e costruttore fra il 1613 ed il 1628.

Ancora dal chiostro del Refettorio poi, si può uscire anche sull'orto del monastero, uno di quegli squarci di verde che spesso si scoprono improvvisamente e con sorpresa fra i muri di

Nella pagina accanto. Bologna 1886
- La morte di una madre ed
una nutrice che ne allatta il figlio in
una biglietto di invito della Pia Opera
del Balianco di Bologna

Sotto, La preghiera degli orfani di
S. Bartolomeo e il portico
dell'Ospedale dei Bastardini in una
veduta del Panfili del 1788.
A fianco un'immagine del 1920 degli
assistiti della Società asili bambini
lattanti



mattoni della nostra Bologna e che farebbero illudere di trovarsi ben lontani dalla città, se non fosse per le monumentali architetture che li limitano.

Anche qui non sono certamente rustiche le linee armoniose e classicamente proporzionate della lunga loggia costruita fra il 1573 ed il 1584, della quale conosciamo alcuni degli artefici come il tagliapietre Pietro Maria Nani che lavorò basi, capitelli e cornici ed il mastro Giulio Dalla Torre che ne costruì il tratto corrispondente alle ultime sei colonne verso nord, ma non ne conosciamo il progettista, anche se la sobrietà delle linee e la marcata modularità del disegno ricordano le opere di Antonio Morandi, lo stesso architetto che fra il 1555 ed il 1557 aveva disegnato il solidissimo campanile al quale la loggia si unisce.

Non sono solamente architettonici però i valori artistici conservati nell'ex monastero, poiché non possiamo qui tacere i bellissimi affreschi eseguiti da Leonello Spada nel Refettorio

segnato l'amministrazione dell'Ospizio al Corpo Amministrativo degli Ospedali di Bologna ed aveva istituito, presso l'Ospizio stesso, un Asilo di Maternità "perché le nubi trovassero in un luogo appartato adeguata assistenza con ogni garanzia di riservatezza e conforto per poter allattare nei primi mesi i loro nati senza preoccupazioni". All'assistenza al neonato si sostituiva l'assistenza alla maternità; alla semplice raccolta, mantenimento ed istruzione dell'esposto si univa un'opera di previdenza sociale più modernamente intesa nei suoi aspetti medici, sociali e morali e l'Istituto assumeva sempre più l'aspetto di Ospedale.

Già nel 1873, in data precocissima rispetto ad altre simili istituzioni, venne abolita la "ruota" mentre si prendevano opportuni provvedimenti per facilitare il riconoscimento degli esposti, poi, nel 1939 venne la classificazione ad Ospedale specializzato di terza categoria e, nel 1940, il suo passaggio all'Amministrazione Provinciale di Bologna.



(1607) e da Alessandro Tiarini nella camera dell'Abate (1639). In questi spazi monumentali e carichi di arte e di memorie storiche l'Ospizio degli esposti crebbe e si sviluppò: nel 1836 gli assistiti erano 2.060 e, nel 1873, ben 3.358 dei quali 623 accolti in quel solo anno. Nel 1860, quando Bologna ed il suo contado erano entrate a far parte del Regno d'Italia, era intervenuta la fondamentale riforma voluta dal governatore dell'Emilia Luigi Carlo Farini. Questo aveva as-

segnato l'amministrazione dell'Ospizio al Corpo Amministrativo degli Ospedali di Bologna ed aveva istituito, presso l'Ospizio stesso, un Asilo di Maternità "perché le nubi trovassero in un luogo appartato adeguata assistenza con ogni garanzia di riservatezza e conforto per poter allattare nei primi mesi i loro nati senza preoccupazioni". All'assistenza al neonato si sostituiva l'assistenza alla maternità; alla semplice raccolta, mantenimento ed istruzione dell'esposto si univa un'opera di previdenza sociale più modernamente intesa nei suoi aspetti medici, sociali e morali e l'Istituto assumeva sempre più l'aspetto di Ospedale.

