

Barra di navigazione www.quadernidelticino.it

[Home](#) | [Chi Siamo](#) | [Centro Kennedy](#) | [Arretrati](#) | [Mailing](#) | [Contact](#)

II° trimestre 2006

57

**i QUADERNI
DEL TICINO**

i QUADERNI DEL TICINO

**RIVISTA TRIMESTRALE
DI CULTURA, STORIA,
POLITICA ED ECONOMIA**

Spedizione in abbonamento
postale - 70% Filiale di Milano



CAMERA DI COMMERCIO *di Milano*

L'ISTITUZIONE DELLE IMPRESE PER LE IMPRESE

Molteplici sono le attività svolte dalla Camera di Commercio di Milano, nell'ambito di una fitta rete di relazioni con enti, istituzioni, realtà nazionali ed internazionali legate alla comunità degli affari.

Le principali aree di intervento riguardano la **promozione dell'imprenditorialità** e dei suoi valori, l'organizzazione di eventi sugli aspetti fondamentali della vita economica, lo sforzo per favorire l'inserimento delle attività imprenditoriali milanesi nell'arena dell'**economia mondiale**, per rilevare e diffondere dati ed informazioni sulla realtà economico-sociale, per accelerare l'ampliamento e la modernizzazione delle infrastrutture, oltre che il perfezionamento dei meccanismi di **regolazione del mercato**, anche attraverso corsi di formazione e missioni commerciali all'estero.

Via Meravigli, 9/b - 20123 Milano - Tel. +39 02/8515.1/5790 - Fax. +39 02/8515.4232

Internet: <http://www.mi.camcom.it>

La Camera di Commercio, attraverso il **Servizio Sviluppo dell'Impresa**, è presente anche a **Desio, Legnano e Monza** per assistere imprese e consumatori e informarli sulle iniziative di promozione, sviluppo ed innovazione dell'ente e delle sue Aziende Speciali.

Le informazioni riguardano:

FINANZIAMENTI E CONTRIBUTI ALLE IMPRESE

- Iniziative e bandi di concorso di Enti e Organismi Istituzionali per l'assegnazione di finanziamenti e contributi alle imprese che operano sul territorio provinciale
- Iniziative e bandi camerali per i quali viene fornita assistenza nella accettazione e protocollazione delle domande

NOTIZIE ECONOMICHE

- Elenchi di imprese anche operanti con l'estero
- Dati statistici
- Mercati internazionali
- Ricerche di mercato
- Manifestazioni fieristiche

AMBIENTE

- Informazione ed orientamento sulle tematiche ambientali anche con riferimento ad iniziative esterne

TUTELA DEL CONSUMATORE E DELL'IMPRESA

- Giustizia alternativa: Conciliazione ed Arbitrato
- Prezzi di mercato
- Usi e consuetudini

MARCHI E BREVETTI

- Ricerche di anteriorità
- Seminari e corsi di formazione per le Piccole e Medie Imprese

EVENTI E MANIFESTAZIONI

- Seminari, convegni, iniziative promozionali sul territorio

FORMAZIONE PER LE IMPRESE

- Corsi per aspiranti imprenditori e per le Piccole e Medie imprese
- Formazione a distanza

Servizio Sviluppo dell'Impresa

e-mail: sviluppo dell'impresa@mi.camcom.it

Sede di Desio
Sede di Legnano
Sede di Monza

☎ 0362 480342
☎ 0331 428947
☎ 039 2807442

Rivista trimestrale di cultura, storia, politica ed economia
 Nuova Serie - Anno XIII- Numero 57
 Reg. Tribunale di Milano n. 47 del 7-2-1981
 Spedizione in abbonamento postale - 70% Filiale di Milano

ISSN 2038-2545

Direttore Responsabile: Fabrizio Garavaglia
Direttore Editoriale: Massimo Gargiulo

Redazione: Marco Cozzi, Elio Fontana, Silvana Lovati, Roberto Perotti, Fabrizio Berto Provera, Teresio Santagostino, Fabrizio Valenti

Coordinamento Editoriale: Ticino Comunicazione - Magenta

Hanno dato la loro disponibilità alla collaborazione:

Antonio Airò, Marco Aziani, Abele Baratté, Sergio Boroli, Angelo Caloia, Giovanni Cassetta, Vittorio Castoldi, Piercarlo Cattaneo, Gaetano Ceriani, Luigi Ceriotti, Walter Ceriotti, Massimo Colombo, Mario Comincini, Roberto Confalonieri, Adriano Corneo, Aurelio Cozzi, Achille Cutrera, Giuseppe De Tommasi, Gigi De Fabiani, Carlo Ferrami, Romano Ferri, Alessandro Grancini, Franco Grassi, Giuseppe Leoni, Alessandro Maggioni, Paolo Musazzi, Stefano Paganini, Francesco Prina, Carlo Ravazzani, Luigi Rondona, Luciano Saino, Silvano Santucci, Giuseppe Segaloni, Maurizio Spelta, Carlo Stoppa, Emanuele Torreggiani, Luciano Valle, Gianni Verga.

Editore:



Presidente: Ambrogio Colombo

Redazione ed Amministrazione: Via C. Colombo, 4
 20013 Magenta (MI) - Tel.-fax 029792234
www.quadernidelticino.it - quadernidelticino@fastwebnet.it

Prezzo di copertina: €5

Arretrati I^a serie : €7, numeri monografici: €10

Abbonamento annuo: €15, da versare su C.C.P. n. 14916209 intestato a:

Centro Studi Kennedy - Via Colombo, 4 - 20013 Magenta (Mi)
www.centrostudikennedy.it

Progetto grafico, impaginazione: Studio G

Via Novara, 27 - Magenta - Tel.-Fax 0236544423 - fgagora@tin.it

Stampa: OL. CA. Grafiche Magenta - Marzo 2006

Foto di copertina: Cortile interno dell'Istituto "Golgi" di Abbiategrasso

Il Centro Studi Politico-Sociali "J.F. Kennedy" detiene e tratta i dati relativi a ciascun socio - nome, cognome, qualifica, indirizzo e recapito telefonico - ai soli fini di attività associativa (invio di materiale informatico relativo alle nostre iniziative e della rivista i Quaderni del Ticino). Da parte di chi non è socio, il conferimento dei dati, utilizzato con identiche finalità, è facoltativo: è possibile in qualunque momento richiedere l'aggiornamento o la cancellazione, così come è possibile opporsi all'invio del materiale scrivendo al Centro Studi Politico-Sociali "J.F. Kennedy", Via Colombo 4, 20013 Magenta

• <i>Il Punto</i>	
Efficienza sanitaria e qualità della vitap.	4
di M. Gargiulo	
• <i>Obiettivo salute</i>	
Sanità e Territoriop.	10
di F. Garavaglia	
Arriva un nuovo Ospedale.	
Cosa cambia per i cittadinip.	13
di G. Santagati	
Sanità, la regione pianifica	
per il futuro prossimop.	25
di F. B. P.	
Sanità: pubblica o privata?p.	29
di E. Vignati	
Qualità e servizio sanitario:	
la nostra esperienzap.	42
di L. Parola, L. Ferrario, S. Santucci	
Presidi Ospedalieri di Legnano,	
Cuggiono, Magenta, Abbiategrassop.	48
di A. Introini	
Unità Territoriali di Assistenza Primaria:	
nuovi orizzonti per la medicina generale . .p.	56
di S. Ongaro	
Sanità e Comunip.	59
di F. Valenti	
Diamo voce ... alla sanitàp.	62
di D. Baroni	
Il medico di base che cambiap.	64
di D. Croce	
A colloquio con una coppia	
di medici magentinip.	66
di F. V.	

Il sociale rispetto alla problematica	
della sanitàp.	68
di A. Grancini	
La salute nei luoghi di lavorop.	71
di L. Todeschini	
Il volontariato, pilastro della	
sanità di emergenzap.	74
di F. Baiardo, M. Cozzi, F. Fiameni	
• <i>Le nostre contrade</i>	
La plurisecolare storia del Golgip.	83
di S. Lovati	
Il Golgi oggip.	91
di T. S.	
Giù 'l bot. Giù 'l risottp.	94
di Teresa Masperi	
• <i>Cultura del Ticino</i>	
La saga del Ticinop.	96
di R. Perotti	
• <i>Centro Kennedy</i>	
Quale Welfare per l'alloggio?p.	105
di F. Valenti	
Amintore Fanfanip.	108
Il ricordo di Piervirgilio Ortolanip.	110
Il cuore di tenebra del XXI secolop.	112
Una scia di graziap.	114
di S. Lovati	
C'è Africa e Africap.	118
di T. Santagostino	



Obiettivo salute

Efficienza sanitaria e qualità della vita

Il miglioramento della competitività delle imprese, per restituire slancio alla nostra economia, e il contenimento della spesa pubblica, per riportare sotto controllo il debito pubblico, costituiscono, al momento, le principali preoccupazioni del governo nazionale.

Riduzione del costo del lavoro, messa sotto controllo della spesa sanitaria e innalzamento dell'età pensionabile costituiscono i principali capitoli in agenda per il Presidente del Consiglio Romano Prodi e per il Ministro dell'Economia Tommaso Padoa-Schioppa.

Vediamo allora, nel caso della sanità, quale è la portata delle questioni sul tappeto.

Dal 1995 al 2004 la spesa sanitaria complessiva è cresciuta da 48.136 milioni di euro a 88.497 milioni di euro, attestandosi al 6,5% del PIL (Prodotto Interno

Lordo), confermando una dinamica evolutiva, comune del resto a tutti i paesi più industrializzati, superiore a quella del costo della vita. Considerando l'effetto dell'evoluzione demografica a causa dell'invecchiamento delle nostre popolazioni, alcuni commentatori prevedono un trend di crescita della spesa dell'1,8% medio annuo, superiore al tasso di crescita del PIL, ipotizzato all'1,5%.

Se poi consideriamo che già oggi la spesa pensionistica e assistenziale legata all'allungamento della qualità della vita è pari al 22% del PIL (dati 2005), non è necessario spendere altre parole per comprendere quale sia l'entità del problema per il presente e per l'avvenire.

La sanità dunque costituisce uno dei principali banchi di prova per le articolazioni istituzionali dello Stato sia per il per-

seguimento del benessere fisico, psicologico e sociale delle nostre popolazioni, sia per il miglioramento dell'efficienza della pubblica amministrazione nell'erogazione di un servizio primario del quale usufruiscono tutti i cittadini italiani e quanti sono ospiti a vario titolo del nostro Paese.

E' con l'attenzione rivolta alle problematiche presenti in questo scenario che abbiamo inteso affrontare il tema della tutela della salute delle popolazioni dell'Est Ticino e delle misure necessarie per rispondere sempre meglio alle sue esigenze presenti e future.

Ci siamo posti di fronte a questo tema senza pregiudizi, affrontandolo dalle diverse prospettive e dando spazio ad una pluralità di esperienze. Il nostro proposito è quello di contribuire ad accrescere il coinvolgimento degli operatori sanitari, delle istituzioni e delle forze politiche locali, della società civile e delle associazioni del volontariato sul tema della salute, a partire dalla prevenzione e dall'assistenza socio-sanitaria domiciliare.

La sanità è di fronte ad una duplice sfida: da una parte garantire attraverso prestazioni sempre più innovative ed efficienti un costante miglioramen-

to della qualità della vita, soprattutto nella terza e nella quarta età, dall'altra mantenere il costo complessivo del sistema sanitario compatibile con le risorse pubbliche e private disponibili.

Sfide che presuppongono che vi sia, assieme alla piena assunzione di responsabilità da parte degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale per garantire il massimo dell'efficienza del servizio e della qualità delle prestazioni, nel rispetto della deontologia professionale nella cura del malato, il concorso di tutte le espressioni della società civile.

Pensiamo ad esempio al ruolo che i mediatori culturali (insegnanti, educatori spirituali, mondo del volontariato ambientale e sportivo, ecc.) possono svolgere nei confronti dei giovani per l'adozione di corretti stili di vita, e quindi per la prevenzione dal fumo, dall'alcol, dalle droghe, dalle dipendenze e dai comportamenti pericolosi, dall'obesità, dalla sedentarietà, ecc.

Fatto sta che la salute va sempre più considerata un bene da tutelare collettivamente, attivando tutte le risorse di carattere economico e sociale, idonee a tale scopo, ma anche investendo le comunità locali delle proprie responsabilità.

Massimo Gargiulo

LA NAVIGLI, LA NAVIGAZIONE TURISTICA E' GIA' UN SUCCESSO

Successo? Non solo. La navigazione sperimentale dei Navigli è un autentico trionfo, che paradossalmente pone dei problemi insperati alla vigilia: dal 23 aprile ad oggi, ossia da quando le barche (per la prima volta in nove secoli di storia) hanno cominciato a solcare le acque del canale di Leonardo, si stima che almeno 15mila persone abbiano già richiesto di poter navigare. L'offerta di posti, tuttavia, non è ancora sufficiente: la navigazione andrà a regime nel 2007. Ciò non toglie che l'eclatante riscontro ottenuto, specie nella cosiddetta tratta 'delle delizie', ossia da Abbiategrasso a Magenta e Cuggiono, ha del clamoroso. In queste settimane la società consortile Navigli Lombardi è impegnata a





diffondere i contenuti della proposta: il Centro Prenotazioni risponde allo 0267020288 tra le 9.30 e le 13 e tra le 14 e le 18.30; il sito Internet è www.naviga-milano.it.

Lungo la linea 3, da Cassinetta di Lugagnano

a Cuggiono, si svolgono per ora minicrociere di 45 minuti a costi accessibili (da 5 a 10 euro, a seconda dell'età). Sono inoltre già disponibili escursioni per gruppi con visite guidate e trasferimenti, per gruppi da 14 a 40 persone, ad un prezzo complessivo oscillante tra 1000 e 1800 euro.

Dal canto suo Navigli Lombardi e Regione Lombardia stanno investendo molte risorse sul progetto. L'obiettivo di medio termine è quello di recuperare e sviluppare le vie navigabili con il loro patrimonio storico e culturale, mappando e



classificando quelle europee con un linguaggio comune per promuovere l'uso multifunzionale delle vie d'acqua coniugando funzioni turistiche, agricole, ricreative, culturali, ambientali ed economiche: è la proposta che l'assessore alla Casa e Opere Pubbliche della Regione Lombardia, Gianpietro Borghini, ha lanciato a favore dei Navigli durante il recente convegno "Vie navigabili d'Europa".

LA PARTECIPAZIONE ALL'EXPO ITALIA REAL ESTATE 2006

NAVIGLI, IMMOBILI E ... BELLEZZA

Innovazione, ma anche tradizione. Sviluppo, ma anche conservazione intelligente. Navigli Lombardi, la società consortile voluta da Regione Lombardia per la governance dei canali, ha partecipato all'edizione 2006 di Expo Italia Real Estate, che si è tenuta alla fiera di Rho dal 22 al 26 maggio, con un pacchetto di proposte che non hanno alcun precedente.

I TEMI: L'ENERGIA PULITA

Navigli Lombardi ha proposto anzitutto l'utilizzo della tecnologia a pompe di calore per la teleclimatizzazione di complessi immobiliari, che garantirebbe al gestore-proprietario una riduzione del 7-10% dei costi di gestione, nonché un deciso miglioramento dell'immagine aziendale. Navigli Lombardi si pone al servizio dei potenziali partner come consulente amministrativo-giuridico per il rilascio delle autorizzazioni necessarie alla realizzazione del progetto e come gestore del servizio idraulico (fornitura e recupero delle acque).

Navigli Lombardi sta inoltre lavorando alla riqualificazione di edifici storici (cascine, mulini, caselli idraulici, ville, borghi antichi) ed aree dismesse, accompagnata da un riutilizzo con finalità attuali dei beni.

LA GESTIONE INTEGRATA DI SPAZI MULTIFUNZIONALI

Navigli Lombardi vuole inoltre rispondere prontamente alle esigenze di enti locali, Fondazioni, associazioni ed aziende basandosi su una nuova logica di utilizzo di edifici e grandi spazi. In particolare nell'ambito dell'innovazione, della ricerca e della formazione e della cultura, integrate con attività imprenditoriali (ricettività o ristorazione, ad esempio) che permettano di sostenere il progetto complessivo dal punto di vista economico finanziario. In tale con-

testo Navigli Lombardi, data la sua peculiare caratteristica statutaria di governance leggera che coinvolge tutti i principali interlocutori istituzionali e privati, si pone come gestore di questi spazi, capace di coniugare i diversi interessi di tutti i soggetti coinvolti.

COSTI E BENEFICI

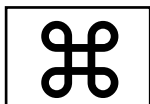
Ad alcuni costi ed oneri come quelli per il recupero, la ristrutturazione e per le necessarie concessioni (d'uso o di proprietà) fanno da ideale contraltare determinati vantaggi derivanti dallo sfruttamento degli immobili riqualificati (con principali utilizzi quali bed and breakfast, centri benessere, agriturismo, aree verdi). Tutto questo, ovviamente, senza venire meno al fondamentale equilibrio tra aspetti ambientali ed esigenze economiche.

OBIETTIVO INELUDIBILE, LA QUALITA'



Il carattere assolutamente innovativo della missione che Navigli Lombardi si è prefissa, la capacità di puntare esclusivamente su operazioni, progetti ed aspirazioni accomunate dall'obiettivo della qualità (negli insediamenti, nelle funzioni, nel ruolo da assegnare ad elementi architettonici di pregio) sono stati sino ad oggi l'elemento

più apprezzato e di successo che ha contraddistinto l'azione della società. Governare i processi di cambiamento che hanno investito il cuore pulsante della Lombardia, a livello produttivo ed economico, è possibile solo compiendo un passo deciso verso la cogestione pubblico-privato e l'aggressione dei nuovi mercati, ma anche mediante il mantenimento dell'identità peculiare e storica di un bacino territoriale che si candida a diventare l'esempio della più grande azione di rilancio economico ed organico mai compiuta in Lombardia.



Sanità e nuovo Welfare

Sanità e Territorio

Quando si è deciso, in Comitato di Redazione, di affrontare la questione 'sanità', la preoccupazione è stata forte. Da un lato, il rischio di utilizzare linguaggi ed argomenti troppo tecnicistici, da addetti ai lavori. Dall'altro, comunque, le difficoltà insite nel tema stesso, con la vastità di argomenti che è possibile trattare quando si parla di sanità (ospedali, malasanità, servizi sociali, ruolo delle pubbliche amministrazioni, utenza, ricerca e molto, molto altro ancora). La necessità, alla fine, di legare questa grande questione ai nostri territori. Quindi ci si è detti: parliamo pure di sanità ma legando strettamente gli argomenti trattati alle aspettative e alle potenzialità dell'Est Ticino. Ancora di più e meglio:

due le domande a cui cercare di fornire una prima, non esaustiva, risposta.

1. Mentre si parla di costruire un nuovo mega Ospedale a Legnano, che ne sarà dei quattro esistenti? E non solo in termini di strutture fisiche, di specializzazioni. Anche e soprattutto rispetto al ruolo che gli Ospedali di Abbiategrasso, Magenta e Cuggiono hanno sempre svolto nella vita sociale delle nostre comunità. La loro storia, il patrimonio che rappresentano.

2. In secondo luogo c'interessa capire qual'è oggi il ruolo delle nostre amministrazioni locali rispetto alle pianificazioni e programmazioni in campo socio-sanitario. A noi sembra sempre più marginale e insignificante. E' veramente così? C'è

la volontà di recuperare un rapporto stretto tra strutture sanitarie e territorio?

Di questo parliamo nelle pagine a seguire. Il lettore sappia che si tratta solo di una prima presa di contatto con il "mondo della sanità". Nel prossimo numero intendiamo riprendere l'argomento partendo da un altro punto di vista. Parleremo, nei Quaderni di fine settembre, della storia dei quattro ospedali, per ripercorrere e riscoprire il valore che, da sempre, queste strutture rappresentano per le nostre comunità. Tornare alle radici per saper decidere del futuro. Sentiremo anche i

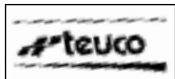
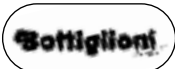
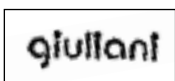
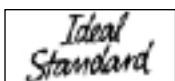
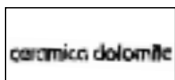
comuni che devono, assolutamente, riprendere l'iniziativa politica e far sentire la loro voce. Nel mezzo, alla ripresa dopo la pausa estiva, il Centro Kennedy intende organizzare un convegno su questi temi. Partire dalle prime indicazioni emerse da questo numero dei Quaderni per mettere a confronto, attorno ad un tavolo, gli stessi protagonisti che quotidianamente amministrano la sanità.

Mai come questa volta le pagine che seguono sono e vogliono essere lo stimolo per un fruttuoso dibattito.

Fabrizio Garavaglia



... DAL 1965



**IDRAULICA
RISCALDAMENTO
SANITARI
ACCESSORI PER BAGNO
ELETTRODOMESTICI...**

MANUTENTORE IMPIANTI CONVENZIONATO
CON LA PROVINCIA DI MILANO

Fratelli Colombo
di Luigi

20013 MAGENTA (MI)
Strada Boffalora, 9
Tel. e Fax (02) 97297674

Arriva un nuovo Ospedale. Cosa cambia per i cittadini

Premessa

Il 27 marzo scorso è stata posata la prima pietra del nuovo Ospedale di Legnano e da allora si sono certamente destate, presso i cittadini residenti, aspettative di incremento di quantità e qualità dell'offerta sanitaria su tutto l'ambito territoriale di competenza dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano" che, com'è noto, comprende, oltre all'Ospedale di Legnano, gli Ospedali di Magenta, Cuggiono ed Abbiategrasso.

Aspettative legittime e giustificate in quanto la Direzione Aziendale ha tracciato per tempo un grande disegno strategico che prevede un complesso programma di riqualificazione dell'offerta ospedaliera mirato a confermare e rafforza-

re questa Azienda come punto di riferimento ed eccellenza della rete ospedaliera regionale e nazionale.

In un sistema sanitario integrato a rete l'A.O. di Legnano garantisce e sempre più vuole garantire la completezza e la totalità delle cure oggi erogabili ai cittadini residenti così da rendere massima la loro libertà di scelta delle cure mediche.

Una precipua caratteristica che contraddistingue la mission di questa Azienda è quella di valorizzare le iperspecialità e di conseguenza tutta la diagnostica ad altissima tecnologia, nell'intento di garantire interventi e ricoveri di notevole complessità e prestazioni ad alta integrazione specialistica.

Nel 2005 l'Azienda Ospedaliera ha raggiunto un valore, di sola

produzione sanitaria, pari a 305.408.000 euro.