Terminata la seconda guerra mondiale, il profondo cambiamento sociale fece diminuire drasticamente il numero delle ragazze madri costrette a rivolgersi all'Istituto, mentre l'aumento del costo della vita ne faceva crescere le spese generali di esercizio: così, nel 1951, per meglio sfruttare l'ottimo livello di assistenza ostetrico-ginecologica che vi si poteva ottenere, venne istituito un "Reparto per coniugate dozzinanti, intendendosi per tali coloro che, in proprio o tramite Enti mutualistici assistenziali o vari, si impegnano al pagamento di una retta e degli altri onorari". Ormai qui la storia diventa cronaca. Da molti anni i chiostri ed il parco retrostante che ha sostituito l'orto dei benedettini in via d'Azeglio, 56, non ospitano più i giochi dei fanciulli esposti, ed oggi anche le sezioni di ostetricia e ginecologia stanno per lasciare l'ex monastero che le moderne esigenze igienico-sanitarie hanno ormai reso inadatto a tale uso: Bologna, per buona sorte, a brevissima distanza di tempo dalla restituzione ad usi culturali dell'ex monastero di S. Giovanni in Monte, sta per ricevere un altro dono di grande valore, un contenitore da valorizzare con un provvido restauro (ricostruzione del soffitto del Refettorio, riapertura dei corridoi delle celle monacali), ma che può a sua volta valorizzare con una degna sede una istituzione che possa coniugare meglio della precedente la propria attività con il monumento. A questo proposito la fantasia corre facilmente ad una istituzione di tipo culturale (biblioteca, museo, sede universitaria). Le possibilità sono molte ed occorrerà essere oculati ed attenti nella scelta, ma siamo convinti che Bologna saprà certamente compiere quella migliore. □

Bazzano

di CARMEN LORENZETTI

Per raggiungere Bazzano da Bologna si percorre la Bazzanese, la consolare via Claudia, parallela alla via Emilia, l'antica strada dei "castelli medievali", che corre in pianura lambita dalle pendici delle colline sulla sinistra, fino ad arrivare ai confini tra Bologna e Modena, dove sorge Bazzano, anticamente "badianum", toponimo diffuso in Italia ad indicare il dominio di un'abbazia, nella fattispecie dell'Abbazia di Nonantola. Sul "limine" e posta sulla collina, in una zona strategica, fu a lungo oggetto di contesa, tra Longobardi e Bizantini, tra bolognesi e modenesi, finché non passò a Bologna nel 1299 col Lodo di Papa Bonifacio VIII, che si meritò così la statua bronzea di Manno Bandini, oggi al Museo Civico Medioevale di Bologna. La parte più antica di Bazzano, la rocca merlata, si scorge da lontano, e



A sinistra, la Chiesa di Santa Maria del Suffragio decorata da una meridiana a quadrante semicircolare. Sopra, il Municipio costruito tra il 1864 e 1866 e uno scorcio della Rocca dalla quale si ammira il panorama della vallata del Samoggia



pare, soprattutto se aiutati dal cielo striato del tramonto, di trovarsi di fronte ad una cartolina. Ai suoi piedi si allunga la piccola cittadina, disposta attorno alla quadrangolare piazza **Garibaldi**, luogo di mercato sin dalla fine del Cinquecento. Sul lato lungo della piazza troneggia il **Municipio**, costruito tra il 1864 e il 1866 dall'architetto Michelangelo Minelli; sopra al bugnato liscio e grigio del piano terra si stende l'aranciata cortina del piano nobile, interrotta al centro dal balcone con le quattro Stagioni, sovrastate dal melograno dello stemma del Comune. A fianco del Palazzo si trova la bronzea **Bagnante di Giuseppe Graziosi** (1879-1942), che la eseguì nel 1913 per una fontana di piazza mai realizzata. Sulla piazza sorge anche **Santa Maria del Suffragio**, ovvero l'**Oratorio di Piazza**, già sede della Confraternita del Suffragio, i cui statuti furono approvati da Innocenzo XI (1676-989). Attraversata la semplice facciata dal tetto a capanna, decorata da una meridiana a quadrante semicircolare, si accede nell'interno ad unica

navata, ricco di stucchi di Pietro Bugatti. Sull'altare maggiore, il quadro di autore anonimo, già documentato nel 1692, rappresenta la Beata Vergine del Suffragio con Sant'Antonio da Padova e anime purganti, mentre ai lati si ammirano due quadri di Gaetano Gandolfi, il San Gerolamo e la Santa Maria Maddalena; il primo, dipinto nel 1756, costituisce la tela d'esordio al pubblico del giovane, appena uscito dall'Accademia Clementina: risente di modelli antecedenti della scuola bolognese, tuttavia sicura è l'impostazione anatomica e lucente il colore, che poi si abbruna nella resa della bella natura morta dei libri colteschio a sinistra, la Maddalena di studeatissima composizione, che fa da pendant, è dell'anno seguente. Costeggiando il lato destro del Palazzo Comunale si sale per via Venturi, percorrendo così il tracciato duecentesco della cerchia di mura del borgo, e si arriva alla **Porta d'entrata della Rocca ad ovest**, restaurata a cura del municipio nel 1874. Se invece si entra nel borgo fortificato dal lato si-





A sinistra, la Rocca e sotto un particolare del Municipio, opera dell'architetto Michelangelo Minelli



nistro di Piazza Garibaldi, ci si inerpicava per una stradina breve, ma priva degli slarghi verdi del primo percorso, e ci si trova di fronte al cassero della rocca, ricostruito nel 1317, accanto è la slanciata torre dell'orologio del 1730: è l'entrata principale, che conduce allo slargo erboso, che ospita la **Rocca** e la chiesa arcipretale di **Santo Stefano**. Non si può allora resistere all'immediata tentazione di affacciarsi al balcone ed ammirare il panorama della vallata del Samoggia e le prime colline che conducono al Monte Morello e a Monteveglio. Mentre sulla destra si erge la Rocca, ricordata nel 1038 allorché venne concessa in enfiteusi da Guiberto Vescovo di Modena al Marchese Bonifacio di Canossa, da cui passò a Matilde; nel 1218 vennero costruite le prime mura, distrutte dai bolognesi

nel 1247, e ricostruite con la Rocca da Azzo VIII d'Este nel 1296-1311. L'attuale aspetto del castello si presenta ingentilito all'interno dalla loggia rinascimentale del cortile e dagli affreschi delle diverse sale, che ospitano il **Museo Civico Archeologico A. Crespellani**, dove sono raccolti materiali di epoca Pre e Protostorica, con materiali litici del Paleolitico Inferiore e del Neolitico; dell'Età del Bronzo, del Ferro (di particolare interesse, il Villanoviano III e IV); dell'epoca Romana, con una preziosa testina femminile del II secolo d.C. Vi sono inoltre piccole sezioni dedicate al Medioevo, al Rinascimento e Risorgimento; ospitata quest'ultima nella cosiddetta cella del Foscolo, ove si narra sia stato brevemente prigioniero degli austriaci nel 1799, catturato mentre tentava di fuggire sotto il nome di Lorenzo Alighieri. Furono comunque i Bentivoglio a trasformare il fortilizio in villa, concepandola quale luogo di delizia fuori città. Sullo scorcio del Quattrocento gli artisti della corte bentivolesca ornarono gli interni con motivi floreali ed araldici (le insegne di Giovanni II Bentivoglio unitamente a quelle della sposa Battista Sforza) e nella sala principale, chiamata Sala dei Giganti,

probabilmente con una serie di uomini illustri. Accanto alla Rocca, la **chiesa arcipretale di Santo Stefano** è già documentata nell'XI secolo; forse nel '400 cappella di Palazzo, è stata in gran parte ricostruita nel 1894.

Nei dintorni, verso Castelfranco, lungo l'antica via Sant'Isaia, sorge il **Santuario di Santa Maria del Carmine** o della **Sabbionara**, citato nel 1586. La nitida facciata in cotto, scandita da quattro paraste è seicentesca e l'interno, interamente decorato da quadrature del bazzanese Pio Passutti, ha una **Madonna col Bambino** seicentesca, fiancheggiata da due tele con S. Rocco e S. Sebastiano, i santi protettori contro la peste. A pochi chilometri si incrociano alcune ville: la **villa del Gandolfo**, già degli Odo-fredi-Gandolfi (XVII secolo) con annesso Oratorio della Madonna della Neve dell'Ottocento, **villa Pedrini**, già Corsini, ottocentesca e, in direzione opposta rispetto alla Sabbionara, all'inizio di via Ca' Rossa, **villa Tanari**, abitata da Vincenzo Tanari, autore nel '600 del libro "L'economia del cittadino in villa". Venne ristrutturata alla fine del Settecento secondo lo stile dell'architetto Angelo Venturoli, cui si riferisce anche l'oratorio della Natività di Maria, ornato dalla paletta della Madonna di Gaetano Gandolfi, probabile autore degli angeli affrescati nella volta. All'interno si trova un ampio salone a pianta circolare, con la volta interamente punteggiata dalla mezzaluna degli emblemi araldici dei Tanari, non poteva mancare una saletta con i paesaggi dipinti a tempera di Martinelli e Fancelli, specchio un po' trasognato di quelli veritieri, che si trovano al di fuori delle mura della casa padronale. □