La tabella sottostante indica alcune delle voci di produzione disaggregate per stabilimento:

L'Azienda Ospedaliera di Legnano, oggi

Essa è composta da quattro Stabilimenti Ospedalieri:

- Stabilimento Ospedaliero di Abbiategrasso
- Stabilimento Ospedaliero di Cuggiono
- Stabilimento Ospedaliero di Legnano
- Stabilimento Ospedaliero di Magenta
- Poliambulatori territoriali: Busto Garolfo, Castano Primo, Corsico, Parabiago e Trezzano s/n

Le strutture sono organizzate in due aggregazioni gestionali:

- Presidio di Legnano-Cuggiono
- Presidio di Magenta-Abbiategrasso

Il territorio su cui direttamente gravitano le strutture è particolarmente vasto contando una popolazione globale di quasi 550.000 abitanti, con realtà socio-economiche molto variegata.

L'area è attraversata da importanti direttrici di traffico nazionali ed internazionali e confina con il polo aeroportuale di "Malpensa".

L'Azienda dispone di complessivi 1657 posti letto accreditati di degenza ordinaria e 119 posti letto di degenza in ciclo diurno D.H.

Il numero totale dei dipendenti al 31/3/2006 sono 3820 che rapportati a tempo pieno equivalgono a 3632,12.

AO Ospedale Civile di Legnano

Produttività Stabilimenti Ospedalieri
ANNO 2005

Stabilimento	Numero di					TOTALE
	Ricoveri Ordinari	Accessi Day Hospital	Prestazioni Pronto Soccorso	Prestazioni Ambulatori Ospedaliari	Prestazioni Ambulatori Territoriali	
Magenta	17.350	12367	162.130	1.222.316	58888	1.465.720
Abbiategrosso	4.037	5405	67.581	414.464	9307	496.788
Legnano	23.277	20463	252626	1.533.772	45715	1.852.476
Cuggiono	4.652	6312	83691	517.379	7089	613.771
TOTALE AO	49.316	43.568	565.228	3.687.950	120.999	4.418.755

Nuovo ospedale

In questo processo riorganizzativo il nuovo Ospedale di Legnano verrà dotato di 550 posti letto e di apparecchiature molto sofisticate e moderne a valenza aziendale per diagnosi e cura. Questo Ospedale sarà solo per acuti e svolgerà un ruolo molto importante nell'urgenza e nella diagnosi e cura di moltissime patologie ad altissimo costo e ad elevata integrazione specialistica. Le alte specialità verranno potenziate in modo ottimale per dare adeguata risposta alle esigenze di un territorio che va oltre l'ASL Provincia di Milano 1.

Un esempio di realizzazione importante sarà il *Politrauma center*, funzionante 24h. su 24 di valenza sovraziendale, che potrà garantire per un bacino

d'utenza di un milione e mezzo di abitanti le urgenze traumatiche e la massima integrazione di specialisti per politraumi gravi nelle ore notturne. Il budget di attività dovrà essere aumentato perché il servizio verrà espletato anche da ortopedici di altre aziende visto che servirà più di un milione di abitanti, dovrà svolgere anche una consistente attività di Day Surgery e Day Hospital, nonché un numero di prestazioni ambulatoriali più elevato.

Riordino altri ospedali

Nel predetto grande disegno strategico trova collocazione, accanto alla realizzazione del nuovo ospedale, un progetto riorganizzativo di ampio respiro mirato alla ridefinizione della mission di ogni struttura

ospedaliera aziendale allo scopo di aggiornare e coniugare la migliore risposta ai cittadini residenti malati con l'ottimale utilizzo delle specifiche risorse, in questo clima di grande turbolenza e di altrettanto stimolo, dovuto all'incessante evolversi della medicina.

Presso gli altri Ospedali sarà potenziata l'attività chirurgica programmata, l'area medica e l'area di riabilitazione.

Obiettivo importante e perseguibile è quello di ridistribuire, come già in parte avviene, le nostre attività in tutti gli ospedali aziendali mediante la mobilità dei nostri specialisti quali per esempio il chirurgo vascolare, il reumatologo, il neurologo, l'oncologo, l'oculista, il ginecologo e il pediatra.

Il costante miglioramento di efficienza, derivante da una politica a piccoli passi, porterà ad un aumento delle attività e della qualità delle stesse.

Fughe

Secondo gli ultimi dati disponibili il 60% dei cittadini residenti sceglie strutture della nostra Azienda, mentre quasi la totalità dei cittadini che optano per altri enti si rivolgono principalmente all'Ospedale di Busto

Arsizio, alle cliniche Mater Domini e Santa Maria di Castellanza, agli ospedali milanesi e della provincia di Pavia.

Le strutture private di Milano hanno avuto un potere di attrazione prevalentemente sul distretto di Corsico, principalmente per le aree di Ortopedia, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Oculistica.

L' A.O. di Busto Arsizio richiama utenti soprattutto dai Distretti di Legnano e Castano, con una percentuale significativa per i ricoveri di Ostetricia.

Le Cliniche Mater Domini e Santa Maria operano sui distretti di Legnano e Castano, con prevalenza per i ricoveri chirurgici nelle aree di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Oculistica, Ortopedia.

Le strutture della provincia di Pavia, comprensive degli ospedali pubblici e privati, incidono sul bacino di utenza dei Distretti di Abbiategrasso e Magenta pressoché per tutte le attività omogenee, con percentuali rilevanti (in quanto più alte della distribuzione media) sulle aree di Oncologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Urologia.

In generale si può affermare

che la maggior parte di questi pazienti che si sono rivolti ad altre strutture, a parte le grandi patologie per le quali è d'obbligo ricorrere ad Ospedali sovraordinati a quelli di quest'Azienda, hanno un peso clinico di ricovero medio basso.

Attrazione, progetto riorganizzativo

Nei prossimi cinque anni l'Azienda Ospedaliera di Legnano progressivamente riuscirà a recuperare molte patologie che attualmente vengono trattate in altre A.O., ma anche ad aumentare l'attrazione sia di cittadini residenti al di fuori del proprio territorio di competenza, sia di cittadini provenienti da altre ASL/Regioni.

Questa azione centripeta verso l'A.O. sarà favorita dai seguenti fattori:

- creazione del nuovo Ospedale di Legnano
- ristrutturazione o la costruzione di nuovi edifici in via di ultimazione presso gli Stabilimenti di Abbiategrasso e Magenta, con miglioramento del comfort alberghiero
- cambiamenti organizzativi volti a garantire percorsi più veloci e semplificati ai cittadini in ambulatori integrabili

- attivazione di una oculata politica delle risorse umane mediante lo spostamento di parte dei costi per personale amministrativo verso l'area assistenziale oltre ad una acquisizione di nuove risorse ad elevata specializzazione

- semplificazione dei processi produttivi, supportati da una sofisticata rete informatica, volti a migliorare la centratura della mission della struttura e conseguente snellimento degli organici

- miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni erogate

- pianificazione mirata di acquisizione e di utilizzo delle attrezzature ed apparecchiature, soprattutto ponendo grande attenzione a quelle di elevata tecnologia.

Un'opera certamente importante è la costruzione di un Servizio di Radioterapia presso lo Stabilimento di Magenta dotato di due acceleratori lineari. Questa richiesta è stata inoltrata in Regione in accordo con l'ASL per offrire un servizio indispensabile, attualmente non presente sul territorio dell'ASL (un milione di abitanti).

Per il raggiungimento del pareggio di bilancio ed il



potenziamento delle attività in base alla domanda, e' necessario che la Regione Lombardia provveda a garantire una ridistribuzione del budget di attività e quindi delle risorse necessarie per ogni Azienda.

Incremento dell'appropriatezza del ricovero

Il sistema ospedaliero attuale offre diversi regimi di cura, alcuni dei quali in fase di realizzazione, ed innovativi come di seguito:

- Attività ambulatoriale
- Day service
- Day hospital
- Ricovero ordinario "per acuti"

- Ricovero in area riabilitativa
Il Medico di Medicina Generale, gli specialisti ambulatoriali ed il Pronto Soccorso concorrono ad un corretto utilizzo della vasta gamma dell'offerta aziendale e quindi ad una sempre maggiore appropriatezza del ricovero ordinario, che attualmente assorbe la maggior quantità di risorse.

In tale ottica a breve saranno potenziati sia il pronto Soccorso sia il DEA con l'area di osservazione breve intensiva che contribuirà ad incrementare l'appropriatezza dei ricoveri al di là dei risultati finora raggiunti.

Progetto aziendale riabilitazione

Sarà attivato il progetto aziendale che prevede il consolidamento e lo sviluppo di un'offerta articolata che comprende la riabilitazione specialistica (unità spinale e neurologica a Magenta), la riabilitazione generale e geriatrica ad Abbiategrasso e Cuggiono e la riabilitazione di mantenimento a Cuggiono.

Nel lungo periodo, anche a Legnano negli edifici del Dipartimento Materno Infantile, lasciati liberi dopo il trasferimento dell'attività nel nuovo ospedale, potrà svilupparsi un'attività riabilitativa geriatrica e di mantenimento da integrarsi con il vicino S. Erasmo.

All'Ospedale di Cuggiono dove già opera un'attività riabilitativa specialistica cardiologica, si verranno a creare le condizioni ideali, una volta realizzato completamente il progetto con la riabilitazione generale geriatrica e di mantenimento, per completare la gamma di offerta sviluppando un sistema di minialloggi con badante condivisa e servizi centralizzati che incrociano perfettamente lo spettro dei bisogni dell'età

avanzata, accompagnando con il minor trauma i soggetti anziani e soli sul percorso della graduale perdita di autosufficienza.

L'implementazione di una efficiente offerta riabilitativa produrrà, tra gli altri, anche il vantaggio di ridurre la durata della degenza del ricovero per acuti, attualmente prolungata dall'offerta insufficiente di posti letto di riabilitazione, incrementando l'efficienza del sistema.

Integrazione medici specialisti ospedalieri - medici di medicina generale

Bisogna riconoscere che molto rimane da fare sul fronte della comunicazione fra ospedale e territorio e del dialogo fra medici. Dovrà essere superata l'immagine dell'ospedale "torre d'avorio", inaccessibile e aprire l'ospedale avviando un forte interscambio con il territorio.

Al fine di perseguire la massima integrazione fra medici di medicina generale e medici specialisti ospedalieri e garantire la continuità del percorso di cura, sarà favorito e sollecitato l'accesso del medico di medicina generale all'ospedale ove potrà concorrere alla diagnosi e alla cura del proprio paziente.

L'obiettivo è evitare la ripetizione di esami, la mancanza di continuità tra i diversi atti, l'eccessiva variabilità delle decisioni, la scarsa attenzione agli esiti massima nei pazienti fragili con polipatologie: fattori che contribuiscono a confondere il paziente e a disorientarlo rispetto alla qualità delle cure che riceve e ciò che realmente giova alla sua salute.

I medici di medicina generale, per esempio, potranno eseguire in ospedale indagini diagnostiche (es. ecografie) alla presenza di medici specialisti, così come i medici specialisti ospedalieri si recheranno presso gli ambulatori di medicina generale associati (medicina di gruppo) per consulti su una casistica selezionata.

Da questo processo integrativo più stretto deriverà senza dubbio un arricchimento culturale e professionale di entrambe le parti a tutto beneficio del paziente e del sistema sanitario.

Il nuovo ospedale di Legnano sarà quindi concepito per permettere ai medici di famiglia di seguire i propri assistiti, alle informazioni di essere elaborate in forma integrata, ai pazienti e loro parenti di riconoscere

l'unitarietà del percorso sentendosi in ogni istante rispettati nella loro unicità.

La facile "leggibilità" degli interni dell'ospedale, la presenza di luoghi per incontri tra operatori dell'ospedale e gli operatori del territorio, la presenza di sale attrezzate per videoconferenze dove si possano anche svolgere pratiche di telemedicina sono tra i provvedimenti che i progettisti dovranno adottare per rendere concreto l'inserimento dell'ospedale nel territorio.

Quale Ospedale per il futuro

L'importanza dell'ospedale in tutte le nazioni ed in particolare quelle a più alto reddito è dimostrata dal dibattito che a livello politico culturale e tecnico viene sviluppato in molti contesti.

Il periodo storico nel quale il nuovo ospedale di Legnano si propone come occasione per un importante sforzo di qualità coincide con l'intensificarsi delle iniziative che affrontano il tema dell'ospedale del futuro.

L'ospedale oggi più che in passato è al centro dell'attenzione di politici, imprenditori, sanitari e della comunità perché l'ospedale :

- ha tuttora un ruolo storico fondamentale non solo nel sistema sanitario ma anche nella vita quotidiana

- usa ingenti risorse finanziarie ad esso dedicate sia sul totale della ingente spesa sanitaria sia in valore assoluto

- mantiene un ruolo sociale e culturale molto forte, fa parte dell'esperienza di quasi tutte le famiglie, attrae grandi interessi, contribuisce alla ricerca e quindi all'evoluzione del sapere, coinvolgendo più facoltà universitarie

- costituisce un elemento fondamentale nella definizione del tessuto urbano e rurale

- è spesso l'impresa di maggior dimensioni presente sul territorio

- è per definizione il luogo della tecnologia più avanzata; infatti tutti i progressi di questo settore finiscono per interagire coinvolgendo moltissime industrie ed esperti.

Non ci sono risposte certe, nel dibattito di quale dovrà essere l'ospedale del futuro in un territorio così importante come quello di Legnano: molte persone sono chiamate a contribuire a questo confronto con argomentazioni che possono essere le più disparate.

L'ospedale tuttavia ci interroga e pretende delle risposte ad



alcune domande essenziali:

- quanti e quali letti devono essere assegnati ad un ospedale? La tendenza misurabile nei Paesi sviluppati è chiara: nel decennio 1986/1995 i posti letto per acuti in ospedale sono diminuiti drasticamente:

- in Olanda da 4,7 a 3,9
- in Svezia da 4,5 a 3,1;
- in Canada da 4,4 a 3,6;
- nel Regno Unito da 2,6 a 2,0
- in Italia da 6,3 a 5,3.

La recente legislazione ha stabilito uno standard di posti letto dagli attuali 4,5 a 3,5 ogni 1.000 abitanti, quindi in linea con i parametri europei;

- piccolo è bello o grande è efficiente ed efficace? La convinzione che solo ospedali di opportuna dimensione, tra 400 e 600 posti letto, siano in grado di ottimizzare tutti gli aspetti funzionali dell'ospedale più volte viene messa in discussione. Da un lato si enfatizza l'importanza dell'ospedale vicino alla comunità, dall'altro si dichiara che certe economie di scala si possono realizzare solo con strutture grandi;

- l'ospedale diventerà sempre più un centro diurno funzionante solo 5 giorni alla settimana? Indubbiamente la tendenza verso uno spostamento di atti-

vità sanitarie che si risolvono nell'arco del giorno è in continua crescita. D'altra parte il crescere della complessità delle tecnologie impone a volte la necessità di diversi giorni per poter sviluppare completamente un percorso diagnostico - terapeutico individualizzato. Alcuni autori ipotizzano una razionalizzazione del quesito fino alla distinzione tra ospedali diurni e ospedali in regime di degenza continua. Nel momento in cui si sta progettando il nuovo ospedale questo dilemma è particolarmente delicato;

- qual è la modalità per retribuire il servizio prestato dall'ospedale? Questo quesito non ha ancora una risposta anche se certamente in futuro saranno sempre più differenziate le modalità di remunerazione in base sia alla complessità delle patologie trattate sia a quella dell'organizzazione che la eroga.

Pur di fronte ad un dibattito aperto si possono cogliere segni interessanti che, se osservati con attenzione, danno forti indicazioni di prospettiva. Come già detto la riduzione dei posti letto, le trasformazioni degli stessi da degenza continuativa a degenza diurna, la

trasformazione di posti letto per la riabilitazione e la lungo degenza, sono tutti indicatori che mettono in discussione la centralità del posto letto come metodo di misurazione dell'ospedale.

Lo sviluppo di progetti innovativi che pur avendo al centro l'ospedale, introducono concetti molto interessanti deve essere osservato con attenzione nel momento in cui si pensa al nuovo ospedale. Il fatto che il nuovo ospedale europeo di Parigi "G. Pompidou" sia stato dotato tutto di camere singole, idonee quindi a ricevere sia il paziente sia il parente/amico accompagnatore, propone un'interpretazione del rapporto tra individuo ed ospedale completamente nuovo. Si va verso un ruolo di reale protagonista da parte del paziente.

La realizzazione del nuovo ospedale di Legnano, come struttura integrata nel contesto cittadino, inglobando parti ricreative e commerciali, costituirà uno degli elementi essenziali nel processo di umanizzazione e svolgerà un ruolo fondamentale completando la filosofia della Legge Regionale n. 31, puntando prima sull'integrazione fra i vari Stabilimenti

dell'Azienda e successivamente sull'interazione con le altre Aziende Ospedaliere, i medici di medicina generale - pediatri di libera scelta e le attività sanitarie e socio-sanitarie esistenti sul territorio.

Un quadro così complesso può essere interpretato come una grande sfida a cui sono chiamati gli ospedali di oggi ma soprattutto di domani. Una sfida che vede coinvolti più attori sia pubblici sia privati per garantire

- una gestione ed organizzazione sempre più complessa ed interagente a più livelli e coinvolgendo, in modo sempre più sofisticato, più professionalità, esperti e ricercatori

- lo sviluppo delle tecnologie, un uso appropriato delle stesse

- ogni potenzialità dell'informaticizzazione e della robotizzazione; basti pensare che la sola digitalizzazione di ogni tipo di informazione medica, immagini comprese, significa la trasferibilità in qualsiasi punto dell'Azienda della disponibilità istantanea delle informazioni a vantaggio della cura del malato con risparmio notevole di tempo, di personale e di strutture attrezzate rispetto al metodo tradizionale

- una risposta adeguata alla trasformazione della struttura demografica ed etnica delle nostre società

- un'attenzione ai nuovi scenari diagnostici terapeutici e di medicina preventiva rispetto ai risultati sempre più significativi legati alla ricerca sul genoma umano; lo sviluppo in questo settore porterà a terapie individualizzate, diagnosi ultra precoci, inutilità di molti strumenti diagnostici oggi essenziali.

Conclusioni

E' quindi impossibile descrivere l'ospedale per il futuro? Certamente no se si riesce a prospettare un Ospedale molto flessibile nella struttura e nell'organizzazione e che sappia adattarsi ai cambiamenti continui. Questa Direzione pensa di riuscire a far percepire il modello di Ospedale suggerito e quali caratteristiche essenziali lo stesso debba avere per essere moderno e competitivo. Le dimensioni e le caratteristiche organizzative e tecnologiche del nuovo ospedale di Legnano ne faranno un organismo ospedaliero di primaria importanza, situato come è al centro di un amplissimo territorio tra Milano e Varese .

La scelta del luogo del nuovo insediamento è stata particolarmente felice visto che verrà realizzato in un area a bassa densità abitativa, confinante con il parco Altomilanese e abbastanza vicina alla stazione ferroviaria ed alle principali vie di transito.

A conclusione si può dire che l'Ospedale nuovo di Legnano è stato ideato come si è detto per il trattamento di pazienti acuti, molti dei quali necessitano di una elevata complessità e di un grado di interdisciplinarietà ed integrazione polispecialistica molto ben inserito con le altre strutture in una rete territoriale, non solo aziendale, molto articolato, rassicurante, a misura di utente

La decisione della Direzione Strategica di contenere il numero di letti del nuovo ospedale, in coerenza con la sua mission, mostra la volontà di valorizzare tutte le strutture ospedaliere aziendali aumentando la qualità e la diversificazione dell'offerta a tutti i cittadini residenti.

Prof. Dott. Giuseppe Santagati
*Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera
"Ospedale Civile di Legnano"*

Via libera al Piano 2006-2008

Sanità, la regione pianifica il futuro prossimo

Efficienza, efficacia, ammodernamento, consolidamento delle eccellenze. A quasi dieci anni di distanza dal varo della Legge 31, che ha ridisegnato in maniera integrale l'offerta dei servizi sanitari ed ospedalieri nel loro complesso, la Regione Lombardia ha varato nelle scorse settimane, su proposta degli assessori alla Sanità Alessandro Cè e alla Famiglia e Solidarietà Sociale, Gian Carlo Abelli, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2006-2008, che passa ora all'esame della competente Commissione del Consiglio regionale. Si tratta della versione già integrata con le osservazioni raccolte durante le consultazioni con le associazioni che operano in campo

socio-sanitario (ANCI, UPL, UNCEM, sindacato, imprenditori, Terzo Settore), svoltesi nei mesi successivi alla presentazione della prima bozza di PSSR avvenuta a marzo 2006. "E' un buon Piano, caratterizzato da un forte impianto federalista - ha dichiarato l'assessore Cè - grazie all'individuazione

di chiari percorsi di coinvolgimento di enti locali e realtà territoriali. In particolare il Piano rivolge un'attenzione particolare al ruolo rivestito in questo ambito sia dal Terzo Settore che dalle famiglie. Altri punti qualificanti del PSSR approvato sono la creazione di un'Agenzia Regionale dell'Emergenza-Urgenza, che servirà da cabina di regia per

ottimizzare i servizi di Pronto Soccorso - ha spiegato Cè - e l'istituzione di un Centro Unico di Prenotazione a livello regionale, in modo da abbassare ulteriormente i tempi delle liste d'attesa.

Abbiamo voluto porre al centro del sistema sanitario gli operatori, l'unico modo per garantire un'alta qualità degli stessi e quindi un'alta qualità dei servizi erogati dalle strutture lombarde - ha aggiunto ancora l'assessore -. Voglio infine ricordare l'importanza attribuita dal PSSR alle mamme e ai bambini, alla creazione di centri territoriali di riferimento per i malati psichiatrici aperti 24 ore, oltre naturalmente alla prevenzione e all'educazione a tutti i livelli".

Confermata la volontà di raccordare il sistema dei servizi sanitari a quelli di natura socio-assistenziale.

"In materia sociale e socio-sanitaria le azioni cardine saranno incentrate sulla famiglia, unità attorno alla quale sarà ridisegnato il sistema dei servizi alla persona - ha dichiarato l'assessore Abelli.

Riteniamo importante identificare come prioritarie tre linee

di intervento: innanzitutto quella della promozione e della tutela della famiglia quale portatrice di bisogni che vanno sostenuti e rispetto ai quali si vuole garantire un sistema di servizi qualificato e competitivo. In questo contesto si inserisce anche la previsione di un Fondo Regionale per la non autosufficienza, individuato in relazione a quanto verrà determinato a livello nazionale. Verranno inoltre promosse azioni per favorire la coesione sociale e fronteggiare le nuove emergenze, attraverso l'attivazione di energie e risorse presenti nella comunità - ha aggiunto Abelli -. In particolare verranno realizzate sperimentazioni nei quartieri ad alto rischio di degrado abitativo e sociale e verranno sviluppati interventi per favorire la collaborazione fra le associazioni del territorio e le istituzioni. In questo contesto verrà inoltre potenziato il settore del non profit e dell'impresa sociale, quale nuovo soggetto giuridico in grado di coniugare l'attività economica con la finalità sociale".

F.B.P.

IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE IN PILLOLE

PREVENZIONE

Il potenziamento dell'attività di prevenzione è considerato uno strumento efficace per arrivare a una completa revisione di tutta l'opera attualmente svolta dal Servizio Sanitario Regionale sia a livello medico che veterinario. In particolare verranno privilegiati i piani di prevenzione nei singoli settori (tumori, diabete, tabagismo, malattie infettive) puntando a una loro integrazione e aumentando allo stesso tempo le risorse disponibili.

EMERGENZA-URGENZA

Viene prevista un'Agenzia regionale ad hoc, una struttura tecnico-organizzativa articolata sul territorio che avrà come compiti quelli di programmare l'attività di emergenza-urgenza a livello regionale, definire i requisiti professionali per gli operatori del settore, gestire le reti radiotelefoniche. In più è prevista l'istituzione di un "numero verde unico" (118) che si assuma il ruolo di collettore di tutte le richieste di intervento provenienti dal territorio lombardo, in modo da smistare i pazienti nelle strutture più appropriate, a seconda anche del livello di emergenza.

ASSISTENZA CONTINUA

Il Piano prevede il potenziamento della continuità assistenziale, predisponendo tra l'altro una formazione regionale specifica per gli operatori. L'obiettivo è quello di arrivare a un riordino del sistema attuale per avere il miglior rapporto tra risorse investite e servizio erogato.

I TEMPI DI ATTESA

L'obiettivo del Piano è quello di mettere in rete tutti i centri di prenotazione delle singole ASL, fino ad arrivare a un Centro Unico di Prenotazione a livello regionale, improntato alla massima trasparenza e tracciabilità, così da abbattere ulteriormente i tempi di attesa per le prime visite e per i follow-up.

TELEMEDICINA

Viene previsto un ampio utilizzo delle tecnologie biomedicali e dell'informazione (ICT) in sanità, sia come servizi di "second opinion" specialistica indirizzata ai medici di base che di diagnosi e consulto a distanza o di gestione e monitoraggio di malati cronici.

LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Consci della grande importanza del settore materno-infantile, il Piano prevede l'integrazione stretta tra tutte le figure professionali che operano nel cosiddetto "percorso nascita". La Regione ha intenzione anche di ridurre il numero di parti

cesarei inappropriati, promuovendo e informando le mamme in merito al parto naturale.

ACCOGLIENZA

Un'attenzione particolare viene riservata all'accoglienza dei pazienti nelle strutture sanitarie. Soprattutto si vuole agevolare il ricorso a visite ed esami negli orari della giornata più adeguati a chi lavora.

Verranno quindi sfruttate fasce orarie oggi poco considerate, come il tardo pomeriggio dopo le 16, il sabato e la domenica mattina. I call center dovranno invece essere operativi dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20 e, insieme ai CUP, agli Uffici informazioni e agli URP, dovranno supportare e accompagnare il paziente in tutto il percorso sanitario.

PSICHIATRIA

Il Piano prevede la nascita di Centri territoriali di riferimento, a disposizione 24 ore al giorno come supporto ai pazienti e ai loro familiari per qualsiasi evenienza.

OSPEDALI SENZA DOLORE

E' prevista la nascita, presso ogni struttura sanitaria, di un Comitato ad hoc (COSD) che avrà il compito di inserire in cartella clinica una registrazione costante dei livelli di dolore del paziente, di definirne i criteri per il trattamento, di consentire l'utilizzo adeguato di oppiacei e analgesici, nonché di prestare attenzione particolare al dolore pediatrico e al dolore nel parto.

FAMIGLIA E AUTOSUFFICIENZA

Il Piano prosegue nella valorizzazione della famiglia come centro del proprio sistema di welfare. In quest'ottica, è previsto il potenziamento dell'assistenza domiciliare e, per quanto riguarda la necessità di affrontare in maniera integrata il problema della fragilità familiare, l'istituzione di un Fondo per la non autosufficienza.

OSPEDALE DI COMUNITA'

Verranno promossi progetti pilota in tal senso con la collaborazione delle ASL competenti. L'ospedale di comunità può rappresentare infatti un valido strumento per tutti quei malati affetti da patologie non particolarmente gravi, ma che vivono in solitudine. Si tratterebbe quindi di una modalità assistenziale a metà strada tra l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali per anziani e gli ospedali.

TELEFONIA SOCIALE

Lo scopo del PSSR è quello di garantire assistenza, attraverso un numero verde attivo 24 ore al giorno, a tutta la popolazione lombarda over 65 (aiuto e manutenzione domestica, interventi socio-sanitari a domicilio).

Sanità: pubblica o privata?

Se è immediato e intuitivo utilizzare il termine “pubblico”, scrivere o parlare di sanità “privata” cosa significa propriamente?

Per esempio in Lombardia: cosa si intende per “privato”, dove termina il servizio “pubblico”?

A dire il vero, tutti concordano sul fatto che “strutture private propriamente definite” cioè quelle che curano solo ammalati che pagano direttamente e di tasca propria sono davvero poche. Le Altre -dico tutte le altre- sono “accreditate”: ricevono cioè dal Servizio Sanitario Nazionale gli stessi rimborsi a prestazione che ricevono gli Ospedali (pubblici, per intenderci). Vale a dire che alcune Strutture organizzate e accreditate operano per conto del Servizio Sanitario a fianco degli Istituti pubblici.

C'è poi differenza tra i

“Privati”?

Ebbene sì! Esiste il cosiddetto “profit” e “no-profit” che potrebbe segnatamente separare il “privato-privato” dal resto cioè dal “non pubblico senza scopo di lucro”.

In fondo: a Chi serve questa semplice o tecnica distinzione?

Se lo è posto correttamente il prof. G.Remuzzi sul Corriere della Sera un po' di tempo fa: agli ammalati preme forse sapere chi eroga un Servizio? oppure interessa loro prioritariamente che siano curati davvero bene?

Allora il dibattito sanità pubblica/sanità privata è di natura politico, cioè sociale e cultur-ideologico: perché e quando “privato”, perché e quando “pubblico”?

I criteri di efficienza, tempestività e flessibilità a volte non albergano nel settore pubblico, così è facile comprendere

il nascere e il consolidarsi di reale “competizione” con soggetti erogatori di natura privatistica.

Questi ultimi tuttavia non servono solo a fronte di carenze del pubblico; credo infatti che la sanità privata possa davvero essere uno “stimolo” anche per il settore pubblico così come le competenze della prima si dovrebbero poter integrare con quelle degli Ospedali pubblici vincolando il sistema alle regole dell'evidenza scientifica.

Questo porterebbe sicuramente ad evitare duplicazioni di prestazioni (esami strumentali, visite specialistiche, consulti ripetuti) con conseguenti incrementi di costi e con lievitazione del numero di accertamenti che potremmo definire inutili ancorché eseguiti a pochi chilometri di distanza tra varie strutture di diversa natura giuridica.

In effetti, il sistema di finanziamento della Regione è “a prestazione” cioè l'Ospedale pubblico o privato che sia è pagato dal Sistema Sanitario non più a piè di lista (cioè in base ai costi generali sostenuti

dall'Ente), ma per le prestazioni effettivamente erogate ai Cittadini i quali possono accedere liberamente agli uni o agli altri.

E questo mi soddisfa perchè sono i Cittadini che rivolgendosi all'Ospedale pubblico o privato determinano il pagamento delle prestazioni che usufruiscono cioè sono loro che convogliano risorse agli uni o agli altri. Così operando, non dovrebbero esserci più finanziamenti decisi a priori avvantaggiando gli uni o gli altri in quanto le risorse economiche pubbliche seguono i pazienti e non viceversa.

La Riforma disegnata al Pirellone è in effetti un modello di assistenza sanitaria di un Paese libero fondato chiaramente sulla divisione tra chi acquista le prestazioni sanitarie (le ASL) e chi eroga i servizi (Ospedali, Istituti e Cliniche), ma anche (e soprattutto) sul principio della pluralità degli enti erogatori.

L'obiettivo proclamato è di permettere al Cittadino una totale libertà di scelta, ridisegnando il monopolio della gestione pubblica con la pos-



sibilità di garantire meglio, attraverso una completa concorrenzialità, sia il controllo dei costi sia la qualità delle prestazioni.

Così, tra il 1995 e il 1997 la Regione Lombardia ha concesso l'accreditamento al Fondo Sanitario Nazionale a tutte le Strutture private, vecchie e nuove che l'hanno richiesto e in possesso di precisi requisiti tecnici. I nuovi posti letto creati nel privato durante questo periodo sono stati circa 2.000, con un aumento percentuale del 27 per cento: nello stesso perio-

do di tempo i letti delle strutture pubbliche hanno subito una contrazione dell'11 per cento. Questo andamento complessivo ha modificato in Lombardia il rapporto tra pubblico e privato.

Sono fermo sostenitore che la buona sanità è una sfida che richiede approcci sempre nuovi, fuori da preconcetti ideologici. D'altra parte, l'ideologia dell'intervento pubblico come fornitore diretto di servizi di utilità collettiva è da tempo in declino e non solo per mancanza di fondi. Si aggiunga poi che oggi la

comunità è e deve essere in grado di prendersi cura di sé stessa e che, in questa prospettiva ispirata ad una sussidiarietà che valorizza le risorse della società civile senza contrapporle al ruolo delle Istituzioni pubbliche, la cooperazione quale relazione tra soggetti pubblici e privati può trovare grandi possibilità di reale impiego.

La sussidiarietà è, dunque, quello sconfinato principio di organizzazione socio-politica secondo cui occorre partire dal primato delle formazioni della società civile: famiglie, comunità locali, associazioni di lavoratori, cooperative, ecc., le quali devono poter agire per libera scelta, secondo un'ispirazione solidale a vantaggio del solo bene comune.

Il primato di queste formazioni della società civile è innanzitutto storico, in quanto ormai da diversi secoli la tradizione sociale nel nostro Paese ha generato opere di assistenza, ospedali, opere culturali fatte proprio da aggregazioni di persone a servizio di altre persone.

Alla fine dell'800 il movimento cattolico, quello operaio, una tradizione laica di piccole e medie imprenditorie hanno generato banche, imprese, mutue nei vasti campi dell'operare umano.

Il movimento cooperativo (inizialmente quasi tutto del solo comparto sanitario), le università, gran parte del mondo creditizio, l'intero sistema dell'assistenza sociale ai bisognosi devono la loro esistenza al fatto che sono stati creati da formazioni sociali e comunitarie, da organizzazioni laiche e cattoliche sorte autonomamente e che hanno dato vita ad iniziative finalizzate a rispondere al vero bisogno umano.

Oggi nel nostro Paese il sociale vive una situazione paradossale, schiacciato da una parte dagli antistorici tentativi egemonici dello Stato e dall'altra dalle spinte di un mercato, almeno in alcuni settori, poco o non controllato; da una parte c'è l'intromissione dello Stato che vorrebbe esercitare ancora il monopolio sulle risposte ai bisogni sociali, dall'altra l'invadenza di un

mercato che vorrebbe mercificare tutti i rapporti e tutte le risposte ai bisogni.

Ogni volta che vogliamo allentare il cappio statalista per l'evidente vantaggio degli utenti cittadini e lavoratori - e l'esempio è proprio nel campo della sanità come pure della scuola, del mercato del lavoro e della costruzione e gestione delle infrastrutture - noi rischiamo di sperimentare reazioni che sono dovute a rigidità ideologiche oppure alla voglia di difendere interessi corporativi consolidati.

Nella Regione guidata dal Presidente Roberto Formigoni si è cercato in questi anni di cambiare alcune regole secondo la linea della sussidiarietà verticale, ma anche e soprattutto orizzontale, prendendola non soltanto come principio ispiratore, ma come concreto metodo di azione per realizzare la piena libertà e il pieno sviluppo della compagine sociale.

Questa della sussidiarietà è un'impostazione che, se ben governata, non solo non pregiudica la qualità dei servizi erogati, ma anzi può incre-

mentarla agendo su tre aspetti che incidono sulle criticità del sistema attuale: contenimento della spesa pubblica e la sua qualificazione, appropriatezza delle prestazioni, soddisfazione del bisogno.

E in sanità questi sono tutti temi importanti. La qualità è, a mio avviso, strettamente legata alla restituzione all'utente, alla persona, della sua sovranità con il rispetto delle specificità di ciascun ambito.

Chi ha bisogno di assistenza e di sanità deve stare al centro del sistema. Il cittadino non può essere considerato un soggetto minore che deve limitarsi a manifestare uno stato di disagio che poi altri interpretano e risolvono a modo loro; non sta scritto da nessuna parte che il bisognoso, i suoi familiari siano tenuti a delegare alla Istituzione ogni scelta relativa alla soluzione del loro problema. Pensiamo cosa significhi questo in tema di cambiamento nel sistema sanitario dove molto spesso il cittadino è in condizioni di reale e concreta passività.

A questo proposito in Lombardia si è cercato di

muoversi in questa direzione con una Riforma sanitaria, introdotta con la Legge Regionale 31 del 1997, in cui - credo per la prima volta in Italia - sono stati chiamati gli Enti Ospedalieri privati, da sempre accessibili solo ai ceti abbienti, a far parte a pieno titolo del Servizio Sanitario Regionale agli stessi costi per l'utente degli Ospedali pubblici, innescando un circolo virtuoso di competizione di cui hanno beneficiato i Cittadini e che ha rimesso in moto anche il sistema tradizionale degli Ospedali pubblici. Cardine di questo sistema è l'accreditamento che permette alle Strutture, pubbliche e private che rispettano standard di qualità fissati dalla Regione, di fornire prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Nella Riforma lombarda si sono mutuati i tre principi decisivi dei paesi europei più avanzati e in parte già citati: la libertà di scelta del cittadino che può scegliere l'Ospedale in cui farsi curare, pubblico o privato accreditato; la separazione tra acquirente ed eroga-

tore, che ci ha permesso di introdurre un conflitto di interessi sano e positivo tra chi è tenuto a realizzare la cura per il cittadino e chi controlla chi cura e lo paga; e la parità tra erogatori pubblici e privati.

A mio parere sono stati così ottenuti dei risultati di qualità: consegnando al cittadino la libertà di scegliere, abbiamo contestualmente raggiunto un risultato molto importante dal punto di vista della riduzione delle liste d'attesa per esami e ricoveri, da sempre una reale vergogna di troppa sanità italiana. Inoltre, si è riusciti anche a migliorare l'efficienza complessiva del sistema: tra le grandi Regioni italiane la Lombardia è quella con la spesa sanitaria pro-capite più bassa, mentre il disavanzo pro-capite è in linea con la media nazionale e tutto ciò a fronte di trasferimenti dallo Stato che, secondo il Governatore Formigoni, risultano essere nettamente inferiori rispetto a quello di altre grandi Regioni. Perciò se noi cittadini lombardi ricevestimo la stessa spesa pro-capite di alcune di queste grandi

Regioni non dovremmo avere in Regione disavanzi in senso assoluto.

In una recente ricerca (N° 21298) dell'AIOP (Ospedalità privata) è emerso che nel 23% dei casi il Cittadino ha fatto uso di Cliniche o Centri privati convenzionati; è interessante notare come tale percentuale sia più alta fra i giovani, di 18-34 anni (28%), si collochi in una posizione intermedia nell'età centrale dai 25 ai 44 anni (25%) e scenda ad appena il 16% fra i più anziani. Allo stesso modo sono soprattutto gli utilizzatori con istruzione superiore (29%) che fanno uso delle Strutture private convenzionate.

La scelta della Struttura pubblica è più automatica, mentre la scelta dell'Ente privato è più frutto di un processo di decisione ponderato, in cui si prendono in considerazione varie possibilità; ciò spiega come l'istruzione degli utenti diventi una variabile rilevante. Si sceglie la Struttura pubblica prevalentemente in funzione dell'abitudine, della comodità soprattutto delle indicazioni

del Medico di cure primarie (Medico di base). Per contro si sceglie la Struttura privata soprattutto per la miglior tempistica in termini di prenotazione e possibilità di fissare l'appuntamento/la visita, ma anche per l'impressione che sia una struttura migliore, impressione d'altronde confermata dalla maggior ponderazione della scelta.

In effetti, tra coloro che hanno preso in considerazione le varie possibilità prima di scegliere, i criteri che hanno orientato la scelta finale sono ben diversificati tra Struttura privata e pubblica: sulla prima è la tempistica ad avere il peso di gran lunga maggiore, mentre sulla seconda sono criteri di vicinanza/comodità.

Il 40% degli utenti avrebbe dunque avuto bisogno di qualche consiglio prima di scegliere e tale percentuale sale al 53% fra chi ha scelto una Struttura privata. Sempre tra questi ultimi si tende molto di più a farsi consigliare da parenti/amici (53%), mentre tra chi sceglie una Struttura pubblica prevale nettamente la tendenza a farsi

consigliare dal Medico di cure primarie (61%).

I livelli di soddisfazione in generale sono alti, dimostrando come l'attuale Servizio Sanitario Nazionale Italiano sia capace di rispondere bene ai bisogni di salute dei cittadini senza differenze significative nelle varie aree geografiche; la soddisfazione nei confronti delle Strutture private è generalmente e significativamente più alta rispetto a quelle pubbliche soprattutto per quanto riguarda la tempistica. E' interessante notare come, a parità di "efficienza/professio-

nalità":

- il vantaggio principale delle Strutture private sia, come già segnalato, la rapidità, ma anche, seppur secondariamente, una maggior attenzione al rapporto umano (più gentilezza/cortesia).

- per contro permane a favore delle Strutture pubbliche l'impressione in qualche modo di un "vantaggio economico" (come se il "privato" implichi per forza qualche costo aggiuntivo) oltre che l'impressione di una maggior presenza di attrezzature.

Secondo le rilevazioni, da un



lato è opinione comune che la Pubblica Struttura si stia dirigendo verso un modello più snello, più efficiente, maggiormente decentrato con importanti caratterizzazioni regionali, in una parola sempre più moderno e “operativo” in quanto partiva da anni collegati (più o meno ingenerosamente) ai concetti di confusione, disorganizzazione, scarsità di attrezzature, incapacità di gestione delle risorse, lotte interne.

In merito alla visione specifica della Sanità pubblica e privata, gli Operatori sanitari hanno in genere una posizione un po' più pessimistica: parlano della necessità di “sinergia”, di “competizione regolata”, di “concorrenza guidata”.

E' opinione comune che, affinché si realizzi una vera e propria parificazione, il settore pubblico debba investire notevoli risorse economiche nella spesa sanitaria.

Per ora, sentendo sempre gli Operatori sanitari, il privato appare semplicemente come integrativo rispetto al pubblico e non veramente paritario

(“il privato entra solo dove il settore pubblico non riesce a soddisfare le esigenze...”).

Insomma, le Regioni più ricche del Paese sembrano più pronte delle Altre a sperimentare un nuovo tipo di rapporto fra Sanità pubblica e privata, ma questa sperimentazione è rallentata dall'inerzia burocratico-amministrativa degli aggregati, soprattutto da una tendenza da parte del settore pubblico nel voler mantenere un atteggiamento a dire il vero un po' troppo “protezionistico”.

Ma siamo veramente sicuri che tutte le strutture garantiscano la stessa qualità organizzativa e di prestazione?....

La vera strada del futuro è, a mio parere, quella dei “Servizi in rete”, su cui in varie Regioni si stanno facendo sperimentazioni interessanti. In Veneto si sta lanciando un portale sulla Sanità e sui Servizi sociali; in Lombardia, è in via di perfezionamento un Sistema Informativo socio-sanitario interno (SIS) che consente al cittadino di accedere per via telematica, tramite la carta sanitaria, alle informazioni sui



servizi offerti; in Piemonte gli elenchi delle strutture messe a disposizione dell'utenza sono completati da un giudizio di qualità globale delle prestazioni effettuate; e così via.

Tuttavia a mio giudizio, il Sistema Sanitario Nazionale presenta tuttora ancora problemi di parziale inefficienza, soprattutto di non completa considerazione verso il Cittadino. C'è insomma una "cultura di sistema" che andrebbe modificata sia nel pubblico come nel privato: la Sanità italiana è sempre stata

"medicocentrica", si tratterebbe di farla diventare "centrata sul paziente".

Agiscono negativamente difficoltà legate alla mentalità della struttura, fortemente conservatrice (ad esempio molte realtà fanno finta di non accorgersi che la medicina stessa sia cambiata e che dalla tendenza alle degenze lunghe si stia sempre più passando a quella di degenze brevi e/o di attività ambulatoriale).

In definitiva manca una moderna cultura della relazio-

ne, del servizio, della customer satisfaction, tra gli stessi operatori sanitari, pubblici o privati che siano.

Per esempio, il meccanismo di accreditamento delle strutture ospedaliere sembra basarsi su un protocollo in cui esisterebbe un margine troppo elevato di discrezionalità (che è sapientemente sfruttata dal settore pubblico appunto per bloccare l'accREDITamento anche di Centri privati assolutamente meritevoli); per non parlare della "qualità" troppo semplicisticamente sbandierata.

D'altro canto, la Sanità privata deve farsi conoscere meglio. Deve informare di più il cittadino, nei limiti in cui può farlo secondo la normativa attuale (o spingendo per una modifica normativa all'insegna della libertà di comunicazione).

Oggi però a differenza del recente passato, la possibilità di scelta è un valore accettato e condiviso, le persone in materia di salute cercano di trovare ed ottenere il meglio, da qualsiasi parte si trovi.

Il compito di uno Stato

moderno dovrebbe tuttavia essere quello di dare al Cittadino appunto la massima libertà e possibilità di scelta in materia di salute, senza privilegiare qualcuno, ma favorendo soltanto il malato, vero "centro di gravità" di un Servizio Sanitario degno di questo nome con maiuscola.

L'interesse dello Stato è costituzionalmente ed eticamente la salute dei Cittadini perseguita meglio se pubblico e privato possono realmente collaborare e in parte anche competere su una base di reciproco riconoscimento ed effettiva parità. E perché no allora l'istituzione di un'Authority della Sanità che -forse- sarebbe idealmente molto gradita?

In effetti: ".....la vita non è solo vivere, ma vivere in buona salute" aiutata (perché no) congiuntamente dal settore pubblico e privato.

Eugenio Vignati
Direttore Generale
Ordine Ospedaliero
San Giovanni di Dio-
Fatebenefratelli
Provincia Lombardo-Veneta

dal 1973
“una storia che continua...”

Consorzio  Est Ticino

Aderente alla Confederazione cooperative italiane

Costruisci la tua casa in cooperativa

Iniziative edilizie in corso:

Albairate coop. "G. Rainoldi"

Inveruno coop. "La Quercia"

Legnano coop. "G. Rainoldi"

Prossime iniziative:

Albairate coop. "G. Rainoldi"

Corbetta coop. "La Quercia"

Magenta coop. "La Quercia"

Magenta coop. "Cuna Grande"

INFORMAZIONI

Consorzio Est Ticino 20043 Magenta (Mi) via Fratelli Caprotti, 5 - fax 02 97299627
e-mail: Consorzioet@aladati.it Su appuntamento: tel. 02 9790387 - 97298497

dal 1973
"una storia che continua..."



Consorzio Est Ticino 20013 Magenta (Mi) - via Fratelli Caprotti, 5
tel. 02 9790387 - 97298497 • fax 02 97299627 • e-mail: Consorzioet@aladada.it • www.consorzioet.it

Cooperative sociali una storia di solidarietà!