BIBLIOGRAFIA

- R. D'Amico, **Per la vita delle forme: Bazzano, n. 9**, a cura della Provincia di Bologna, I. Bortolotti, I **Comuni della provincia di Bologna**, Bologna, 1964.
- A. Ramenghi, **Bazzano nella storia e nell'arte**, Bologna, 1972.
- M. Ghedini, **Il museo della Rocca di Bazzano**, in Emilia preromana, Bologna, 1980.
- Dossier Comuni/Bazzano**, in "Provincia", 1982, pp. 36-42.
- AA.VV, **Emilia Romagna paese per paese**, vol. I, Firenze, 1986.
- La rocca bentivolesca e il Museo Civico A. Crespellani di Bazzano**, a cura di S. Santoro Bianchi, Bologna, dopo il 1986.
- Dal Santerno al Panaro. Bologna e i comuni della Provincia nella storia, nell'arte e nella tradizione**, a cura di C. Bianchi, vol. I, Bologna, 1987.
- Una rocca nella storia: Bazzano tra Medioevo e Rinascimento**, a cura di S. Santoro Bianchi, Bologna, 1989.
- D. Biagi Maino, **Gaetano Gandolfi**, Torino, 1995.

I termometri ambientali

di ANNALISA CAMORANI

Rospì, ricci, pipistrelli e tanti altri animalletti della cosiddetta fauna minore sono veri e propri indicatori dello stato di salute di un territorio.

Preservare la loro presenza e garantire il loro insediamento è l'obiettivo di un progetto che ci illustra l'Assessore

Quanto costa un rospo?». Non è un quiz per amanti dell'enigmistica, ma una possibile chiave di lettura della questione ambientale. Il rospo, infatti, è stato eletto "portavoce" della fauna minore (o "negletta"). E, in questa veste, diventa "termometro" dello stato di salute della natura. Per questo l'assessorato all'Ambiente della Provincia di Bologna ha avviato un "Progetto di tutela della fauna minore". Se n'è parlato a un convegno organizzato dal Centro di divulgazione agricola della Provincia, intitolato, appunto, "Delle specie neglette, ovvero... quanto costa un rospo?". «Se ragioniamo sulle condizioni di vita della fauna negletta - spiega l'assessore all'Ambiente Forte Clò - e sui pericoli della sua scomparsa, ragioniamo su quello che stiamo producendo», dall'urbanizzazione in poi. Il "Progetto di tutela della fauna minore" «interviene sul territorio - spiega Clò - per migliorare le condizioni di sopravvivenza e garantire la permanenza di queste specie».

E se si chiede perché la Provincia si dedichi proprio alla fauna minore, Clò risponde che «questa è una strada, un'impostazione che afferma la trasversalità della questione ambientale. Questo vuol dire che proponiamo di superare l'assessorato all'Ambiente». Il motivo? «Non credo serva un difensore civico dell'ambiente, lo dico fra virgolette, con un pizzico di ironia. Sono convinto, invece, che tutta l'attività di governo delle istituzioni e degli enti debba essere segnata da un raccordo fra le scelte che si compiono e le compatibilità ambientali». Tornando al progetto, le azioni di tutela vanno dalla realizzazione di nidi artificiali per la riproduzione, fino alla conservazione delle aree incolte e alle azioni che conservano o ripristinano gli habitat naturali. È dedicato, invece, ai siti di importanza comunitaria il "Progetto Pellegrino" (si è alla fase di studio dei tempi e modi degli appalti) che ha ottenuto due miliardi e 600 milioni di finanziamenti: un miliardo e 300 dalla Comunità Europea, 660 milioni dalla Provincia (che è la proponente), il resto da altri enti. «Una delle qualità

di questo progetto - afferma Clò - è che nasce in un rapporto stretto con il mondo dell'associazionismo ambientalista e del volontariato». Pensa anche al rispetto della vocazione di un territorio, invece, il Piano regolatore della vegetazione. «Fare un prg di questo tipo - spiega Clò - vuol dire integrare le azioni di tutela e sviluppo del patrimonio vegetazionale (fauna compresa, Ndr) con la pratica agricola». Con beneficio dell'uomo e dell'altra: realizzare, ad esempio, maceri o laghetti per le rane, i rospi serve anche per «contenere l'acqua piovana,