Cooperative Sociali di tipo A - Servizi sociosanitari ed educativi

"A Stefano Casati" Albairate, Cascina Scamozza - tel./fax 02 9406219

Attività: gestione comunità terapeutiche per tossico dipendenti e persone svantaggiate.

"In cammino" Abbiategrasso, via dei Mille, 8/10 - tel. 02 94963802 - fax 02 94962279

Attività: gestione casa di accoglienza per malati di AIDS.

"La Cometa" Abbiategrasso, corso S. Pietro, 62 - tel./fax 0294966897

Attività: gestione casa di accoglienza per soggetti svantaggiati. Assistenza domiciliare.

"La Salute" Turbigo, via Fredda, 5 - tel. 0331 871440 - fax 0331 897364

Attività: servizi educativi e sanitari, terapie riabilitative, assistenza domiciliare per anziani e disabili, prevenzione e recupero del disagio minorile, sostegno scolastico.

"Lule" Abbiategrasso, corso S. Pietro, 62 - tel. 02 94697712 - tel./fax 02 94965244

Attività: aiuto contro prostituzione e tratta, inserimento abitativo e lavorativo a favore di persone straniere, facilitazione linguistica e culturale per minori stranieri, prevenzione e contrasto di abusi e maltrattamenti.

"Orizzonti" Abbiategrasso, via Maggi, 17 - tel. /fax 02 94967699

Attività: gestione case residenziali per minori e adulti, recupero scolastico per ragazzi in difficoltà.

"Sofia" Abbiategrasso, via G. Galilei, 58 - tel. /fax 02 94960219

Attività: gestione attività didattiche-educative per privati ed enti pubblici.

COME AIUTARCI Erogazioni liberali: le persone fisiche e le imprese possono elargire erogazioni liberali in denaro, donazioni di beni patrimoniali e cedere gratuitamente propri prodotti, con conseguenti benefici fiscali.

Qualità e servizio sanitario: la nostra esperienza

La qualità in Sanità è difficile da definire e da valutare, soprattutto perché è complesso il concetto di salute, cui sono finalizzati i sistemi e le azioni sanitarie; la concezione olistica della salute, intesa come completo benessere psico-fisico della persona, è, oltretutto, fortemente influenzata da fattori di contesto storici, culturali, territoriali, sociali e istituzionali.

Una seconda causa di complessità del concetto di qualità in Sanità è rappresentata dalla varietà degli attori presenti in campo sanitario: pazienti attuali o potenziali, operatori delle diverse professioni sanitarie, manager, dirigenti amministrativi delle organizzazioni che erogano prestazioni; associazioni di utenti e di tutela.

Essi esprimono tutti punti di vista che privilegiano fatalmente aspetti diversi della qualità.

Infine, la definizione di “qualità” in campo sanitario è resa complessa dalle caratteristiche dell'azione sanitaria, che produce non un bene materiale, ma un servizio intangibile e condizionato nell'atto della sua erogazione da un forte contenuto di personalizzazione e relazionalità tra operatori sanitari e utenti, tanto che da questi caratteri è condizionato lo stesso esito e, in ogni caso, la soddisfazione dei fruitori.

Qualità del servizio può, allora, essere definita, secondo l'Institute of Medicine, come il grado con cui i servizi sanitari per individui o popolazioni aumentano la probabilità di esiti desiderati di salute e diminuiscono la probabilità di esiti indesiderati, **alla luce delle attuali conoscenze e delle risorse disponibili**. Da questa definizione discendono tre dimensioni principali della qualità:

-**qualità professionale**, che si declina in termini di **efficacia**, intesa come capacità di raggiungere gli obiettivi di salute;

-**qualità gestionale**, che si declina in termini di **efficienza**, come uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del paziente/cliente all'interno dei limiti e delle direttive date;

-**qualità valutata dal cliente**, che si declina in termini di livello di soddisfazione dello stesso per il servizio fruito.

Queste dimensioni corrispondono ai maggiori gruppi d'interesse in gioco, di cui è necessario integrare le prospettive per specificare la qualità di un determinato servizio.

Particolare attenzione viene posta negli ultimi anni alla **QUALITA' PERCEPITA**, cioè alla valutazione soggettiva della qualità dei servizi sanitari effettuata dai fruitori attuali o potenziali, che può esprimersi sia in merito all'operato tecnico e relazionale dei professionisti sanitari, sia in ordine ad aspetti strutturali, alberghieri, tecnologici e di accessibilità dei servizi. Il coinvolgimento del paziente/utente nel processo di cura prevede non solo un'informazione, ma una partecipazione

attiva nella definizione del programma diagnostico terapeutico, fino alla partecipazione di rappresentanti dei pazienti nei gruppi di lavoro per la elaborazione di linee-guida e percorsi diagnostico terapeutici.

La **QUALITA' SOCIALE** riguarda l'allocazione delle risorse e delle attività sanitarie in rapporto coi bisogni e le attese delle diverse popolazioni. Un aspetto fondamentale è costituito dall'accentuarsi del vincolo delle risorse destinabili alla sanità e delle conseguenti esigenze di ottimizzazione del loro uso.

La differenza delle situazioni individuali, familiari e sociali impone, a garanzia dell'equità della distribuzione delle risorse, di superare nella valutazione il criterio dell'uniformità e di assumere quello della tendenziale parificazione delle opportunità di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e gruppi sociali.

Dalle origini della medicina ippocratica fino a tempi relativamente recenti era il medico a decidere ciò che era bene per il paziente, secondo i principi fondamentali di non maleficenza e di beneficenza;

il rapporto medico-paziente



era caratterizzato da una leadership medica, che si esprimeva con un comportamento paternalistico-in senso positivo- e con decisioni cliniche “secondo scienza e coscienza”.

I principi ippocratici sono tuttora attuali e necessari, ma non più sufficienti, in quanto è profondamente mutata la visione, il ruolo del paziente, è venuta affermandosi la sua autonomia nei confronti del medico e dei servizi sanitari quale nuovo criterio etico che limita, ma anche arricchisce i precedenti. Questa evoluzione culturale, che definisce una partnership medico-paziente, trova la sua piena espressione, non solo giuridica, nella tema-

tica del consenso informato: al paziente/cliente viene riconosciuto il ruolo di interlocutore, anzi, di coattore di un'alleanza terapeutica col professionista.

E' quanto traspare dall'ormai classica definizione di linee-guida dell'Institute of Medicine, laddove si dichiara che esse hanno “lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali sono le modalità di assistenza appropriate in specifiche circostanze cliniche”.

Ne consegue anche, per il particolare carattere, a forte personalizzazione e relazionalità, dell'erogazione dei servizi sanitari, che uno dei fattori decisivi della soddisfazione dell'utente- e quindi dell'esito delle cure- è proprio la relazione che si stabilisce tra lui e l'operatore, e come quest'ultimo la vive e gestisce.

Il fondamento etico della ricerca della qualità è ribadito nella Carta della professionalità medica, elaborata nel 1999 dalla Fondazione ABIM, Fondazione ACP-ASIM e Federazione Europea di Medicina Interna:

Impegno a migliorare la qualità delle cure.

I Medici devono adoperarsi affinché la qualità delle cure

migliori costantemente. Questo impegno non implica soltanto assicurare competenza clinica ma anche collaborare con altri professionisti per ridurre l'errore medico, aumentare la sicurezza dei pazienti, minimizzare l'utilizzo eccessivo delle risorse sanitarie e ottimizzare gli esiti della cura. I medici devono partecipare attivamente allo sviluppo di strumenti per una migliore misurazione della qualità delle cure e all'applicazione ordinaria di tali misure per valutare la prestazione dei singoli individui, delle istituzioni e delle strutture sanitarie. I medici, a titolo personale e attraverso le relative associazioni professionali, devono assumersi la responsabilità di partecipare alla creazione e all'implementazione di meccanismi atti a promuovere e migliorare la qualità delle cure.

La nostra esperienza

Le Unità Operative di Pediatria che hanno iniziato a occuparsi di qualità hanno scelto l'Accreditamento volontario per l'eccellenza, e hanno elaborato un Manuale che servisse come strumento di valutazione. Alla sua pubblicazione nel 1998, hanno fatto seguito speri-

mentazioni e discussioni che hanno condotto rapidamente a una nuova edizione (2002). La ricerca dei vari aspetti della qualità è testimoniata dalla scomposizione dell'Unità Operativa nelle diverse aree di assistenza (Pronto Soccorso, Degenza etc.) e nei diversi momenti di confronto con l'utente (dall'accesso/accettazione, fino alla dimissione), per ognuno dei quali sono stati analizzati gli aspetti ritenuti qualitativamente significativi: la tempestività, l'integrazione, la continuità, la sicurezza, il sistema di verifica e revisione, l'appropriatezza, la valorizzazione delle risorse umane, l'accoglienza, l'informazione, il coinvolgimento, il comfort e il rispetto assicurati all'utente.

L'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale di Magenta ha partecipato attivamente alla stesura dei manuali di Pediatria e Neonatologia impegnandosi anche in attività di divulgazione di manuali su scala nazionale, nonché alla fondazione del Gruppo di Studio per l'Accreditamento e il Miglioramento della Qualità della Società Italiana di Pediatria, nel cui Direttivo nazionale è rappresentata e di

cui ha retto per un triennio la Segreteria.

La partecipazione e la sperimentazione sul campo dei Manuali ha portato numerose modifiche nella nostra attività quotidiana che si sono consolidate con le valutazioni successive e sono servite da ottimo punto di partenza per ottemperare alle richieste istituzionali successive dell'accreditamento obbligatorio prima, della certificazione secondo le norme ISO, voluta dalla Regione Lombardia, subito dopo e degli standard della Joint Commission Accreditation, per ultimo.

Abbiamo cercato di mettere in atto strategie che servissero a presidiare il processo dell'assistenza, nella speranza che più facilmente si potessero ottenere esiti favorevoli.

Abbiamo conseguito, ad esempio:

- maggiore attenzione alla compilazione della cartella clinica in quanto documento fondamentale di comunicazione (leggibilità, programma diagnostico-terapeutico, foglio unico di terapia);
- revisione delle procedure di consenso informato come

garanzia di informazione e coinvolgimento dell'utente nelle scelte diagnostico-terapeutiche;

- istituzione di un Pronto Soccorso Pediatrico in luogo e con personale dedicato nelle ore diurne;

- assistenza diretta in Pronto Soccorso Generale ai bambini nelle ore notturne in modo da evitare inutili e rischiosi spostamenti;

- degenza 24 ore su 24 dei neonati fisiologici nella camera della mamma (se consenziente);

- istituzione di un ambulatorio per i neonati dimessi per favorire l'allattamento al seno;

- elaborazione di percorsi clinici per le più comuni patologie pediatriche secondo i principi della Medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) e le più recenti e valide linee-guida di riferimento.

La costante attenzione al rispetto, comfort e coinvolgimento del bambino e dei genitori ha portato alle seguenti iniziative:

- potenziamento dell'attività ludica della sala giochi per i bambini/adolescenti ricoverati;
- istituzione della sezione di

Magenta dell' ABIO (Associazione Bambino in Ospedale), associazione nazionale che assiste i bambini e i genitori durante la degenza in Ospedale, in Day Hospital e in Pronto Soccorso Pediatrico;

- definizione più precisa degli orari di ricevimento dei genitori da parte del Direttore e disponibilità a colloqui quotidiani da parte dei medici di reparto;

- presenza di clown in reparto;
- somministrazione di questionario ai genitori per la valutazione della soddisfazione.

I programmi per il futuro sono tanti, in quanto il ciclo di miglioramento è una spirale che non finisce mai; nel prossimo futuro prevediamo di iniziare l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI), cioè l'osservazione del bambino in ambiente protetto per un periodo che non superi le 24 ore con la possibilità di successivi e tempestivi controlli dal pediatra curante. Questa modalità di cura, in linea con le più moderne strategie assistenziali pediatriche, permette di rispondere sia ai bisogni della famiglia, che cerca un intervento rapido e affidabile, sia alle

esigenze organizzative e gestionali, che tendono a una riduzione dei ricoveri, salvaguardando la sicurezza del paziente e la continuità delle cure intra ed extra-ospedaliere.

Riteniamo che la **cultura della qualità** in sanità richieda un forte impegno al fine che le diverse componenti delle organizzazioni sanitarie, portatrici di culture e valori differenziati, trovino un punto d'equilibrio dinamico nella ricerca continua dell'appropriatezza degli interventi, cioè nello sforzo comune di risolvere i problemi clinici dei pazienti/clienti, attraverso prestazioni orientate alla "miglior pratica" professionale, nel pieno rispetto dei diritti e delle prerogative delle persone in cura e nell'ambito delle risorse rese disponibili dalle istituzioni preposte, a garanzia dell'equità dell'allocazione complessiva delle stesse.

Luciana Parola, Lucia Ferrario
e Silvano Santucci
*Unità Operativa di Pediatria e
Patologia Neonatale
Ospedale" Giuseppe Fornaroli"*
Magenta
Azienda Ospedaliera "Ospedale
Civile di Legnano"

Presidi Ospedalieri di Legnano-Cuggiono- Magenta-Abbiategrasso

La premessa

La nostra Federazione (CISL-FPS Funzione Pubblica), rappresenta i lavoratori pubblici dei Comparti Sanità - Autonomie Locali - Enti pubblici non Economici - Agenzie delle Entrate ed in riferimento al territorio Legnano-Magenta-Abbiategrasso esprime circa 1.200 iscritti complessivamente, ma che in maggioranza sono concentrati nel comparto Sanità, il quale, nel nostro territorio ha nell'Azienda Ospedaliera il maggior impegno di rappresentanza, in qualità di Federazione più rappresentativa aziendale attraverso i suoi quasi 600 iscritti, distribuiti nei quattro Presidi Ospedalieri.

Questa doverosa premessa è opportuna per inserirci in modo appropriato nella tematica annunciata e chiarire che la nostra esperienza riguarda

soprattutto tematiche lavorative legate all'organizzazione del lavoro in sanità e tutto ciò che di conseguenza ne deriva (qualità e quantità dei servizi erogati al cittadino), inoltre, è considerata prioritaria la condizione lavorativa, la valorizzazione delle risorse, professionali e finanziarie presenti, le strutture presenti e le capacità strategiche aziendali espresse. Occorre anche considerare che dal gennaio 1998 l'Azienda Ospedaliera di Legnano è diretta dal prof. Giuseppe Santagati, il quale ha operato in riferimento agli indirizzi che la L.R.31/'97 gli imponeva di percorrere.

L'obiettivo principale è sempre stato quello di ottimizzare la spesa sanitaria aziendale, rispondendo periodicamente alle indicazioni politiche regionali, le quali, negli anni sono sempre state più restrittive.

Massima attenzione agli impegni di Bilancio, anche a prescindere dalle effettive possibilità e potenzialità umane e professionali che l'Azienda possedeva e che avrebbe potuto esprimere ma, che invece, secondo noi, ha dilapidato nel tempo ed in modo inesorabile.

Questo, secondo noi, rappresenta il maggior errore di tipo strategico e di politica sanitaria pubblica che noi imputiamo ai vertici aziendali, i quali non hanno voluto scommettere sul potenziale umano e professionale che avevano

a disposizione, giustificandosi sempre ed in modo alquanto banale affermando che “noi siamo solo dei gestori” ed in quanto tali dobbiamo seguire solo delle precise disposizioni regionali.

Per quanto riguarda gli aspetti logistico-strutturali e le condizioni complessive dei quat-

tro Presidi che costituiscono l'Azienda (Magenta, Legnano, Abbiategrasso e Cuggiono), abbiamo sempre considerato gli impegni aziendali in modo “costruttivo” e le varie ristrutturazioni che si sono susseguite nei vari Presidi Ospedalieri di Magenta, Abbiategrasso e Cuggiono sono sempre state accolte in modo molto favorevole.

Le maggiori perplessità, invece, le abbiamo espresse nell'anno 2002, quando abbiamo saputo l'intenzione dell'Azienda di ini-



ziare il percorso per la costruzione del nuovo ospedale di Legnano ed a tutt'oggi, stante la situazione economica regionale e nazionale, gli impegni finanziari sottoscritti ed i tagli che la Legge Finanziaria impone alla Sanità, trasformate in preoccupazioni più importanti e che qui cercheremo di analizzare in maggiore dettaglio, attraverso l'aggiunta di qualche dato più significativo.

A fronte degli obbiettivi regionali di ottimizzazione della spesa sanitaria, oggi si aggiunge anche l'obbiettivo che la legge Finanziaria 2006 ha posto, attraverso il rientro dell'1% complessivo della spesa per il personale in riferimento al 31 Dicembre 2004.

Quindi, in termini di strategia sanitaria, dal livello regionale e nazionale, un doppio impegno per il contenimento della spesa, Contraddizione ed in controtendenza si legge, invece, da alcuni dati che analizzeremo e che appartengono alla realtà dell'A.O. di Legnano, in quanto la spesa sanitaria per il personale è in aumento e la forza lavoro è in diminuzione.

La spesa per il personale nell'anno 2002 era di circa 149

Milioni di Euro - nel 2004 è stata di circa 156 Milioni di Euro, a fronte di un numero complessivo di personale in diminuzione, dichiarato in numero di 3.783 unità nel 2002 (di cui l'1,3 % a tempo determinato) e poi passato a 3.664 unità nel 2004 (di cui il 2.3 % a tempo determinato), e come si noterà, netta diminuzione anche del personale a tempo indeterminato.

In analisi questi dati ci inducono a tutta una serie di riflessioni preoccupanti :

- 1) Perché in presenza di un aumento di spesa, si osserva una diminuzione del personale.
- 2) Modifica dei sistemi di assunzione attraverso un aumento delle flessibilità contrattuali e lento abbandono delle politiche di fidelizzazione del personale.
- 3) Abbandono della politica di concertazione.
- 4) Lento ma inesorabile utilizzo della politica aziendale di esternalizzazione dei servizi "no-core".
- 5) Budgettizzazione centralizzata.

La scelta strategica aziendale che ha portato alla decisione di costruire il nuovo Ospedale di



Legnano attraverso un percorso di finanziamento in “projcet financing” attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra Regione Lombardia - Comune di Legnano ed Azienda Ospedaliera, impegnerà finanziariamente l'A.O. in modo consistente, oltre a presentare numerose altre criticità che, secondo noi, potranno condizionare nel tempo anche gli altri presidi ospedalieri aziendali ed in sintesi sono:

- 1) Rata di finanziamento aggiuntiva annuale di circa 5 Milioni di Euro per 28 anni;
- 2) Esternalizzazione dei Servizi

“no-cor” ;

3) Il nuovo Ospedale sarà in grado di attivare 550 posti letto, a fronte degli attuali 740;

4) Possibilità di ricaduta organizzativa sugli altri Presidi Ospedalieri, attraverso la ricollocazione di diverse unità operative e/o specialità medico-chirurgiche;

5) Difficoltà di governo della fase di collocazione del personale interessato nel periodo di transizione.

A fronte di quanto sopra, le criticità evidenziate condizioneranno sempre di più le scelte di tipo organizzativo, da parte della Direzione Strategica attraverso un sempre più marcato contenimento delle spese. L'esempio che ci sembra eclatante è quello che, a fronte di scelte strategiche di massima budgettizzazione centralizzata, nell'ultimo trimestre dell'anno, si assiste alla drastica carenza di beni e servizi di carattere ad uti-

lizzo quotidiano, con grande difficoltà operative per il personale dipendente.

L'organizzazione del lavoro, inoltre, subisce continue contrazioni in termini di erogazione dei servizi minimi, talvolta intollerabili, anche attraverso la possibilità di garantire i turni di servizio nelle varie U.O. intensive e sub-intensive e soprattutto nei P.O. periferici (Cuggiono-Abbiategrosso).

Secondo noi, il personale sanitario è scarsamente valorizzato e considerato professionalmente e personalmente si ha una crescente perdita motivazionale, la quale è requisito fondamentale e linfa vitale nella capacità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il clima aziendale è decisamente compromesso, attraverso una difficile integrazione tra operatori sanitari (anzi, talvolta ostacolata), difficoltà nell'effettuare percorsi formativi e di aggiornamento, scarsa possibilità di effettuare il diritto delle ferie se non attraverso la chiusura estiva di numerose U.O. aziendali.

Nonostante tutto ciò, noi verifichiamo che nei vari P.O. esiste ancora e soprattutto da parte del personale sanitario, una

grande disponibilità e spirito di servizio, fino a quando, però, non siamo in grado di definirlo. Tutte queste fasi di tipo riorganizzativo che si susseguono, non vengono esplicitate in modo chiaro e corretto, con la conseguenza che la fase attuativa non è quasi mai di tipo partecipativo ma tendenzialmente conflittuale.

La situazione dei quattro presidi:

-Presidio Ospedaliero di Legnano: vive complessivamente in condizione di "stand-by" del nuovo che verrà. L'attività lavorativa si svolge a massima garanzia, ovviamente, della quotidianità, approvvigionamenti di tipo strumentale e tecnologico sono pressoché annullati, le strutture vengono mantenute nella loro funzione indispensabile, la climatizzazione si mantiene ai minimi consentiti, i turni di servizio vengono governati con grande difficoltà stante la carenza cronica del personale infermieristico ed ausiliario.

-Presidio Ospedaliero di Cuggiono: anche in questo Presidio avviene una lenta ma inesorabile riorganizzazione dei

servizi, anche attraverso la esternalizzazione di servizi no-core e centralizzazione di alcuni altri servizi. In programma esiste l'attivazione di una U.O. aziendale di cure palliative, integrazione di alcune specialità chirurgiche ed inoltre è in programma un ridimensionamento del Servizio di Neuropsichiatria infantile. Come negli altri P.O. esiste una cronica difficoltà a ricoprire la turnistica di tipo assistenziale sulle 24 ore ed in conseguenza durante il periodo estivo avverrà la storica chiusura di alcuni reparti con accorpamento di U.O. per poter permettere al personale sanitario di effettuare il congedo straordinario (ferie) spettante.

-Presidio Ospedaliero di Abbiategrasso: *questo è il presidio ospedaliero che secondo noi, ha presentato le maggiori sofferenze, in termini di progettualità remota-attuale e futura.*

Dal lontano 1995 e perciò nella precedente Direzione strategica, venne presentato un primo progetto di riorganizzazione strutturale che dopo il 1998 venne rivisto e corretto. Nel

2002 è iniziata una nuova fase progettuale indirizzata alla costruzione di una nuova ala in ampliamento al già esistente monoblocco ospedaliero, il quale sta subendo i ritardi canonici della burocrazia autorizzativa che accompagna le strutture pubbliche, le quali vanno incontro a percorsi autorizzativi in base alle disponibilità dei Fondi straordinari che di volta in volta saranno a disposizione.

Inoltre, non esiste certezza complessiva delle attività che in questa nuova struttura saranno organizzate. La tempistica di realizzazione dell'intera opera è ipotizzata intorno all'anno 2012. Lasciamo immaginare a tutti voi quali stimoli possano scattare nei vari operatori sanitari e non impegnati in questo strenuo percorso.