na, per evitare le esondazioni». Ed è proprio sulla vulnerabilità idrogeologica della pianura bolognese che intervengono i 60 miliardi del governo per ricostruire un equilibrio nelle zone più fragili, vedi l'area persicetana, quella imolese, Molinella, Medicina. Tornando alla domanda iniziale, poi, si può fare anche un ragionamento economico. Anfibi a parte, quanto costa un metro cubo d'acqua? Dal rapporto tra Provincia, Ministero dell'Ambiente, Istat e dal gruppo di Comuni della Comunità montana della Valle del Samoggia, nasce la contabilità ambientale. «Stiamo aspettando che il ministero dell'Ambiente concluda l'iter di assegnazione dei 100 milioni, in modo da poterli inserire già nel bilancio 1999 per partire con la

sperimentazione di questo tipo di contabilità». Si cominceranno allora a considerare anche i costi ombra. Per esempio l'aria: «Se cominciassimo a fare i conti dei costi sostenuti dallo stato per le malattie polmonari, potremmo arrivare a quanto costa l'aria». Lo stesso ragionamento si può fare sui costi ombra dell'acqua, per esempio la subsidenza. E, a proposito di aria, «abbiamo in piedi un progetto, finanziato dal ministero dell'Ambiente con 300 milioni, per uno studio sui composti organici volatili, che sono parti fondamentali dell'inquinamento atmosferico - aggiunge Clò - ma abbiamo ritenuto opportuno implementare il progetto per valutare le ricadute sulla condizione di vita delle specie neglette». Una visione economica dell'ambiente vorrebbe dire anche considerare che «sviluppare la dimensione del territorio sottoposto a tutela è un investimento». Si potrebbe, ad esempio, diventare azionisti di un parco, «come stanno dimostrando i Comuni che hanno comprato quote del consorzio del parco di Monteveglio». Certo però che, anche da un punto di vista fiscale, sottolinea l'assessore Clò, «il Comune che realizza nel suo territorio un parco non va punito (vedi i mancati introiti sull'Ici e sugli oneri di urbanizzazione, Ndr.), ma premiato». □

Un Difensore Civico per l'Europa

di EMANUELA FRONZA

Il Mediatore europeo: ecco come i cittadini europei possono tutelarsi nei casi di cattiva amministrazione delle Istituzioni comunitarie

L'accesso alla giustizia è spesso ostacolato dall'inadeguatezza dei classici strumenti processuali. L'onerosità dei costi e la lentezza dei procedimenti, infatti, soprattutto nei casi in cui la controversia presenta un modesto valore economico, inducono i più ad abbandonare le proprie pretese e a vedere così insoddisfatti i propri diritti. Per superare questi ostacoli si sta sperimentando in diversi paesi europei la figura del *defensor civitatis*, ispirato, quanto a finalità e modalità di intervento, all'esempio del tradizionale Ombudsman scandinavo. Il difensore civico è collegato all'organo legislativo, rispetto al quale è tuttavia indipendente, ed ha la funzione di controllare il corretto esercizio del potere amministrativo da parte della pubblica amministrazione.

Per rispondere alle medesime esigenze nell'ambito dell'Unione europea, il Trattato di Maastricht ha introdotto la figura del Mediatore europeo, uno strumento di carattere non giurisdizionale, quindi rapido e poco oneroso, al quale i cittadini europei possono ricorrere per tutelarsi nei confronti dell'attività dell'amministrazione comunitaria.

Come il difensore civico a livello nazionale, il Mediatore europeo è anche organo ausiliario del Parlamento europeo, e ha il compito di controllare, in generale, il corretto esercizio da parte delle amministrazioni comunitarie delle competenze ad esse attribuite. E' un organo individuale e indipendente nominato dal Parlamento europeo e rimane in carica per tutta la durata della legislatura. L'attività del Mediatore è regolata dall'art. 138 E del Trattato sull'Unione europea (TUE) e dallo Statuto del Mediatore adottato dal Parlamento con Decisione 94/262 del 9 marzo 1994. In base a queste disposizioni, il Mediatore europeo è abili-