-Presidio Ospedaliero di Magenta: storicamente riconosciuto come riferimento ospedaliero di eccellenza; struttura funzionante dal 1970, ha raggiunto la sua massima performance attraverso una politica del personale molto attenta ed oculata, finalizzata alla massima valorizzazione e considera-

zione delle professionalità presenti, nel pieno rispetto della dignità personale.

Caratteristiche fondamentali a garanzia e mantenimento di un clima ambientale sereno, tranquillo, accogliente e nel contempo attento e rispettoso alle richieste di erogazione di servizi qualitativamente elevati.

Dopo i primi anni Novanta è iniziata una fase che chiameremo di "managerialità sanitaria", la quale, seppur necessaria, ha tralasciato ed in alcuni momenti abbandonato, l'attenzione ad una politica di gestione del personale incentrata sulla "persona" in quanto elemento trainante della struttura sanitaria. Ha privilegiato maggiormente una politica "ragionieristica", orientata specificatamente a centrare obbiettivi di Bilancio, prescindendo dalle crescenti preoccupazioni che coinvolgevano gran parte del personale dipendente. Preoccupazioni che sono nate dalla scarsa capacità di informazione e coinvolgimento del personale nelle scelte di tipo riorganizzativo e strategico aziendale, patrimonio di pochi gestori della cosa pubblica e perciò sempre percepite come scelte

di tipo impositivo e non di tipo partecipativo.

Il risultato è che, oggi, ci troviamo di fronte ad un presidio ospedaliero strutturalmente "rinfrescato", abbellito esternamente, ma inesorabilmente impoverito internamente, attraverso una politica di gestione del personale poco avveduta, che non ha scommesso sulle grandi possibilità umane e professionali che avrebbe potuto coltivare e far emergere.

Un quadro della situazione attuale abbastanza "catastrofico", secondo noi, invece, rappresentativo della condizione reale che questo P.O. sta vivendo e "subendo".

In questa condizione di difficoltà, però, registriamo che la stragrande maggioranza del personale (soprattutto sanitario), conserva grande responsabilità e garantisce la disponibilità e lo spirito di servizio sufficienti a mantenere qualità e quantità di servizi erogati ai cittadini in modo dignitoso.

Andrea Introini
CISL-FPS Funzione Pubblica
Legnano-Magenta

Pubblicità

OLCAGRAFICHE

Unità Territoriali di Assistenza Primaria: nuovi orizzonti per la medicina generale

La disponibilità di risorse sempre più limitate e la necessità di seguire nel tempo patologie croniche con pesanti ripercussioni in costi sociali, quando non responsabili di complicanze invalidanti, indurranno sempre più la necessità di una adeguata prevenzione e monitoraggio da parte dei Medici di Medicina Generale delle patologie a più largo impatto epidemiologico (diabete mellito, in particolare di tipo secondo, cioè non insulino dipendente, ipertensione arteriosa, pazienti con rischio cardiovascolare elevato).

La Regione Lombardia, con l'emanazione di linee guida

per la gestione integrata e globale del paziente diabetico in un recente passato, ha gettato le basi affinché i Medici di Medicina Generale si riappropriino di una serie di patologie che il proliferare di ambulatori ospedalieri, con costi gestionali non più sostenibili, avevano di fatto monopolizzato o quasi.

Ci si è resi sempre più conto che tali patologie dovevano coinvolgere maggiormente i Medici di Famiglia nel ruolo della prevenzione, in quanto i costi gestionali delle complicanze di tali patologie (ictus, infarto miocardico, procedure chirurgiche di rivascularizzazione miocardica ecc.) erano

di gran lunga superiori ad ogni adeguato e capillare trattamento delle singole patologie. Inoltre, rigorosi studi epidemiologici di confronto hanno verificato come non vi sia differenza in termini di efficacia del trattamento e di riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori tra i pazienti trattati dai Medici di Famiglia sulla base di linee guida condivise, rispetto a quanti siano gestiti in ambito specialistico presso ambulatori ospedalieri di II° livello.

Ma per far questo occorre una piccola “rivoluzione copernicana”: i pazienti portatori di tali patologie dovevano essere monitorati e seguiti in modo particolare e sottoposti a controlli regolari.

Con le attuali modalità di accesso agli ambulatori di Medicina Generale, tutto questo non era possibile. Pertanto, i Medici hanno strutturato a titolo sperimentale, d'intesa con l'A.S.L. Provincia di Milano 1 (ma anche in altre A.S.L. della Regione e con modalità sostanzialmente analoghe in altre Regioni), una serie di ambulatori dedicati, al

di fuori dell'orario normale di ricevimento dei pazienti con il supporto di personale infermieristico qualificato (in genere messo a disposizione dalla stessa A.S.L.). Per le patologie sopra menzionate (diabete, ipertensione, bronchite cronica ostruttiva), a scadenze regolari e secondo protocolli rispettosi delle linee guida internazionali, i pazienti venivano invitati a presentarsi per visite, esami, accertamenti strumentali.

L'esperienza accumulata da un gruppo di medici che hanno eseguito la sperimentazione è stata decisamente incoraggiante: grande soddisfazione e risposta favorevole degli utenti, eccellente la risposta dei Medici di Medicina Generale che hanno visto rivalutato il proprio ruolo professionale, incoraggianti i risultati ottenuti (con l'individuazione di soggetti a rischio che, lasciati al proprio spontaneo accesso ad un ambulatorio medico, probabilmente mai si sarebbero presentati se non in presenza di una patologia maggiore, fortunatamente evitata!).

Oggi sono maturi i tempi per un salto di qualità ulteriore. La presenza nel nostro territorio di Centri Medici Polifunzionali (cioè strutture all'interno delle quali più medici svolgono la propria attività in forma associativa, pur nel rispetto del rapporto esclusivo di fiducia medico - paziente) consente la presa in carico di tali pazienti a rischio elevato in modo globale, grazie alla presenza anche di Medici Specialisti in regime di convenzione che affianchino e supportino, nei casi selezionati e di maggiore impegno, il Medico di Medicina Generale. Il tutto nella stessa sede dove vengono svolte le Cure Primarie, senza perciò spostamenti per il paziente, code per prenotazioni e ritiro degli accertamenti, ma contestualmente alla visita presso il proprio medico di fiducia.

Queste strutture così approntate (l'A.S.L. Provincia di Milano 1 è stata scelta nell'ambito della sperimentazione dalla Regione Lombardia) consentiranno ai pazienti di aver accesso ad una struttura in grado di offrire, oltre alle

abituale cure primarie della Medicina Generale, i prelievi ematici necessari, la presenza di personale infermieristico qualificato per le opportune necessità di competenza, esami strumentali di primo livello (elettrocardiogramma, spirometria, ecografia) eseguiti dai propri medici con competenze specifiche, possibilità di una valutazione specialistica, se necessaria. Il tutto senza doversi recare presso strutture ospedaliere per le suddette prestazioni.

Appare evidente che questo nuovo modo di interpretare le necessità della Medicina Generale soddisfi in modo adeguato le esigenze di patologie a larga diffusione nella popolazione e un tentativo capillare per una vera prevenzione, arma decisamente vincente in situazione dove il rischio e i costi delle complicanze graverebbero sulla collettività in modo insostenibile.

**Stefano Ongaro
Cornelio Turri**
*(Medici di Medicina Generale
A.S.L. Prov. di Milano 1)*

Sanità e Comuni

“In questi dieci anni di legislazione sono cambiate parecchie cose, in primis, il passaggio dalle U.S.S.L. alle A.S.L., con il progressivo processo di aziendalizzazione del sistema sanitario locale.

Tutto questo ha modificato in modo sostanziale la posizione dei Sindaci e, in particolar modo, la loro possibilità d'interloquire, rispetto ad un settore in cui non mancano le criticità”.

E' questa l'opinione del Sindaco di Cassinetta di Lugagnano Domenico Finiguerra rispetto al nuovo modello di sanità tratteggiato sia a livello nazionale, sia regionale, con il corso del presidente Roberto Formigoni.

“Oggi giorno i Comuni sono stati completamente esautorati dei loro poteri - è la critica del Primo Cittadino - l'Assemblea dei Sindaci ha una competenza meramente consultiva in relazione a particolari tematiche quali, per esempio, i Piani di zona”.

Detto questo, secondo Finiguerra, l'arma della “pressione politica” rimane comunque l'unico grimaldello a disposizione degli Enti Locali.

A questo proposito, il Sindaco porta l'esempio del Pronto Soccorso di Abbiategrasso dove per parecchio tempo un solo medico di guardia era destinato a coprire il turno di notte.

“Su questa problematica - spiega Finiguerra - noi Sindaci dell'Abbategrasso ci siamo letteralmente mobilitati, siamo arrivati alla costituzione di un Osservatorio permanente teso a mettere in luce disfunzioni e anomalie del settore socio sanitario a livello locale. E dopo una lunga battaglia, alla fine, abbiamo avuto ragione”.

L'obiettivo degli amministratori, a riguardo, è molto chiaro: “Il mantenimento del miglior servizio qualitativo possibile alla luce di un contenimento dei costi ragionevole”.

In quest'ottica, l'Osservatorio permanente per le Politiche

Sociali sta diventando realmente un valido strumento d'ascolto dei bisogni del territorio, oltre che un luogo di sintesi programmatica.

“E' un qualche cosa in più - aggiunge il Sindaco - per quest'area e vi fanno parte anche le associazioni di volontariato e il mondo del sindacato”.

In linea generale, Finiguerra auspica che il nuovo Governo di Romano Prodi metta mano al più presto alla materia sanitaria. “Anche perché un Sindaco - fa notare - è il primo responsabile della salute dei propri cittadini”.

Entrando nel merito dei nodi critici che si evidenziano con forza anche in ambito locale, il Primo Cittadino, fa notare la questione irrisolta delle liste d'attesa.

“Per l'ospedale d'Abbiategrosso -aggiunge- si tratta di un problema grave, tra l'altro, riguar-



dante anche prestazioni base molto semplici per cui si devono attendere anche dei mesi”.

“Siamo al paradosso - sottolinea il Sindaco - non si capisce perché nel pubblico un Radiografia non funzioni 24 ore su 24 mentre nel privato sì. Oggigiorno i criteri adoperati per capire se l'Azienda ospedale funziona sono unicamente quelli del risultato economico e non, invece, della tutela della salute”.

Per Finiguerra, il vero “non senso” è dato dal fatto che vengono erogati sistematicamente dei contributi a sostegno delle strutture private accreditate

diversamente da quanto accade per il pubblico.

“La nostra in questo modo finisce per divenire una sanità privata ma pubblica allo stesso tempo...”.

Ma sanità di questi tempi significa anche Piani di zona, ovvero, il grande contenitore che, attraverso la legge Turco 328 del 2000, dovrebbe garantire la “messa in rete” di tutti i servizi socio sanitari del territorio.

Anche su questo fronte, però, la situazione è abbastanza critica.

“La prossima triennalità dei Piani di zona ha subito un taglio drastico del 40% a causa dell'ultima Finanziaria. Per ora, fortunatamente, grazie al fondo per le Politiche Sociali messo a disposizione dalla Provincia di Milano, riusciamo ad andare avanti. Ma stiamo giusto a galla. Il buco c'è e mi auguro che sarà affrontato il prima possibile dai ministri Turco e Bindi”.

Finiguerra ha parole dure per il taglio inferto con l'ultima Finanziaria. “I Comuni sono stati vittime di una speculazione elettorale bella e buona - spiega - dato che i soldi tolti ai Piani di zona sono stati utilizzati per il cosiddetto Bonus

Bebè del Governo Berlusconi”.

L'esperienza dei Piani di zona, in ogni caso, viene vista dal Sindaco di Cassinetta come un patrimonio da valorizzare. “Per quanto riguarda il mio territorio - dice - non è stato facile all'inizio mettere insieme 15 Comuni alcuni di questi, tra l'altro, di dimensioni molto ridotte e distanti tra loro. Abbiamo assistito, pertanto, durante questo primo triennio, ad una notevole maturazione dal punto di vista amministrativo”.

Tanto che ora, anche per l'Abbiatense sulla scorta di quanto già avvenuto nel Castanese, si sta pensando alla costituzione di un'Azienda Sociale a cui ogni Comune dovrà conferire i propri servizi. Dall'assistenza domiciliare, al trasporto sociale e poi, fino agli asili nido e alle farmacie comunali. “E' questo - conclude il Sindaco - l'ultimo tassello, ancorché indispensabile, per poter dire di esserci 'messi in rete' sul serio. Occorre per concludere questo percorso, un buon lavoro di amalgama, ma ritengo che tutto ciò sia realmente fattibile”.

Fabrizio Valenti

L'esperienza della Consulta di Abbiategrasso

Diamo voce ... alla sanità

E' stata davvero una scelta anacronistica quella **o p e r a t a** dall'Amministrazione di Abbiategrasso quasi un anno fa di insediare una Consulta per le problematiche sanitarie allo scopo di seguire le vicende legate alla materia e più espressamente alla ristrutturazione del nosocomio locale? Ebbene, la risposta non può che essere negativa. E non solo perché nel contempo il nuovo Piano Sanitario della Regione Lombardia ha rivalutato il ruolo delle istituzioni territoriali, riconoscendo ad esse un maggiore potere negoziale in una dialettica finalmente meno egemonizzata dalle aziende di settore. Il dialogo ed il confronto sono stati, infatti, gli elementi motori che hanno cadenzato i passi della

Consulta (composta da esponenti politici e da persone della società civile), attraverso una fitta rete di audizioni con i soggetti interessati al rilancio del Cantù e con gli stessi vertici dell'Azienda Sanitaria di Legnano. Il tutto esulando dalla politica in senso stretto (l'obiettivo del nuovo ospedale ha sempre prevalso sulle dispute sovente sterili circa la validità, o meno, dell'attuale modello regionale di sanità) e dalle visioni campanilistiche propense a rivendicare oltre misura posti letto e reparti a discapito dei vicini ed in sprezzo alle scarse risorse economiche del Paese. Proprio l'equilibrio ed il pragmatismo hanno consentito di delineare un progetto concreto di sviluppo per il futuro ospedale del Leone che l'area dei

Navigli chiederà alla dirigenza legnanese di discutere e di portare a compimento in tempi rapidi. In siffatto progetto i punti di eccellenza saranno rappresentati dal potenziamento dei reparti di Ortopedia, Piede Diabetico ed Oculistica, che già sono una realtà consolidata della struttura. Ma il raggiungimento dei 13 mila ricoveri annui considerati come strategici per il raggiungimento di una posizione competitiva nel mercato non potrà anche prescindere dall'annoverare una Chirurgia ed una Medicina in grado di rispondere ai bisogni dei residenti in parallelo all'attività di attrazione di un Pronto Soccorso altrettanto capace di fornire risposte qualificate all'utenza. Aspetti, questi ultimi, per il decollo dei quali i prossimi mesi si annunciano decisivi in un quadro di programmazione fortemente influenzata dai ritardi accumulati nella ultimazione del primo edificio a ridosso del vecchio monoblocco e dalle incertezze sull'arrivo degli 8,8



milioni di euro necessari per costruire la seconda ala del nuovo ospedale. Per parte nostra faremo ogni sforzo, affinché sia riconosciuto ad Abbiategrasso il diritto sacrosanto ad ospitare un ospedale degno di tale nome e di avere voce in capitolo sui contenuti che ne sostanzieranno l'attività. Ciò non certo per megalomania, bensì per vedere realizzato quella concertazione così indispensabile per gestire il comparto sanitario.

Dario Baroni
*Presidente della Consulta
per le problematiche
sanitarie di Abbiategrasso*

Nuove forme di assistenza sanitaria

Il medico di base che cambia

Ciascuno di noi, fin dalla nascita, ha un medico di medicina generale, il cosiddetto medico di base, oppure, fino ai 14 anni, un pediatra di libera scelta.

Costui diventa il nostro primo referente per tutto ciò che riguarda la nostra salute. Siamo abituati ad andarlo a trovare o a farci venire a visitare nei momenti di bisogno. Spesso, però, il suo ambulatorio non è un esempio d'accoglienza: i tempi d'attesa, gli orari e i giorni prestabiliti a volte ci spazientiscono e non corrispondono pienamente alle nostre esigenze.

Tutto questo potrebbe cambiare e in alcuni casi sta già cambiando.

Il nostro medico si è associato ad altri medici di base e pediatri. Insieme hanno creato un'associazione che modifica

la sua organizzazione. Da una situazione caratterizzata dalla compresenza, spesso poco coordinata, di più medici su un territorio comunale o cittadino, si sta passando alla realizzazione di piccoli presidi in cui i diversi medici lavorano secondo modalità nuove e integrate.

Una signorina accoglie i pazienti all'ingresso e li affianca nelle loro necessità. Se occorre una medicazione interviene un infermiere; invece, in caso di urgenza, uno qualsiasi dei medici presenti presta il suo servizio. L'ambulatorio, inoltre, è aperto dalle 8 del mattino alle 20 della sera. Per piccole ferite o emergenze ci si può recare presso tale struttura, facendo così a meno del Pronto Soccorso. Anche le lunghe code la mattina presto assieme a gente frettolosa e nervosa per

effettuare prelievi possono diventare un ricordo poiché i campioni d'analisi vengono raccolti presso questa nuova struttura che mette a disposizione, in determinati momenti, il personale infermieristico necessario. Per l'assistenza di determinate patologie (diabete, dislipidemie, scompensi cardiaci o altre) vengono individuati precisi momenti della settimana per aiutare con maggior vantaggio.

Tutto questo non è fantasia, ma è già realtà in alcune città della nostra Regione. La GST (Gestione Servizi Territoriali, una cooperativa di Legnano ha già avviato 10 studi medici del tipo di quelli sopra descritti nella zona, ed è la più importante cooperativa italiana con oltre 100 medici aderenti.

Da questi studi otterremo più servizi e maggiore organizzazione, ma anche i medici trarranno benefici dal cambiamento. Per loro infatti diminuirà il tempo dedicato alla burocrazia (per questo c'è il personale dedicato dello studio), con la possibilità conseguente di seguire maggiormente gli assistiti, migliorando la qualità del servizio erogato. Dal prossimo

settembre, in quattro di questi dieci centri, con una sperimentazione concordata con ASL Provincia di Milano 1, all'interno dell'ambulatorio potranno trovare spazio anche medici specialisti convenzionati S.S.N. ed in libera professione, con un ulteriore ampliamento della scelta.

La GST ha guadagnato, in questo periodo, una propria visibilità nazionale. Assieme al Centro di ricerca sulla sanità dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC e ad altre cooperative di medici italiani sta organizzando la scuola nazionale per formare le figure del gestore di cooperativa, del personale di assistenza e di accoglienza e del personale di amministrazione.

Inoltre organizzerà nel prossimo mese di Ottobre un convegno, in collaborazione con la ASL della Provincia di Milano N. 1 e l'Università Cattaneo, dedicato al tema dell'organizzazione della medicina di base dal titolo "Medicina di gruppo, Gruppi di cure primarie, nuovi modelli per lo sviluppo di una sanità integrata".

Davide Croce

A colloquio con una coppia di medici magentini

“Anche se riteniamo che conti molto l'aspetto caratteriale di ognuno di noi, crediamo che quella del medico debba essere interpretata prima come una missione e poi come una professione”.

Parole pronunciate all'unisono da Laura Garavaglia e Piergiorgio Bisoffi una coppia non solo sul lavoro - i due sono da tempo felicemente sposati - che sembrano, però, andare in controtendenza rispetto alle paure e ai bisogni espressi, anche di recente, durante un convegno della Cisl Pensionati, dedicato alla figura del medico di famiglia.

“Oggi - spiegano - la situazione, in effetti, è cambiata, ma soprattutto sono aumentate le richieste da parte dei pazienti. E questo perché sono molti i servizi prima in capo alle ASL che ora sono stati delegati”. Tutto questo per quella “cultura

del contenimento dei costi a volte applicata in maniera esagerata”.

I due, infatti, se da un lato concordano sul fatto che prima venivano compiuti molti sprechi, dall'altro, sottolineano “che la sanità non può essere trattata esclusivamente con principi aziendalistici”.

E' anche per questa ragione che special modo i soggetti più indifesi - socialmente parlando (anziani, disabili, ecc.) - si “aggrappano” al medico di base come se si trattasse dell'ultima ancora di salvezza.

“Alcuni comprendono questo fatto e si prodigano maggiormente - continuano i due medici - altri, invece, diciamo che sono più 'professionali'. Detto questo, comunque, in generale l'assistenza medica in questo territorio è ancora abbastanza buona”.

Basta poco, però, molto spesso,

per infondere “un'autentica iniezione di fiducia” al paziente. “Io per esempio - rivela Bisoffi - tengo aperto sempre il cellulare. Molte cose, si possono risolvere anche così con qualche consiglio al telefono”.

All'interno di quel rapporto strettamente fiduciario che viene ad instaurarsi tra il medico e il paziente rientra, a ragione, il tema della prescrizione dei farmaci.

“A volte notiamo che gli anziani sono i più refrattari a cambiare farmaco, noi, però, ci tentiamo perché sul mercato ci sono dei prodotti farmaceutici con lo stesso principio attivo che costano anche quattro volte in meno della medicina più pubblicizzata”. Anche questo è un modo per venire incontro alle esigenze del malato, specie in un periodo come questo di vacche magre.

Tra le principali critiche avanzate dai pazienti vi è quella relativa alla reperibilità dei medici. Sotto questa luce sta avanzando il modello - già invalso nei Paesi stranieri - del “Medico di base in comune”.

Un vero e proprio studio associato di professionisti che garantisce una presenza costante al malato. Esperienze

del genere in zona sono state già avviate a Marcallo con Casone e Robecco sul Naviglio e presto potrebbe partirne un'altra all'interno dell'area ex Laminati riqualificata.

Certo il limite di questa soluzione potrebbe essere la “spersonalizzazione” del rapporto fiduciario spesso evocato. Anche se questo, per la verità, appare un ostacolo superabile. “Dei professionisti se mi mettono insieme, evidentemente, è perché condividono valori e modalità d'approccio al paziente. Se così non fosse, d'altra parte, durerebbe poco questo sodalizio”.

E' un altro, invece, il problema che i due evidenziano come più critico lanciando un appello ai Comuni.

“Non è facile, oltre che oneroso - concludono Laura Garavaglia e Piergiorgio Bisoffi - individuare delle strutture adeguate dove portare avanti l'esperienza della medicina in comune. Dove è stato fatto, l'Amministrazione si è dimostrata sensibile mettendo a disposizione dei professionisti spazi consoni per questo tipo di servizio”.

F.V.

Il sociale rispetto alla problematica della sanità

Parlare del sociale, rispetto alle problematiche legate alla sanità, oggi è molto più complesso, rispetto a dieci anni or sono. Sono intervenuti diversi cambiamenti nella comunità e nelle istituzioni, la domanda del bisogno si è evoluta ed articolata. Ad esempio parlare di servizi per gli anziani non è una cosa facile perché non si possono classificare per fasce d'età o per patologie.

In una società moderna, inserita nel mondo della Globalizzazione, anche i servizi devono far parte di un sistema; non è più possibile affrontare i problemi sociali con politiche settoriali o per categorie ma occorre avere una visione più ampia raggruppando le diverse problematiche del Welfare che vanno dal dato demografico, alla famiglia, alla scolarizzazione, al mondo del lavoro, alle tutele sociali, previdenziali e sanitarie.

Con la Legge 328/2000 (Legge Turco) è stato dato avvio alla riforma del sistema assistenziale; sono state assegnate ai Comuni nuove funzioni, sono stati previsti nuovi strumenti atti a programmare, gestire e controllare i servizi alla persona, a livello territoriale, in modo integrato ed in ambiti distrettuali. Occorre anche elaborare progetti che trovano nella loro realizzazione un coordinamento ed un'integrazione tra gli Enti che erogano i servizi.

Il dato demografico è senz'altro un tema importante per assumere decisioni in campo di servizi per gli anziani. Ad esempio, il ricorso al ricovero presso strutture protette come le Case di riposo, in questi ultimi anni, si sta riducendo per due ordini di ragioni: la prima è legata alle condizioni di salute dell'anziano il quale se non è affetto da patologie invalidanti sceglie di trascorrere la vecchiaia in ambi-

to domestico, sostenuto dalle cure familiari o da "badanti"; la seconda è legata al costo della retta, molte persone con il reddito da pensione non sono più in grado di sostenere i costi attuali delle rette e le famiglie a loro volta fanno fatica a contribuire. Ecco perché la famiglia diventa un soggetto essenziale nella cura della persona e nella promozione del benessere sociale per la sua azione di cooperazione e di mutuo aiuto.

Nel nostro Comprensorio Legnano-Magenta in attuazione della Legge 328/2000 è stato adottato il Piano di zona, strumento di rilevazione dei bisogni e programmazione degli interventi di assistenza sociale, che riguardano le aree dei minori, dei disabili, degli anziani e delle nuove povertà.

La Regione Lombardia ha fatto coincidere la competenza territoriale dei Piani di zona con gli ambiti dei distretti socio-sanitario, per il nostro territorio vi sono quattro Piani di zona: Legnano, Castano Primo, Magenta ed Abbiategrasso

Il primo Piano di zona ha rappresentato per i Comuni e per il Terzo settore una nuova esperienza tutta da vivere.

Scaduto il primo triennio di

valenza del Piano nel 2005 occorre fare la programmazione dei servizi per il secondo Piano di zona 2006-2008 che non può più essere di transizione, ma deve contenere linee strategiche di sviluppo o di nuovi servizi, sulla base delle esperienze fatte nel triennio precedente e sui bisogni rilevati. Purtroppo, però, stiamo assistendo da parte dei Comuni ad un rallentamento nelle decisioni, un ritardo nel predisporre gli atti ed un trincerarsi nell'alibi che questa situazione non dipende dalla loro mancanza di volontà, ma dai tagli che sono stati attuati per legge al fondo nazionale delle politiche sociali. Il secondo Piano di zona doveva anche assumere decisioni in merito all'organizzazione e gestione dei servizi socio-assistenziali che in molti Comuni del territorio erano gestiti dall'Azienda Sanitaria Locale la quale ha trasferito tali funzioni in capo ai Comuni riservandosi solo la funzione di vigilanza e controllo sugli stessi.

Anche in questo ambito si registrano dei ritardi.

Purtroppo la legge 328/2000 non è stata attuata interamente e quindi siamo in una situazione ancora precaria perché non

sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza per garantire a tutti i cittadini l'accessibilità alle prestazioni. I Comuni dovrebbero destinare risorse proprie per finanziare interventi mirati anche attraverso sperimentazioni di collaborazione tra Comuni ed enti territoriali.

Ad esempio nel nostro territorio è emersa l'esigenza di dare una risposta al bisogno espresso dai cittadini sul problema della mobilità, in particolare il trasporto per i disabili o affetti da fragilità, più rispondente alle loro necessità. Un altro problema che non è sufficientemente affrontato, ma che è in continua evoluzione, per i motivi che sono stati già richiamati, è il servizio di assistenza domiciliare. Se il ricorso al ricovero presso le RSA viene meno, i servizi domiciliari che i Comuni attualmente erogano non rispondono totalmente alle necessità di una persona che non è più autosufficiente. Nell'andare a programmare interventi e servizi occorre tener presente questo fenomeno. Il nostro impegno come sindacato è quello di sollecitare la costituzione del "Fondo per la non autosufficienza" con una legge nazionale, ma anche un fondo regionale per contenere

le rette nelle RSA.

Un'altra difficoltà incontrata nella programmazione degli interventi nel Piano di zona è stata quella di integrare soggetti diversi che operano sulla stessa problematica e mettere in rete i servizi. Lo sviluppo di una rete dei servizi territoriale non è più rinviabile ed inoltre occorre valorizzare l'iniziativa associativa dei medici di famiglia che può garantire più cure e meno ricoveri.

Questo fatto non può essere disgiunto da un potenziamento della rete dei distretti socio-sanitari dando loro risorse specifiche e sedi per operare, nonché precisare i ruoli e le funzioni del distretto.

La realizzazione di una vera integrazione dei servizi avviene, però, se tutti gli attori, Azienda Ospedaliera, ASL, Piano di zona, RSA, Medici di medicina generale, OO.SS., hanno la volontà di mettersi attorno ad un tavolo concertativo per discutere nel merito, ognuno con il proprio ruolo e le proprie responsabilità.

Alessandro Grancini
Segretario Generale
FNP CISL Legnano Magenta

La salute nei luoghi di lavoro

Dal 12 al 16 Giugno 2006 si è tenuto, presso il Centro Congresso di Fiera Milano City, il 28° Congresso mondiale di medicina del lavoro.

L'evento non è casuale, infatti, cento anni prima, sempre a Milano, per la prima volta si svolse un'assise internazionale di medicina del lavoro e risale al 1902 l'iniziativa di Luigi Devoto per creare la Clinica del lavoro, la prima ad affrontare la correlazione tra sostanze e malattie professionali dando vita a percorsi di prevenzione con studi, ricerche e cure che continua tutt'oggi ad essere in prima linea. Milano e la Lombardia vantano importanti esperienze in questo campo, basti pensare alle Commissioni ambiente delle nelle Aziende manifatturiere del nostro territorio e agli SMAL degli anni 70". Nuovo impulso, all'attività di prevenzione e lotta agli infortuni, si è avuto con il recepimen-

to delle direttive europee, all'inizio degli anni 90', per cui si responsabilizzano le imprese ed i lavoratori nel costruire sistemi organizzativi in tutte le aziende, basati sulla partecipazione di tutti i soggetti interessati, nascono nuove figure come il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il Medico competente ed il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza.

L'attività d'informazione e formazione, prevista dalle norme, si è sviluppata, anche se molto resta da fare, la ritengo fondamentale per sensibilizzare le coscienze, iniziando dagli studenti. Anzi, oggi più che mai, di fronte ai cambiamenti del modo di lavorare, della presenza di lavoratori stranieri, dell'impiego di nuovi procedimenti e nuove sostanze, la conoscenza dei rischi e di come affrontarli è indispensabile per evitare gli infortuni.

Se migliora, seppur di poco, il



totale degli infortuni, il numero di 58.142 di cui 59 mortali, registrati dall'Inail lo scorso anno solo in provincia di Milano è sempre elevato, ed a questo numero sfuggono i casi derivanti dal lavoro nero.

Oggi la Regione Lombardia, attraverso le ASL, attua le linee politiche, in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, contenute nel Piano socio sanitario regionale. In particolare dal 1998 è stato avviato un progetto obiettivo per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, che la

Giunta regionale definisce e aggiorna, nelle sue linee guida, periodicamente per affrontare le situazioni di settore e territoriali più a rischio.

L'ASL Milano 1 in coerenza con le indicazioni regionali, ha sviluppato

cinque progetti di prevenzione: tumori professionali, edilizia e costruzioni, grandi opere, agricoltura e non ultimo per importanza un progetto sanità rivolto a migliorare le condizioni di sicurezza nelle strutture sanitarie di cura e nelle residenze sanitarie assistenziali.

La nostra attenzione, in questa fase, si è rivolta particolarmente al progetto che interessa le numerose opere in corso di realizzazione sul territorio, dalla tratta ferroviaria ad alta velocità Milano-Novara, all'ac-

cessibilità stradale a Malpensa. Queste opere stanno impiegando circa 2000 lavoratori e, quindi, l'organizzazione dei cantieri, dei soccorsi in caso d'incidente, l'assistenza sanitaria e la buona vivibilità dei campi base deve essere garantita dalle imprese in raccordo con le istituzioni del territorio.

Un altro progetto prioritario, di cui diamo atto all'ASL Milano 1 di essersi impegnata particolarmente, è quello sui tumori professionali per la parte riguardanti i lavoratori che sono stati esposti all'amianto, progetto sollecitato dalla RSU della F. Tosi e Sindacati che per alcuni aspetti ha anticipato le nostre richieste a livello nazionale.

Infatti, la CISL ed il suo patronato INAS, si stanno impegnando particolarmente su questo problema ed il 28 aprile scorso, in concomitanza con le manifestazioni che si sono svolte in tutto il mondo dalla Confederazione Internazionale dei Sindacati Liberi, hanno promosso una giornata di mobilitazione sull'AMIANTO, indirizzata soprattutto alle lavoratrici e ai lavoratori che sono stati esposti alle fibre di amianto e che rischiano di

essere future vittime dell'amianto se nel frattempo non si accelerano le ricerche e le sperimentazioni per DIAGNOSI PRECOCI E TERAPIE EFFICACI contro il mesotelioma, terribile tumore della pleura e dei polmoni che mieterà ulteriori migliaia di vittime nei prossimi anni.

Nel nostro territorio esiste una sensibilità sindacale, istituzionale e sociale, e la consapevolezza dell'entità del problema c'è. Per questo già dal 2004 a livello regionale, con il "Piano Regionale Amianto Lombardia", si parla dell'utilità della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti all'amianto.

Sorveglianza sanitaria che l'ASL Milano 1 ha inserito tra i progetti finanziati dalla regione ed esiste un protocollo della Clinica del Lavoro di Milano condiviso dal sindacato. Si stima che le persone da coinvolgere possano essere oltre 10.000 e, quindi, se si vuole affrontare seriamente la questione occorrerà destinare risorse al problema.

Lorenzo Todeschini
Segretario Cisl
Legnano-Magenta

Il volontariato, pilastro della sanità di emergenza¹

In un passaggio del messaggio di fine anno del 1999, l'allora neo eletto Presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, encomiava l'opera di tutti gli italiani impegnati nel settore del volontariato, ricordando però nel contempo l'esigenza che questo settore, che da allora non ha mai smesso di crescere ed ha ormai raggiunto un ruolo fondamentale nell'economia nazionale, si dotasse di una maggiore strutturazione per superare quella fase di improvvisazione tipica di tutti i settori non ancora pienamente consolidati ed in fase di sviluppo. Da allora sono trascorsi molti anni... e di acqua sotto i ponti ne è passata...

Attualmente, infatti, è corretto rilevare che l'apporto del volontariato rappresenta l'unico pilastro su cui si basa la sanità di urgenza/emergenza: allo stato

attuale sono solo le associazioni di volontariato che, in modo pressoché esclusivo, erogano questo tipo di servizi.

Concretamente, e grossolanamente, stiamo parlando di tutte quelle situazioni, di carattere sia medico che traumatico, che richiedono l'intervento dell'ambulanza e di personale addestrato in grado di fornire una prima assistenza di tipo sanitario.

Concretamente, e brutalmente, ogni intervento è contraddistinto da un diverso grado di urgenza determinato da una specifica scala di emergenza².

A questo punto, per capire meglio l'attuale strutturazione della sistema sanitario di emergenza, è utile ricostruirne velocemente l'evoluzione.

La prima fase di sviluppo del servizio di assistenza di urgenza/emergenza risale all'epoca

napoleonica in cui nasceva per la prima volta la necessità di soccorrere i feriti coinvolti nei teatri bellici di ampia scala e culmina con la nascita della Croce Rossa nel 1864. Alla fine del 19° secolo si diffuse rapidamente questo tipo di associazionismo volontario correlato prevalentemente a motivazioni di carattere cristiano ed organizzazioni di tipo religioso. Da allora si sono sempre più diffuse organizzazioni endogeneamente fondate da cittadini volontari e autodidatti che con l'aiuto dei concittadini acquistavano mezzi e materiale.

Il primo tentativo di organizzazione sistematica del settore si ebbe con il secolo successivo e la Legge n. 833 del 1978 di riforma del Servizio Sanitario Nazionale: l'emergenza sanitaria fu affidata alle U.S.S.L. e gli ospedali si dotarono di ambulanze con un equipaggio composto da un infermiere e da un autista reclutato tra i dipendenti della realtà ospedaliera (a Magenta tra i portinai). Se da un lato si registrò una maggiore disponibilità di mezzi ciò non corrispose ad una maggiore organizzazione del settore: se per esempio in caso di incidenti stradale quattro persone

chiamavano quattro diverse organizzazioni (non necessariamente tutte ospedaliere), sul luogo dell'incidente si presentavano quattro diverse ambulanze.

Un'importante innovazione organizzativa si ebbe invece con il D.P.R. del 27 marzo 1998³ che istituiva il servizio del 118 come numero unico da chiamare per l'emergenza sanitaria in tutta Italia e che, in sintonia con i più nobili sentimenti di decentramento amministrativo, determinò l'autonomia e la responsabilità delle Regioni nell'organizzazione del servizio sanitario di emergenza.

Da un lato ciò significò una maggiore organizzazione con una crescente efficienza: il solo 118 divenne il riferimento per i servizi di emergenza, in grado di raccordare le molteplici associazioni presenti sul territorio e garantire il coordinamento del servizio 24 ore su 24.

Dall'altro lato significò lo smantellamento delle competenze e dei mezzi, precedentemente approntati dalle aziende ospedaliere, che esternalizzarono questo servizio lasciandolo pressoché totalmente a carico delle associazioni di volontariato che erano nate sul territorio

nel precedente ventennio.

A questo disinteresse operativo della sfera pubblica, il settore del volontariato ha saputo rispondere in modo efficace attraverso una crescita sia dimensionale che professionale delle associazioni esistenti.

In sostanza, prendendo come campione la Croce Oro di Sedriano, esempio di un'associazione media di provincia significativa, è corretto registrare che nel 2000 annoverava tra i propri volontari 50-60 militi, realizzava in un anno circa 1.300 servizi, disponeva di tre ambulanze e contava su di un fatturato dell'ordine di grandezza di 90-100 milioni di Lire.

In concordanza con il processo di crescita strutturale precedentemente delineato dell'intero settore, la stessa realtà, nell'anno 2005, poteva contare su non meno di 80 militi, realizzò nel corso dell'anno 2.215 servizi, disponeva di quattro ambulanze, due auto e due pulmini erigistrò un fatturato dell'ordine di grandezza di circa 130 mila Euro.

Non solo si è verificata una crescita dimensionale ma è anche aumentata la gamma dei servizi resi e la qualità professionale degli operatori coinvolti: oltre ai

servizi di emergenza sono cresciuti esponenzialmente i servizi detti "diurni", ossia le dimissioni, il trasporto dei dializzati, dei diversamente abili, i trasferimenti ospedalieri, ecc..., sono aumentati i Comuni che hanno sottoscritto convenzioni per l'appalto di questo tipo di servizi per i propri cittadini e sono stati assunti tre dipendenti che hanno permesso di estendere il servizio di emergenza 24 ore su 24 (in precedenza, essendo presenti solo i volontari, il servizio era reso solo al di fuori della comune fascia oraria lavorativa: dalle 19,30 alle 6,30 del giorno successivo). Inoltre, se in precedenza era sufficiente un corso interno ad ogni associazione di carattere non obbligatorio per esercitare questo tipo di volontariato, oggi è necessario superare un corso di 120 ore ed un esame di accreditamento presso la struttura del 118 che abilita ad operare nel settore dell'emergenza sanitaria.

Di fronte all'esternalizzazione da parte della sfera pubblica dell'erogazione del servizio di sanità di urgenza/emergenza, e dando per scontato che tale servizio non debba essere necessariamente erogato dalla Pubblica Amministrazione per-

ché possa essere efficiente e di qualità elevata, è naturale chiedersi quale possa essere l'evoluzione futura di questo settore ed a tal proposito si propongono i seguenti spunti di riflessione:

1. Da un punto di vista squisitamente organizzativo sono nati negli ultimi anni dei consorzi tra associazioni al fine di raggiungere una massa critica tale da usufruire delle necessarie economie di scala senza le quali i costi insiti nelle attività caratteristiche non sarebbero sostenibili. In concreto, per esempio, per quanto riguarda la progettazione e l'erogazione della formazione necessaria per superare l'esame del 118 sono stati realizzati dei consorzi di modo da unire le forze e le risorse ed organizzare i necessari percorsi formativi (totalmente a carico delle associazioni). In questo modo la formazione viene realizzata a livello di più associazioni consorziate che possono suddividere gli oneri (anche organizzativi), e raggiungere una più elevata massa critica di militi di volta in volta formati.



Di fronte a questo modello, è possibile pensare che l'integrazione delle diverse associazioni si possa spingere in futuro anche ad altre funzioni come per esempio l'acquisto dei mezzi, del materiale di consumo, dei contratti di fornitura (come il telefono e la corrente elettrica), della gestione dei servizi non urgenti, ecc...?

2. Se il pubblico ha richiesto ai privati un elevato standard di preparazione e di formazione periodica (una volta accreditati presso il 118 bisogna periodicamente seguire dei corsi di aggiornamento e ripetere periodicamente lo stesso esame di accreditamento), non sareb-

be perlomeno opportuno riconoscere la preparazione acquisita, per esempio, con un'attestazione professionale?

3. Nel nostro sistema di Civil Law in cui le norme statali (in questo caso di carattere organizzativo) devono necessariamente essere di natura scritta e non lasciate al libero gioco delle parti, fino a che punto è possibile credere che delle associazioni di carattere privato, endogene e volontarie possano garantire la programmazione e razionalizzazione di una funzione pubblica sovracomunale di questa portata? Non sarebbe auspicabile un maggior coordinamento programmatico tra la sfera pubblica e quella privata, per esempio, per razionalizzare l'allocazione delle sedi delle diverse associazioni in funzione della numerosità e della concentrazione della popolazione, del sistema di viabilità, ecc...?

F. Baiardo

M. Cozzi

R. Fiameni

Note:

1 Si ringraziano tutti i militi della Croce Oro di Sedriano per la loro disponibilità.

2 Il codice più urgente è quello identificato con il colore "rosso" che contraddistingue le situazioni in cui la persona soccorsa manifesta l'alterazione di almeno due parametri vitali (per es. battito cardiaco e frequenza respiratoria); il codice "giallo" è contraddistinto da un livello di urgenza minore, corrispondendo a situazioni in cui solo un parametro vitale risulta alterato. In entrambi questi codici si usano i dispositivi di segnalazione di emergenza, ossia le sirene ed i lampeggianti blu. Il codice verde, invece, corrisponde a situazioni che richiedono comunque un'assistenza di tipo sanitaria ma non sono contraddistinte dall'urgenza; con questo codice non vengono infatti utilizzati i dispositivi di segnalazione di emergenza.

3 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.

Di cui 1.132 chiamate dal 118, 697 chiamate da privati (dimissioni, trasferimenti, ecc...), 322 servizi dall'Azienda Ospedaliera di Magenta (Ibidem) e 64 Centri Mobili di Rianimazione (servizi particolari che richiedono l'impiego del defibrillatore e del respiratore polmonare).

L'Ambrogino d'oro a CAP per il depuratore di Peschiera

Periodo denso di soddisfazioni per CAP, il gruppo a capitale pubblico che gestisce il ciclo idrico integrato in circa 200 comuni delle province di Milano, Lodi e Pavia.

Il 24 maggio scorso, la professionalità di CAP Gestione è stata premiata dall'ex sindaco di Milano Gabriele Albertini con la consegna dell'Ambrogino d'oro, per la realizzazione della seconda linea del depuratore di Peschiera Borromeo, uno dei tre depuratori finalmente attivi a Milano.

A breve, invece, si chiuderà la prima edizione del Corso di formazione sul servizio idrico, con la consegna degli attestati prevista per il 16 settembre nella prestigiosa cornice di Villa Casati Stampa, a Cinisello Balsamo.

L'Ambrogino d'oro a CAP Gestione

"Abbiamo scritto insieme una pagina storica per Milano, e ciò è stato possibile grazie all'associazione straordinaria di professionalità, moti-



vazione, dedizione, caparbia, concretizzata sul campo". Sono le parole con cui lo scorso 24 maggio l'ex-sindaco di Milano, Gabriele Albertini, ha motivato la consegna del prestigioso "Ambrogino d'oro" a tre figure di spicco di CAP Gestione, per aver contribuito a completare i depuratori che a Milano erano attesi da trent'anni.

Massimo Gatti, attuale presidente di CAP Gestione, Osvaldo Felissari, oggi presidente della Provincia di Lodi e predecessore di Gatti alla guida di CAP Gestione negli anni dell'avvio del progetto, e Marco Pelosi, dirigente del settore Acque Reflue di CAP Gestione, hanno ricevuto a Palazzo Marino il riconoscimento per la professionalità con cui CAP ha realizzato, in anticipo sui tempi previsti, la seconda linea del depuratore di Peschiera Borromeo, a servizio dei quartieri orientali di Milano.

Massimo Gatti condivide con tutto il personale CAP l'orgoglio del risultato conseguito: "Considero l'attribuzione di questo gradito riconoscimento un ringraziamento a tutti gli amministratori, le lavoratrici e i lavoratori per l'intervento che la nostra azienda ha svolto, per dotare la città di Milano di impianti di depurazione che avranno benefici effetti ambientali sul territorio" ha commentato al termine della cerimonia. Concorde Osvaldo Felissari: "Milano e la Lombardia aspettavano da anni le opere che abbiamo realizzato: oggi sono apprezzate e plaudite da tanti cittadini".

Nella cerimonia del 24 maggio, Albertini ha scelto di premiare due dei progetti su cui la città di Milano ha scommesso negli ultimi nove anni: oltre alla realizzazione dei depuratori, anche la ristrutturazione del Teatro alla Scala: "Abbiamo colto con grande soddisfazione il richiamo del sindaco Albertini che ha posto su un piano di assoluta rilevanza, accostandoli quale binomio indispensabile tra cultura e ambiente, i lavori che hanno riguardato la Scala di Milano e la realizzazione dei depuratori - continua Gatti -. Il conferimento dell'Ambrogino è un riconoscimento alla nostra storia di azienda pubblica, presente da oltre 70 anni nelle province di Milano, Lodi e Pavia, un patrimonio importante dei Comuni nella gestione dei servizi idrici".