PER SAPERNE DI PIÙ

Mediatore europeo
1 avenue du Président Robert Schumann
B.P. 403
F-67001 Strasbourg Cedex
tel. ++33.3.88174001
fax ++33.3.88179062
e-mail: euro-ombudsman@europarl.eu.int
<http://www.euro-ombudsman.eu.int/media/it/default.htm>

tato ad esaminare le istanze che segnalano casi di cattiva amministrazione di un'istituzione o di un organismo comunitario⁽¹⁾. Non è quindi competente a ricevere istanze relative all'attività delle amministrazioni nazionali, centrali o periferiche, anche nei casi in cui queste ultime dovessero fare errata applicazione del diritto comunitario. Tutti i cittadini dell'Unione europea possono rivolgersi e presentare denunce al Mediatore europeo, nonché qualsiasi persona fisica o giuridica (associazioni, imprese, ecc.) residente o avente la sede sociale in uno Stato membro; sono dunque escluse le persone fisiche che risiedono in Stati terzi e le associazioni e le imprese con sede fuori dall'Unione europea. Ci si può rivolgere al Mediatore in una delle undici lingue ufficiali dell'Unione, utilizzando un modulo standard disponibile nei suoi uffici, in quelli degli *Ombudsman* o difensori civici nazionali⁽²⁾; è possibile reperire il formulario di denuncia anche sul sito Internet del Mediatore europeo: <http://www.euro-ombudsman.eu.int/media/it/default.htm>

Come già accennato in precedenza, ci si può rivolgere al Mediatore europeo nei casi di 'cattiva amministrazione' da parte di Istituzioni ed organismi comunitari: omissione di atti dovuti, irregolarità amministrative, carenza o rifiuto di informazioni, ritardi ingiustificati, discriminazioni ed abusi di potere, ecc. Il Mediatore ha l'obbligo di trattare ogni istanza a lui presentata, ma non può occuparsi dei casi che siano già stati oggetto di una procedura

giudiziaria vera e propria. Di propria iniziativa o in base alle denunce presentate, può procedere ad ogni indagine che ritenga giustificata. Nel caso in cui la denuncia sia, a suo parere, irricevibile, è tenuto ad indicarne i motivi.

Le denunce sono trattate pubblicamente, a meno che non vi sia specifica richiesta in senso contrario.

Il Mediatore ha innanzitutto il compito di ricercare una soluzione amichevole tra il cittadino e l'amministrazione comunitaria interessata. Se tale soluzione

non appare possibile, egli constata formalmente la cattiva amministrazione e formula delle raccomandazioni. Il Mediatore, pertanto, non dispone di potere vincolanti: se le sue raccomandazioni non sono accolte, egli può soltanto presentare una relazione speciale al Parlamento sul cattivo comportamento dell'amministrazione. Il suo intervento, tuttavia, almeno di norma, riesce a raggiungere il risultato auspicato: il timore di esporsi ad un pubblico disconoscimento della propria attività, infatti, induce spesso l'istituzione interessata a seguire le indicazioni del Mediatore.

Oltre alla possibilità di presentare relazioni speciali su casi specifici, il mediatore è tenuto a presentare altresì una relazione annuale al Parlamento europeo contenente i risultati delle proprie indagini, un rapporto sulle disfunzioni delle istituzioni e degli organismi comunitari e, più in generale, sulle lacune nel sistema comunitario di protezione dei diritti. □

⁽¹⁾ ad esempio: Commissione europea, Consiglio dell'Unione europea, Parlamento europeo, Corte dei Conti, Corte di giustizia (tranne quando esercita funzioni giurisdizionali), Comitato economico e sociale, Comitato delle regioni, Istituto monetario europeo (Banca centrale europea dal gennaio 1999), Banca europea per gli investimenti.

⁽²⁾ copia del formulario è disponibile anche presso l'Info-Point Europa del Comune di Bologna.

Emanuela Fronza, è dottoranda di ricerca in 'Tutela dei diritti fondamentali' presso l'Università di Teramo

L'Europa è più vicina

di MARTA BETTINI

Il "Progetto Comuni d'Europa", attivo da quattro anni, ha 20 comuni abbonati, e in questo periodo ha diffuso una maggiore conoscenza delle iniziative dell'Unione Europea permettendo così il raggiungimento di importanti risultati sul fronte dei contributi comunitari.