BILANCIO POSITIVO PER IL CORSO DI FORMAZIONE. IL 16 SETTEMBRE LA CONSEGNA DEGLI ATTESTATI

La prima sessione del Corso di formazione sul servizio idrico integrato terminerà a luglio, con la consegna degli attestati di frequenza il prossimo 16 settembre presso Villa Casati Stampa a Cinisello Balsamo. La cerimonia, organizzata da CAP Holding in collaborazione con l'associazione degli Imprenditori Nord Milano e Green Cross Italia, si aprirà alle 10.30 con l'intervento del presidente di CAP Holding Gianfranco Mazzani, il cui auspicio resta ambizioso: la creazione di una facoltà universitaria dedicata ai temi dell'acqua, del suo utilizzo e della sua tutela. Seguiranno gli interventi dei rappresentanti dell'associazione Imprenditori Nord Milano, di Green Cross Italia e anche delle società che hanno collaborato alla gestione del Corso: CAP Gestione, SET, Assolombarda, GRUPPOIDRA, IANOMI, SINomi e Banca Intesa.

Oltre a costituire il momento conclusivo di questa prima edizione, con la consegna degli attestati di partecipazione, l'appuntamento del 16 settembre sarà anche l'occasione per presentare le prossime edizioni, e tirare le somme di un'esperienza pilota che si sta rivelando un'intuizione fruttuosa.

“L'obiettivo del corso era molteplice - spiega Ambrogio Guasconi -: fornire riferimenti precisi in presenza di una legislazione in continua mutazione; lanciare messaggi chiari, frutto di confronto e approfondimento; indirizzare, soprattutto i giovani, in un settore importante e delicato; porre le basi per uno sviluppo sostenibile, a tutela dell'ambiente. Il giudizio positivo rilevato tra i partecipanti al corso sui contenuti e l'organizzazione del corso conferma la bontà della strada imboccata”.



Ticino Comunicazione

Magenta (Mi) Via Novara, 27

Tel.Fax 02.36544423

✓ Comunicazione pubblica ✓ Comunicazione integrata

✓ Ufficio Stampa ✓ Gestione eventi ✓ Piani di comunicazione



**Comunicare
non è un gioco
da ragazzi**

ticino.comunicazione@fastwebnet.it

La plurisecolare storia del Golgi

Il complesso monumentale in cui tuttora si trova gran parte dell'Istituto Geriatrico "Camillo Golgi", di cui abbiamo già parlato nel precedente numero di Quaderni in "Golgi: un Nobel ad Abbiategrasso", è scaturito da secolari vicende storiche. Avvenimenti forse poco noti e meritevoli, quindi, di essere conosciuti.

L'influsso spirituale diffuso in tutta la nostra zona dal monastero fondato nel 1136 a Faruciola grazie ad alcuni monaci cistercensi provenienti due anni prima dall'abbazia francese di Morimond in Borgogna (da cui il successivo toponimo di Morimondo) si fece sentire velocemente anche ad Abbiategrasso tanto che determinò la nascita, nel cuore del borgo murato, del più antico monastero femminile.

Il convento, detto di San Martino, originatosi alla fine del sec. XII e già menzionato in un documento del 1218, acqui-

stò nello stesso periodo una tale importanza che l'Arcivescovo di Milano concesse alla badessa ed alla decina di monache che l'abitavano il diritto di castellanza, cioè l'incarico di sovrintendere alla manutenzione ed alla cura delle mura e del castello del borgo, ragion per cui ogni famiglia abbiatense doveva loro una tassa. Il tempo di maggior floridezza coincise col periodo comunale in cui tra l'altro, grazie agli svariati possedimenti, ammontanti nel 1305 a 5300 pertiche, era diventato il più grande proprietario fondiario del borgo.

La fortuna delle monache cistercensi doveva tuttavia terminare: nel 1476 Bona di Savoia, moglie del Duca di Milano Galeazzo Maria Sforza, nonché signora del borgo, con l'appoggio dei frati Osservanti Minori del convento dell'Annunciata, edificato come ex voto qualche anno

prima proprio dal marito, chiese ed ottenne da Papa Sisto IV la loro sostituzione.

Nel 1478 una quarantina di monache clarisse, provenienti da Crema e da lei protette, occuparono il monastero di San Martino cambiandone la denominazione in Santa Chiara. Le nuove arrivate, divenute in breve tempo ottanta, dovettero sia ristrutturare gli insufficienti ambienti sia costruire una nuova chiesa. Quest'ultima era composta da due edifici collegati tra loro nella parte presbiterale: quello "esteriore" con apertura verso la strada lungo lo scomparso vicolo Santa Chiara (ora vi è la piazzetta omonima) era utilizzato esclusivamente dagli abitanti del borgo; l'altro "interiore" aveva l'ingresso dal monastero in quanto era riservato solo alle claustrali.

Il monastero vero e proprio consisteva in una costruzione lineare, perpendicolare alla chiesa, con pianta ad L rovesciata. Si trattava di una comunità religiosa autosufficiente in quanto possedeva all'interno della cinta muraria anche cucina, cantina, due infermerie con ventidue letti, parlatorio, lavan-

deria, spezieria, pollaio, torchio. In base all'estimo del 1558, con le sue 6.057 pertiche, era ancora il principale proprietario terriero abbatense.

Proprio perché si trattava di un luogo ben strutturato e ricco, Giuseppe II d'Asburgo nel 1782, dopo averlo visitato, decise di riutilizzare la struttura religiosa a fini filantropici. Occorre ricordare che, durante la seconda metà del Settecento, nei territori dell'Impero Asburgico avvenne una vasta soppressione di ordini religiosi contemplativi (tra cui figuravano le clarisse), ed ebbe inizio un lungo processo di trasformazione dell'assetto istituzionale, giuridico ed amministrativo dei secolari "Luoghi Pii" (confraternite di origine medioevale nate con lo scopo di soccorrere con opere caritatevoli i bisognosi) i cui ingenti patrimoni accumulati negli anni ed oculatamente gestiti facevano gola allo Stato. L'autorità imperiale, infatti, era illuministicamente convinta di avere il diritto di disciplinare ed assistere socialmente i propri sudditi.

Maria Teresa d'Austria ed il figlio, soprannominato per questo "l'imperatore sacresta-



no” attuarono, pertanto, attraverso ampie soppressioni di chiese e monasteri, mediante l'accorpamento dei Luoghi Pii e la messa ad incanto dei loro beni, una radicale razionalizzazione delle attività benefiche ed assistenziali al fine di creare nuove forme di assistenza, a loro avviso maggiormente adeguate ai bisogni della società moderna.

Tale sorte toccò al monastero di Santa Chiara che, soppresso nel 1782 dall'autorità civile ed espulse la cinquantina di monache, fu in breve tempo trasformato in ricovero per

“poveri schifosi ed impotenti”. Il 5 febbraio 1785 il Regio Economato Generale del Fondo di Religione (organismo incaricato di provvedere alla messa in incanto degli enti soppressi o al loro riutilizzo per istituzioni pubbliche) cedette infatti alla Giunta delle Pie Fondazioni di Milano il complesso abbatiale per istituirvi una Pia Casa dei Poveri Impotenti.

Nel giugno dello stesso anno, visto che Giuseppe II l'aveva trovato “meritevole della sua sovrana approvazione”, si iniziò ad aumentarne la capacità ricettiva. La trasformazione in

nosocomio fu affidata all'architetto imperiale Leopoldo Pollack, discepolo del Piermarini, già progettista di importanti edifici pubblici tra cui la villa Reale di Milano.

Allora la struttura del convento comprendeva ad est, lungo parte dell'attuale Corso San Martino, la duplice chiesa abbellita dal chiostro interno che proseguiva perpendicolarmente, lungo il lato nord, nella zona adibita a refettorio e dormitorio. L'ingresso avveniva a sud, dal vicolo di Santa Chiara, mentre il muro di recinzione, al cui interno vi erano rustici ed orti, si spingeva a nord contro la contrada del Carmine e ad ovest contro il fossato del borgo.

Il Pollack elaborò un progetto semplice e razionale: creò una grande corte rettangolare, oggi detta "del pozzo", mantenendo la preesistente struttura ad L ma facendo realizzare due nuovi bracci speculari ai primi, così da poter avere circa 400 posti letto. L'edificazione, approvata il 16 dicembre 1785, fu terminata nell'estate 1787; tuttavia già dall'inizio del 1786, mentre le prime opere di riadattamento erano in corso, la

Casa dei Poveri schifosi ed impotenti accoglieva i primi 82 ricoverati.

Il riassetto riguardò la bella chiesa quattrocentesca: l'architetto imperiale trasformò l'aula della chiesa interiore in dormitorio femminile mantenendone i muri perimetrali e sezionò orizzontalmente la chiesa esteriore abbassandone l'altezza con una controsoffittatura sopra la quale si ricavarono altri vani. Per far ciò dovette demolire la parte di chiostro addossato alla chiesa mentre, fortunatamente, conservò il resto del colonnato quattrocentesco adiacente il monastero perché lì operò solo modifiche interne.

In pochi anni il nosocomio ospitò moltissimi infermi venuti da ogni parte della Lombardia tanto che nel 1811, soppresso il convento dei *M i n o r i O s s e r v a n t i* dell'Annunciata, il tutto fu acquistato dalla Congregazione di Carità di Milano (organismo competente nel periodo napoleonico a gestire i Luoghi Pii) per farne una succursale dell'istituto. Grazie a questa espansione, adibita a ricovero per soli uomini, l'insieme dei due com-

plexi aumentò la capacità a 600 posti letto.

Sono gli anni in cui, dopo aver esplicitato le finalità dell'istituto, la tipologia degli ambienti, le norme inerenti il trattamento sia dei degenti che del personale loro addetto, si elaborarono piani per tenere occupati gli ospiti col duplice scopo di recuperare parzialmente i costi di gestione e di mantenere attive le residue capacità cognitive e manuali degli infermi. I degenti venivano impiegati nella manifattura di calzette e berrette di lana,

nella produzione di stuzzicadenti che valse a d
Abbiategrosso il soprannome di "paès di stecch", nella creazione di scatole di cartone così ben fatte da essere esportate anche in Sud America, nella pulitura e nel riassetto dei locali.

Negli anni Trenta dell'Ottocento

la Giurisdizione della Delegazione di Pavia, a cui era passata la gestione della struttura, viste le malsane condizioni dell'Annunciata, affidò all'ing. Carlo Braghi il compito di ampliare il nosocomio verso via del Carmine (attuale via Annoni). Fu così realizzato tra il 1830 ed il 1831 un secondo cortile.

Ma il progetto di ampliamento più vasto venne affidato all'ing. Carmagnola che dal 1854, procedendo a rilento fino alla sospensione dei lavori per



manca di fondi nel 1862, riuscì a prolungare il fabbricato verso ovest ed a rialzare tutta la struttura esistente di un piano fino a formare quattro cortili.

Nel 1862, in attuazione alla legislazione sabauda sulle opere pie, venne istituita anche a Milano la nuova Congregazione di Carità, alla quale fu data la gestione della Pia Casa. Così, a partire dal 1871, divenute ormai insostenibili le condizioni all'interno dell'Annunciata, la stessa Congregazione commissionò a Giuseppe Balzaretto, architetto molto rinomato, il compito di completare l'opera del Carmagnola.

Egli non solo portò a termine l'incompiuta crociera a quattro cortili ma volle ampliare la struttura edificando tre nuovi padiglioni disposti a pettine verso la nuova strada aperta dopo l'interramento della fossa (oggi viale Serafino Dell'uomo) su cui fu aperta una terza entrata. I nuovi fabbricati, inaugurati nel 1873, permisero di riunire i degenti provenienti dall'Annunciata e portarono l'istituto ad una capienza di 900 letti.

Novità assoluta, prendendo

esempio dall'ospedale Maggiore di Milano, il Balzaretto volle che punto focale della nuova costruzione fosse la realizzazione di una chiesa dedicata a San Carlo. Struttura di stile eclettico, a doppia altezza con pianta centrale a croce latina, presenta un bell'altare sopraelevato con sacrestia seminterrata sottostante ed è arricchita da tele, alcune pregevoli, provenienti sia dalle soppresses chiese di Santa Chiara e dell'Annunciata sia dalla scomparsa cappella di San Giulio ubicata all'interno del convento dei Cappuccini. Secondo le esigenze tipiche di un lazzaretto, il progettista fece sì che i padiglioni posti al piano superiore ed attigui alla chiesa fossero collegati direttamente a quella così che i degenti, anche allettati, potessero seguire le funzioni liturgiche.

Al termine dei lavori la struttura, mantenutasi pressoché inalterata fino ad oggi, venne ad occupare un quarto del centro storico abbatense. Il complesso, formato da lunghi corpi di fabbrica a due piani, tuttora si sviluppa attorno a quattro cortili denominati "del pozzo, dei cedri, dei cachi, delle magno-



lie". Presenta, lungo corso San Martino, un'interessante facciata nella quale si aprono due ampi portoni a tutto sesto inseriti in un finto bugnato. Il fronte principale è stato recentissimamente recuperato nell'antico rivestimento, dove è stato possibile, e ritinteggiato secondo i colori originari dopo un'accurata indagine stratigrafica.

Nella gestione dell'istituto alla Congregazione di Carità, nel 1937, subentrò l'Ente Comunale di Assistenza di Milano (ECA) il cui comitato amministrativo al suo scioglimento nel 1978 assunse la

denominazione di Amministrazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) per diventare dal 2004 Azienda di Servizi alla Persona Golgi-Redaelli. Già dal 1966, però, il nome Pia Casa Incurabili, ritenuto inadeguato per le mutate finalità assistenziali, fu cambiato in Istituto Geriatrico Camillo Golgi in memoria dell'insigne medico, primario del nosocomio dal 1872 al 1876.

Infine, nel 1999, è stato inaugurato su corso San Martino un modernissimo padiglione in cui collocare reparti per la riabilitazione geriatrica e nuclei

per la cura del morbo di Alzheimer.

All'inizio del mese di maggio di quest'anno, a cent'anni dall'assegnazione del Nobel a Golgi, una lapide è stata posta dal Lions Club di Abbiategrasso nel luogo in cui aveva abitazione e laboratorio, e dove mise a punto la cosiddetta "reazione nera", scoperta che proprio nel 1906 gli valse il prestigioso premio per la medicina. Sue le parole scolpite nel marmo della lapide: "Educato a lavorare col minimum di mezzi, ricco del fuoco sacro del lavoro scientifico, pure trovandomi in una specie di isolamento, non ebbi difficoltà a continuare ad occuparmi ancora di ricerche microscopiche nel rudimentale laboratorio da me organizzato nella cucina del piccolo appartamento che mi era stato assegnato nel Pio Luogo. Ed è ad Abbiategrasso che (...) presentai all'Istituto Lombardo le mie prime comunicazioni sui risultati che, coi solitari miei studi, andavo ottenendo".

Allo scienziato, le cui celebrazioni continueranno nei prossimi mesi autunnali, era già stata dedicata la Sala Golgiana, spazioso ambiente situato al primo

piano dell'ala più antica dell'Istituto in cui, un tempo, era ubicata la chiesa di Santa Chiara. Il luogo raccoglie parte della preziosa documentazione inerente l'attività da lui svolta nel nosocomio e molti strumenti medico-chirurgici e di laboratorio, i più antichi dei quali risalgono a metà Ottocento ed ai decenni successivi.

Storia antichissima, dunque, di un complesso che ha ospitato nei secoli una pluralità di presenze tutte estremamente significative per il borgo. Storia di cui occorre tener conto anche ora in cui alcuni reparti dovranno essere dismessi per far fronte alle nuove esigenze ospedaliere, affinché non siano abbandonati ma rivitalizzanti, magari portando a compimento una delle ipotesi già sul tavolo del consiglio di amministrazione del Golgi-Redaelli che lì prevede ambienti in cui gestire il vasto patrimonio culturale dell'ente o luoghi adatti ad allestire un "museo della carità" o un archivio a cui far affluire l'enorme materiale cartaceo degli ex IPAB.

Silvana Lovati

Il Golgi oggi

Al turista che arriva in città gli abbiatensi mostrano con giustificato orgoglio la chiesa di S. Maria Nuova col porticato recentemente restaurato; lo portano a vedere il Castello Visconteo e, dove l'abitato si confonde con la campagna, la confluenza dei Navigli.

Ma Abbiategrasso ha anche altro: al centro, vicinissimo alla piazza, c'è un imponente fabbricato sede di un istituto geriatrico dal nome illustre: il Golgi, la cui storia affonda nel passato - come racconta in questo stesso numero Silvana Lovati - e che ha un presente di tutto rispetto.

Il Golgi - o la Pia Casa (i nomi vengono usati indifferente-mente) - è un istituto per anziani che si colloca nel Welfare di oggi in cui il cittadino ha la protezione sociale "dalla culla alla tomba", in cui la Costituzione sancisce la cura della salute come "diritto" del cittadino e contemporaneo "interesse" della società, in cui,

infine, l'anziano che una volta nella famiglia patriarcale (la quale, magari, viveva nei cortili a ringhiera e misurava il pane) era comunque assistito, oggi - in conseguenza di più fattori socio-economici (e anche culturali), necessita di un posto ad hoc. E sono le "case di riposo" belle, moderne, efficienti che ormai costellano il territorio.

Il Golgi, quindi, è una "casa di riposo". Ma è anche qualcosa di più, qualcosa di molto di più. E' un istituto di eccellenza scientifica in cui continua ancora oggi - in maniera adatta ai tempi, ma sostanzialmente con lo stesso spirito di una volta - una tradizione di accoglienza che è più dell'accoglienza, una storia di assistenza scientifica all'anziano che coniuga assieme il rigore dei parametri medici e la cura alla persona.

Una tradizione che ebbe inizio in maniera quasi aurorale già ai tempi di Giuseppe II, imperatore d'Austria che nel 1782 istituì la Casa dei poveri schifosi e impotenti (l'aggettivo "schifosi"

allora significava incurabili).

Quasi da subito intuì il valore dell'ergoterapia; è utile - anche dal punto di vista medico - tenere occupati i degenti con lavori manuali (ovviamente alla loro portata) e così già dopo solo sette anni venivano impiantate due manifatture, una di "calzette e berrette di lana" e l'altra di stuzzicadenti (incidentalmente quest'ultima diede fama anche oltre i confini ad Abbiategrasso come "al paes di stecch").

Già dall'inizio c'era l'assistenza sanitaria con primari medici, uno dei quali, il dottor Camillo Golgi proprio qui nella Pia Casa impiantò un rudimentale laboratorio di istologia per lo studio delle cellule nervose, poi proseguito come docente all'università pavese. Trent'anni dopo i suoi studi venivano premiati col prestigioso Nobel per la medicina.

Un esempio - dice Giorgio Sassi - di come la ricerca scientifica e l'attenzione ai malati possono convivere con successo.

Questo continua ancora oggi. Ancora nel 2006 la Pia Casa continua questa gloriosa tradizione. L'istituto geriatrico Camillo Golgi ha reparti di assistenza

sanitaria residenziale per anziani non autosufficienti e per ammalati di Alzheimer (con 300 posti letto), reparti di decenza riabilitativa (con un centinaio di posti letto) e reparti per l'assistenza domiciliare integrata.

Il tutto tende, in una parola, a ri-abilitare (quando questo è possibile) e, quando la riabilitazione è impossibile, ad assicurare l'assistenza, il che - in buona sostanza - è da sempre l'obiettivo della medicina da quando Galeno la inventò (e probabilmente anche da prima che la storia ci tramandasse il nome del famoso medico greco).

Questo è il Golgi di oggi.

Un luogo scelto anche come sede di tirocinio per studenti e giovani medici (vengono perfino dal Canton Ticino), un istituto in cui le cure agli ammalati sono oggetto abituale di incontri istituzionalizzati tra gli operatori sanitari e che vede quest'anno (centenario del Nobel a Camillo Golgi) una serie di seminari medico-scientifici.

Questo numero dei Quaderni è monotematico: tratta della "Sanità - Salute - Servizi alle persone".

Non poteva quindi mancare un pur succinto articolo che parlasse del Golgi. Di quello di una volta e di quello di oggi.

Tra l'ieri e l'oggi c'è lo scorrere del tempo con tutto ciò che questo comporta.

Gli edifici dell'Ottocento devono essere ristrutturati e poiché hanno anche valore architettonico, pure la Sovrintendenza ha voce in capitolo. La sanità dallo Stato è passata alla Regione e quindi anche l'attività del Golgi deve essere inserita nella programmazione regionale: gli Enti Locali comprensibilmente tendono ad avere in loco le Case di riposo per i loro cittadini.

Tutto questo determina nuovi problemi. Leggo sui settimanali locali: "Golgi: chiudono due reparti... un gruppo di ospiti e di lavoratori verso il "Redaelli" (che è a Milano).

Un insieme di temporanee difficoltà che probabilmente nel corso dei suoi 200 anni di vita la Pia Casa ha dovuto affrontare più volte.

Per quanto importante non è questo il punto. Il punto è invece che sono gli elevatissimi standard dei servizi erogati ciò che ha reso famoso il Golgi.

Questo è un patrimonio prezioso che, possiamo essere sicuri, non andrà disperso perché ormai appartiene alla coscienza collettiva che la "tutela" della salute è interesse di (tutta) la comunità", come recita l'articolo 32 della Costituzione.

Il Golgi è famoso, ma anche "amato".

Il Golgi non è solo un vanto della città di Abbiategrasso (accanto a S. Maria Nuova, al Castello, ai Navigli). E' anche qualcosa che la città sente come suo. Lo testimoniano quegli uomini e quelle donne che due volte al giorno vedono varcare il cancello dell'istituto: aiutano i pazienti al momento dei pasti, si siedono al loro capezzale e chiacchierano con loro (e soprattutto li lasciano parlare). Fanno sentire a queste persone che le mura dell'istituto non sono una barriera che le isola dalla comunità. Fanno capire, non con le parole, ma con la loro presenza che Pia Casa e città vivono in simbiosi. Adesso come una volta. Oggi come domani.

T. S.

Tra gusto e tradizione, l'arte del far cucina

Giù 'l bot Giù 'l risott

Ristampato in mille copie con l'aggiunta di altre ricette raccolte dopo un'ulteriore ricerca presso gli anziani, e corredato da un glossario, GIU' 'L BOTT GIU' 'L RISOTT introduce nel mondo della cucina popolare albairetense. Sulla falsariga della prima edizione del 1988, che ha avuto un grande successo tanto da essere esaurita in poco tempo, questo libretto presenta i piatti caratteristici del mondo contadino, suddividendoli in base agli ingredienti fondamentali: il riso, il maiale, l'oca, il pesce e la selvaggina, il latte, la farina...

Le ricette riprendono la capacità femminile di fare economia attraverso l'utilizzo completo della materia prima, elaborando tutto per poter trasformare il cibo: nell'arte della cucina popolare non si buttava niente perché ogni parte, specialmente quelle del corpo dei volatili, diventava una risorsa per un piatto nuovo. L'oca, per esempio, offriva la carne da arrostita, la punta delle ali per dar sapore alla "casoeula", il sangue per la base di

un ottimo tortino, le interiora (budella comprese) per cucinare la "pucia" da gustare con la polenta. Anche il suo grasso veniva utilizzato per condire gli alimenti, per conservare la carne e per friggere le frittelle (persigul), dolci tipici di carnevale.