Per alcuni Comuni ed alla stessa Provincia di Bologna è stato così più semplice ottenere, ad esempio, significativi finanziamenti finalizzati al restauro di pregevoli edifici, alla realizzazione di gemellaggi con altre città europee e ad interventi in campo ambientale. L'attività di informazione viene realizzata attraverso l'invio di rassegne quindicinali sui programmi dell'Unione Europea e attraverso seminari tematici realizzati durante il corso dell'anno. Le rassegne illustrano, in maniera sintetica e fa-

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Provincia di Bologna
 Ufficio Progetti Europei
 "Progetto Comuni d'Europa"
 Marta Bettini 051/218527
 E-mail bettini@provincia.bologna.it
 Sito WEB:
www.provincia.bologna.it/progettieupei

cilmente comprensibile anche ai non addetti ai lavori, i bandi e i programmi a cui è possibile accedere per ottenere finanziamenti.

L'arco delle tematiche coperte dal servizio riguarda le principali funzioni di competenza della pubblica amministrazione, quali l'ambiente, la cultura, le politiche sociali, lo svi-

luppo economico, ecc.. Parallelamente all'attività informativa è assicurato un servizio di assistenza tecnica progettuale e di orientamento che viene realizzato sia nella fase di ricerca delle opportunità, che nella fase di stesura del progetto da presentare presso le istituzioni comunitarie per la richiesta di contributi. L'assistenza progettuale comprende le seguenti azioni: analisi del progetto, individuazione della/e linee di finanziamento, redazione di una scheda informativa del progetto finalizzata alla ricerca dei partner (in italiano ed in inglese), ricerca eventuali dei partner (invio delle suddette schede informative alla rete di interlocutori internazionali), analisi delle risposte di adesione al progetto e informazioni ai Comuni interessati, pre-verifica presso gli uffici erogatori dei finanziamenti a Bruxelles. □

OPPORTUNITA' E SCADENZE

Guida sintetica ai principali programmi d'azione adottati dall'Unione europea

Programmi/ Iniziative/Azioni	Oggetto	Scadenza	Sostegno finanziario U.E.	Soggetti destinatari
Life 1999 (GUCE C/282 del 11/9/98)	Ambiente: promuovere azioni a favore delle industrie e delle autorità locali. Natura: promuovere la conservazione degli habitat naturali, delle specie di flora e fauna selvatiche. Paesi terzi: sostenere attività di assistenza tecnica e azioni di sviluppo sostenibile.	Ambiente: 30. novembre 1998 Natura: 15 dicembre 1998 Paesi terzi: 31 gennaio 1999	tutte le informazioni necessarie possono essere ottenute presso le autorità nazionali (Ministero dell'Ambiente), o su Internet: http://europa.eu.int/comm/life/home.htm	il filone ambiente prevede un'azione specifica per le autorità locali
Asia Urbs (GUCE C/293 del 22.9.98)	promuovere relazioni di partenariato tra le amministrazioni e le comunità locali dell'Europa e dell'Asia meridionale e sudorientale	14 dicembre 1998	a) 65% del costo totale del progetto fino ad un max di 500.000 ECU b) 65% del costo totale dello studio fino ad un max di 15.000 ECU	amministrazioni locali
Interessi dei consumatori nel 1999 (GUCE C/289 del 17.9.98)	promuovere la presentazione di progetti che contribuiscano al miglioramento del livello di protezione dei consumatori	30 novembre 1998	max. 50% delle spese ammissibili	persone fisiche o giuridiche, nonché associazioni di persone fisiche
Ecos-Overture 1998-2001 (GUCE C/183 del 13/6/98)	Contribuire alla cooperazione interregionale esterna tra città e regioni dell'Unione europea e dei paesi extra UE	15 novembre 1998	cfr. regolamento (CE) n.2236/95 del 18.9.1995 (GU L 299 del 23.9.1995)	enti territoriali delle regioni ammissibili
Reti di telecomunicazioni transeuropee (GUCE C/79 del 14/3/98)	Contribuire al sostegno e al coordinamento nel settore delle reti di telecomunicazione transeuropee	31 dicembre 2000	ffino al 75% delle spese ammissibili per le regioni obiettivo 1 e 6, fino al 50% per le altre regioni dell'Unione e 75% per i partecipanti PEC	organismi o consorzi

Per ulteriori informazioni rivolgersi a: **Info-Point Europa**, p.zza Maggiore, 6 - tel. 051.203592 e-mail: infpoint@comune.bologna.it
 Per le iniziative ed i programmi rivolti alle imprese contattare: **Euro Info Centre**, sportello di Bologna, via S. Domenico, 4 - tel. 051.529611