Lo stesso avveniva per tutte le parti del corpo del maiale che si uccideva.

La recente pubblicazione ricalca gli obiettivi originari della prima edizione con la quale ritrova una continuità per non perdere le radici della nostra cultura alimentare. Inoltre si propone di valorizzare gli ingredienti di una cucina povera all'insegna della riscoperta dei sapori genuini, del gusto delle cose e della necessità di riappropriarci dell'essenziale nella vita.

Le ricette proposte sono di per sé un fatto culturale perché tale è l'alimentazione: basti infatti pensare a quanti aspetti rivelano le ricette di ieri e di oggi. Vi si trovano giustificazioni climatiche, mediche, estetiche, di moda, magiche e reli-



giose. Nella cucina popolare c'era anche la tendenza a riscattare e a sublimare il carattere materiale

degli alimenti poveri come i cereali, le erbe, le uova, i condimenti. Un esempio lo troviamo nella "süpa d'oro", vale a dire la "zuppa d'oro": il colore giallo-oro era tipico di una zuppa a base di cipolle soffritte nel lardo con aggiunta di acqua bollente e di pane di segale. Agli alimenti si conferivano anche proprietà terapeutiche magari inesistenti e se ne esaltavano le modestissime qualità come avveniva per le erbe dell'orto e della campagna.

Il momento di assunzione del cibo era un rito comunitario o familiare, e ne è prova il titolo della nostra pubblicazione: un intero paese che mangia la stessa cosa (il risotto) nello stesso giorno (la domenica) alla stessa ora (nel tardo pomeriggio), così che quel

cibo diventa un momento di aggregazione sociale. Le nostre ricette presentano numerosi piatti nati dalle tradizioni legate alle ricorrenze dell'anno agricolo e, in molti casi, scandite anche dalla liturgia: la zuppa e il pane dei morti (süpon e pan di mort) tipici del 2 novembre oppure il pane di miglio (pan mein) da consumare con la panna a San Giorgio sono solo degli esempi. Gli alimenti della cucina povera erano molto semplici e, siccome permettevano all'uomo di sopravvivere, venivano da lui messi sotto la protezione di forze superiori, tanto che presentavano anche esternamente segni religiosi, quali le croci fatte sul pane prima di cuocerlo nel forno.

Più che un ricettario, il nostro è un libro che riguarda un settore della storia locale e, come tutti i libri di storia, ci invita a fare delle considerazioni: il riunirsi intorno al tavolo era un modo e un mezzo di comunicare e di condividere, era un momento per riscoprire il senso della festa e dello stare insieme.

GIU' 'L BOTT GIU' 'L RISOTT: ogni domenica al botto del campanone, dopo la benedizione eucaristica e i vesperi celebrati in chiesa, in tutte le famiglie albairatesi si serviva un buon piatto di risotto.

Teresa Masperi



I misteri del fiume azzurro

La saga del Ticino

PRESENTAZIONE

Questo saggio vuole essere la naturale continuazione del volume di Alberto Arrecchi "LA SAGA DEL TICINO", edito dai Quaderni nel novembre 1982.

In quell'agile libretto l'autore andava ad indagare in quell'area della storia locale che potremmo definire "esoterica", sconosciuta ai molti, seppur presente nella tradizione. Racconti antichi, al confine fra la storia e la leggenda, che talvolta sfiorano il falso, ma che possono racchiudere verità nascoste.

Viaggeremo, se vorrete, tra fenomeni misteriosi, animali sconosciuti, stregonerie e incantesimi, senza credulità, ma anche senza l'arroganza di chi vuole negare tutto senza voler ascoltare.

E allora, cari amici, andiamo a conoscere questi misteri del Ticino.

La strana storia "d'i ball de foeugh"..

Questa è una delle storie che più spesso si sente raccontare dagli anziani. Tutte sono datate intorno agli anni della fine ottocento - primo trentennio del novecento. Chi racconta l'esperienza, o la tramanda riprendendo i ricordi dei genitori o dei nonni, narra di "palle di fuoco" che in campagna terrorizzavano i contadini. In rari casi la fiammeggiante apparizione si spinge sino nella casa del narratore, dove poi sparisce. In altri si limita a seguire per un tratto il fuggitivo, che girandosi durante la fuga, ad un certo punto non la vede più dietro di sé.

La tradizione indica anche un luogo dove il fenomeno appariva con maggior frequenza: si tratta del monastero di Torre de' Torti presso Pavia. Dalle finestre di questa chiesa sareb-



be uscita piu' volte la famosa sfera infuocata, che poi sarebbe sparita nelle campagne circostanti. A questo punto possiamo azzardare una serie di spiegazioni plausibili....

1) Allucinazioni. Il periodo su cui convergono le datazioni dei racconti e' uno dei piu' critici per la popolazione delle campagne. L'alimentazione dei contadini, costretti a lavori faticosi per svariate ore, e' molto povera. La carne e' un bene di lusso, e per nutrirsi si fa largo uso di cibi come la polenta, integrata dalle verdure provenienti dai campi. La pellagra colpisce duramente la nostra zona. Una dei sintomi, nei casi gravi e' l'apparire di allucinazioni, tal-

volta causate dal crearsi, sulle pannocchie conservate in condizioni precarie, di funghi e muffe tossiche.

Dopo svariate ore in campagna, sotto il sole e in condizioni di sottoalimentazione, si potevano generare allucinazioni visive come quelle dei racconti. La sparizione della visione avveniva quando il soggetto, sottoposto a un'emozione improvvisa, iniziava a correre, passando da uno stato di passivita' psichica a quello di attenzione della fuga.

2) Fulmini Globulari. E' un fenomeno fisico consistente in una scarica elettrica a forma tonda o ovale, luminosa e mobile, di diametro da pochi centimetri a alcuni metri durata da cinque a 20 secondi in media. La traiettoria e' irregolare, ed ha la capacita' di manifestarsi anche in luoghi chiusi, attraversando muri e finestre senza danneggiarli.

Parrebbe un fenomeno molto raro ma, da rilevazioni effettuate, la frequenza e' di uno ogni 4 fulmini normali. Riporto 2 osservazioni per confrontarle con le nostre "Ball de foeigh": Catania, marzo 1991. Durante il primo pomeriggio di una bella giornata di sole un globo di

circa 5 cm penetra all'interno di un'abitazione attraversando il vetro di una finestra chiusa senza danneggiarlo, rimbalza sul pavimento di marmo 3 volte ed esplode con un odore di zolfo e ozono.

(Da notare la presenza dell'odore sulfureo, caratteristica che una volta era attribuito delle apparizioni demoniache).

Smethwick (Inghilterra) 8 agosto 1975. Durante un temporale una donna viene inseguita e colpita da un globo di colore blu di 10 cm che le provoca un buco di 10 x 7 cm nella gonna prima di sparire. Il soggetto riporta anche una scottatura di primo grado alla mano sinistra con cui aveva cercato di allontanare la palla di fuoco. Qui le analogie con i racconti aumentano.

Se si verificano i dati a disposizione attualmente si scopre che la massima parte delle osservazioni del fenomeno sono avvenute per strada (24,6 %), nei prati (9,5%) e nei boschi (4,4%). I mesi più coinvolti nelle apparizioni sono giugno, luglio e agosto. Se si pensa che i contadini si trovavano proprio in quei mesi nei posti più indicati per le osservazioni, viene subito in mente il legame con le nostre palle di fuoco.

Leggende metropolitane. Non si può nemmeno ignorare questa ipotesi, specie considerando l'indole burlona di molti nostri concittadini. Va però osservato che il diffondersi di una storia inventata ad arte da un luogo ad un altro è oggi facilitata dai moderni strumenti di comunicazione (internet, cellulari, tv e giornali). Solo 60 anni fa molta gente era semianalfabeta, la tv un lusso per pochi, e la diffusione sul territorio di notizie avveniva molto lentamente. Come è possibile quindi che in un'area ampia come quella comprendente le province di Varese, Novara, Pavia e Milano, si rilevi la presenza di racconti con esperienze sostanzialmente simili?

PANSANEGHE (Favole) Non possiamo neanche scartare l'ipotesi di storie derivanti da racconti inventati per occupare il tempo, come nelle lunghe serate invernali o per addormentare i bimbi.

Ne ho trovata una stranamente somigliante sul libro "Fiabe Prealpine", che raccoglie racconti tradizionali della provincia di Varese. Questa in particolare arriva da Casale Litta. "Il Peppin era un ricco mugnaio che in vita diceva di non avere

bisogno di nessuno, neanche del Signore. Ma era molto generoso con tutti e buono di carattere. Muore, ma San Pietro non lo vuole, perchè snobbava il Paradiso. Lo manda dal Diavolo, ma neanche lui lo accetta, perchè era troppo generoso. Diventa un'anima vagante, invisibile di giorno e fantasma di notte. Poi un angelo pietoso lo trasforma in una palla di fuoco sospesa a mezz'aria e lo piazza nelle paludi di Daverio, per allontanare la gente dal pericolo delle sabbie mobili. La gente però scappa senza farsi avvicinare, spaventata dal fuoco del globo che le si avvicina. Alla fine però riesce a salvare una mamma col suo bambino malato dal rischio della palude e viene portato in Paradiso tra i beati. Anche qui gli elementi del racconto si adattano bene : il globo, l'inseguimento, la fuga ... Resta da scegliere quale sia la verità. Noi facciamo come il Don Lisander del Manzoni e lasciamo ai posteri l'ardua sentenza per dedicarci a...

STREGHE E SABBA DEI PAESI TUOI...

Perche' interessarci di quelle degli altri , quando , come per i

buoi e le mogli , ne abbiamo avute in abbondanza anche qui? Non pensavate che la nostra zona fosse degna dei fatti de "Il nome della rosa"? Avrete di che ricredervi quando ci addentreremo nei resoconti ! Sappiate pero' che lo faremo in maniera cronologica, per ordine di data, cosi' potrete scoprire alcune cose veramente curiose...

1332- Bartolo da Sassoferrato scrive un Consilium al vescovo di Novara, Giovanni Visconti, sul da farsi in merito ad una strega di Orta. E' il primo documento italiano processuale relativo a un caso di stregoneria. Giovanni diventerà poi Arcivescovo di Milano, la strega invece un mucchietto di cenere...

1385 16 settembre - Il podesta' di Milano condanna Gaspare Grassi di Valenza al patibolo. L'accusa e' di essere "pubblico negromante, incantatore di demoni, uomo di eretica pravità' e di abiurata eresia". La folla partecipa numerosa al broletto. E' la prima condanna alla pena capitale a Milano.

1390 26 maggio - Sibilla Zanni e Pierina de Bugatis sono condannate al rogo a Milano. Hanno ammesso sotto interrogatorio da parte dell'inquisitore



di avere partecipato al "gioco di Diana, che chiamano Erodiade e di aver chiamato Madama Horiente la signora del gioco". Ricordatevi questi nomi, perchè ritorneranno ancora come accuse. Forse si trattava di riti pagani ancora in uso, oppure di riunioni atte a tramandare conoscenze mediche. Pierina precisò infatti che Horiente "insegnava ai membri del consesso le virtù delle erbe, i rimedi per curare le malattie, il modo di trovare le cose rubate ecc."

Fatto sta che vengono considerate al pari del Sabba dagli inquisitori, con le conseguenze che si possono immaginare.

1416 - Processi di massa alle streghe nel comasco. Antonio da Casale consegna al braccio secolare in un anno 300 streghe perchè siano giudicate. Nella

Lomellina e nel novarese le accuse di stregoneria senza prove aumentano esponenzialmente durante l'anno.

1460 - Gerolamo Visconti, domenicano, scrive dei trattati basati sui processi da lui seguiti a S.Eustorgio a Milano. In essi si afferma che: "il gioco di Diana si verifica realmente e non è una semplice illusione".

1483-1485 - Processi contro le famose Streghe di Bormio: resta abbondante documentazione del processo alla Ceriga Vecchia e alla figlia. Si consiglia la lettura a chi volesse conoscere come si svolgeva il "processo" e di quali garanzie godessero gli accusati. La caccia a Bormio continuava sino a che il vescovo di Como, sotto sollecito dell'arcivescovo di Milano, provvederà a "raffreddare gli animi" inviando i suoi uomini fidati a esaminare gli atti.

1490 13 settembre - Viene bruciata al Broletto a Milano Antonia da Pallanza, già strega in Novara.

1505 - Samuele de Cassinis nega che esistano streghe e eseguano gli atti di cui vengano accusate. Rischia grosso: il

domenicano pavese Vincenzo Dodo ribadisce che le streghe esistono, e che chi nega la loro esistenza e' un sospetto sostenitore delle loro malefatte...

1523- Pico della Mirandola , uno degli uomini più colti dell'epoca sostiene, dopo aver assistito a processi a Bologna, che le streghe esistono e hanno poteri malefici.

1550 - Gerolamo Cardano di Pavia pubblica il "De Subtilitate". In esso parla di come le carenze dell'alimentazione provochino disturbi mentali nelle donne accusate di stregoneria e di come le erbe contenute negli unguenti da loro usati causino l'allucinazione del volo verso il sabba.

E qui, cari lettori, dobbiamo proprio aprire una parentesi. Gerolamo era il figlio, famoso per la sua cultura, del matematico pavese Fazio Cardano.

Quest'ultimo aveva dichiarato che il 13 agosto 1491, nella sua casa ebbe una singolare visita. "Era ormai buio , le otto di sera, e all'improvviso vidi in casa sette uomini vestiti di toghe di seta scarlatta, con pettorali dello stesso colore, con calzari risplendenti. Si trattava di 2 ambasciatori , accompagnati rispettivamente l'uno da due e

l'altro da 3 uomini del proprio seguito. Uno era rubicondo, l'altro di colorito più chiaro.

Dichiararono di esser come gli uomini , ma fatti d'aria e di poter vivere sino a 300 anni. Ebbero con me una conversazione sull'immortalità dell'anima durata 3 ore, sino a notte fonda, poi sparirono".

Una bella coppia davvero: il figlio nega l'esistenza di fattucchiere, sabba e stregoni, dimenticando che il proprio padre pochi anni prima raccontava storie di "Incontri ravvicinati del terzo tipo" con ambasciatori vestiti alla Star Trek...

1568 - Carlo Borromeo chiede la cattura a Luino di Domenica de Scappi, "denunciata al offitio della sanctissima inquisizione per stria notoria". Santo sì, ma di mano ferma con le fattucchiere!

1569- Carlo Borromeo ha dei contrasti con il senato milanese che non vuole condannare otto streghe di Lecco.

1573- A Rosate, Giovanni Pellegrini denuncia 2 sospette megere sono : "Chaterina appellata la Franzosa , vedova , quale habita nel luogo di Zelo, plebe di Rosate e per pubblica voce et fama di strega" e "Antognina moglie di Matheo

Zucona qua in Rosate , et hora e' remandata in el luogo di Santa Soffia nel pavese e ancora lei per pubblica voce e fama strega".Dopo una attento interrogatorio dell'accusatore, il procedimento viene sospeso.

1579 - Johann Wier, medico, considera in un suo libro le streghe come "vecchie melanconiche ,non padrone dei propri sensi, che a causa dei loro cervelli sconvolti credono di fare cose impossibili". Anche lui viene attaccato violentemente dagli ambienti scientifici ufficiali.

1598 - Il comune di Milano pensa di dover costruire un carcere dedicato a negromanti e streghe.

1603 - Vengono bruciate alla Vetra: Isabella Arienti e Gabbana de la Montina (vicino a Vermezzo).

1611 - Il governatore di Milano scrive una lettera all'ambasciatore spagnolo presso il papa lamentando l'inerzia dell'inquisizione e descrivendo Milano e provincia come infestate da fattucchiere.

1617 4 marzo Al termine di un processo durato 4 mesi viene bruciata la 43enne fantesca pavese Caterina de Medici .Era accusata di aver tentato di avvelenare e "istriare" il suo

padrone, il senatore Luigi Melzi di Magenta. Caterina molti anni prima era a servizio presso il capitano Vacallo , e innamoratesi di lui aveva tentato di ottenere la sua attenzione con la pratica del "nodo d'amore". Non funzionò bene quel sortilegio, dato che il capitano la scacciò quando si avvide delle sue intenzioni. Nel 1616 il Vacallo ando' a trovare il Melzi , ammalato e debilitato e con un esaurimento nervoso.

Riconobbe la serva che era stata da lui allontanata dopo il ritrovamento del famoso nodo, e la indico' al Melzi come fattucchiera.Fu a forza costretta a cancellare il presunto sortilegio al Melzi,e portata al capitano di giustizia , sotto tortura confessò ogni genere di assurdità'.

Venne condannata a portare una mitria con la descrizione del delitto e figure diaboliche, fu caricata su un carro e "tenagliata" sino alla Vetra.

Per la prima volta fu usata la Baltresca, un palco che permetteva alla folla di poter godersi lo strangolamento che precedeva il rogo con ottima visibilità da tutte le angolazioni.

1623 - La chiesa con la bolla "Onnipotentis Dei" segna una svolta nell'atteggiamento

seguito nei processi. Si condannano le persecuzioni eseguite senza testimonianze e prove. I processi diventano più accurati e le accuse verificate prima di procedere.

1641- ultime 2 streghe bruciate a Milano. Nelle valli alpine i processi continueranno sino al 1721.

1788 - Giuseppe II fa bruciare tutti i documenti dell'inquisizione milanese che coprono il periodo dal 1314 al 1764. Quello che abbiamo sono dati provenienti da trascrizioni di atti pubblici o citati in documenti non appartenenti all'inquisizione.

1811- Il Parroco di Besate annota che "Nel primo giovedì del mese di marzo, al tramontar del sole, sembrava fosse designata quell'ora ad insultar le streghe....e d'altronde invaleva l'opinione di malefici delle streghe."

1913 - Il Parroco di S. Stefano Ticino scrive : "Qualche raro caso crede ancora nelle streghe" rispondendo ai questionari delle visite pastorali arcivescovili.

Su quello che abbiamo raccontato credo sia utile fare alcune considerazioni. Inanzitutto la proporzione tra streghe e stregoni è sbilanciata verso le

donne. Probabilmente il tramandarsi di conoscenze di medicine naturali era trasmessa da madre a figlia. La chiesa medioevale, già sospettosa verso le donne che non "stavano al loro posto", fece il resto. L'equazione "ritrovo di donne sospette -> sabba" venne quasi immediatamente.

Per condannarle servivano però degli accusatori e delle prove. Se si leggono i rari resoconti dei processi si scopre che i teste difficilmente accusano direttamente. Abbondano i "si dice", "e' per fama pubblica", "qualcuno ha visto che..". Nel caso di Rosate, in cui l'accusatore attacca direttamente, le prove sono così assurde che alla fine si sospende il processo. Quindi la colpevole era scelta più dalla comunità intera come un caprio espiatorio, che chiamata in causa da qualcuno. Non per niente i picchi di processi si ebbero durante carestie o le guerre.

Una particolare attenzione va data alle accuse degli inquisitori e degli appartenenti alle classi dominanti. L'inquisitore chiede alla strega di confermare quello che lui già si aspetta di ascoltare. E' un dialogo con un sordo: solo quando ottiene

la risposta voluta passa ad altra domanda.

Le testimonianze dei nobili sono invece autoreferenzianti. Se io, senatore Luigi Melzi, portò una serva dal capitano di giustizia accusandola di avermi stregato e' OVVIO che , per il mio grado, sto dicendo la verita'.

Nessuno si pone il dubbio se sia il caso di farmi delle domande sul fatto, dato che sono io stesso un amministratore della giustizia.

Vi sono poi le testimonianze delle vittime. Il piu' delle volte sono state ottenute con la tortura, e per far cessare i dolori esse sono disposte a raccontare di tutto, anche se comporta una condanna a morte. In altre sono gesti di sfida, come quello di Petrogna di Pedenosso. Un giorno ragionando con lei qualcuno disse" beato chi sta ben con Dio , che mai l'abbandona chi ricorre a lui" e lei rispose"se Dio aiuta s'e ben, se non el ghe anch'altri ch'aiutta"(alludendo al DEMONIO).

Un'ultimo affronto a un tribunale che gia' l'aveva condannata a morte. Per quanto concerne alle descrizioni fatte dalle imputate del volare verso il sabba, degli incontri con Satana, e di tutti i malefici com-

messi, vale quanto affermato dal famoso medico G. Battista dalla Porta. L'uso di grasso mescolato con acqua, aconito e solano (chiamato anche belladonna o erba delle streghe) e altre erbe era comune tra le adepti.

Con questo composto le streghe si strofinavano il corpo sino a dilatare i pori, ed assorbire quindi tramite la pelle le sostanze psicotrope in esso contenute. A questo punto si "crede di volare, di banchettare , di incontrarsi con il demonio", racconti messi a verbale dai notai ai processi.

Storie di emarginazione, di rifiuto del diverso o di chi mostrava conoscenze "misteriose", finite purtroppo nel sangue. Oggi le streghe che volano al sabba sul bastone non ci sono più: ve ne sono altre che volano sulle onde della televisione entrando nelle case e nei cervelli, causando ben più gravi danni. Forse un poco di inquisizione non farebbe male a chi si beffa del prossimo colpendolo là dove è più debole!

Roberto Perotti

(I parte - continua)



Nell'occasione presentato il libro di Villani e Guerrieri

Quale Welfare per l'alloggio?

“Non basta una politica per la casa fondata unicamente sulla realizzazione di alloggi se poi a questa non vengono affiancati interventi coerenti sotto il profilo dei servizi da offrire alla popolazione”.

E' quanto emerso lunedì 29 maggio, al Centro Studi J.F. Kennedy all'interno del convegno intitolato “Quale Welfare per l'alloggio?”.

Da tempo, infatti, il Centro Studi Kennedy, retto dal presidente On.le Ambrogio Colombo, ha avviato una approfondita riflessione su quest'argomento, grazie alla collaborazione con alcuni docenti dell'Università Cattolica di Milano - in particolare modo, il professor Andrea Villani del Dipartimento di

Economia Politica - tanto da arrivare a realizzare un vero proprio spazio di confronto, il Forum “La Casa per tutti”.

In questa prospettiva si è inserita, pertanto, anche l'iniziativa “politica e non partitica” - come ha tenuto a sottolineare il presidente Colombo - dello scorso 29 maggio.

A cui, tra l'altro, hanno presenziato diversi volti noti della politica del territorio come il Sindaco di Abbiategrasso Alberto Fossati, il consigliere regionale Francesco Prina e il consigliere provinciale Marco Re.

Intorno al tavolo, il direttore editoriale della nostra rivista Massimo Gargiulo - che ha moderato il dibattito - Andrea Villani, Enrico Maria Tacchi,

del Dipartimento di Sociologia della Cattolica e Pierluigi Rancati del Siset Lombardia.

Avrebbe dovuto intervenire anche l'assessore regionale Giampietro Borghini ma la concomitanza del voto di Milano gli ha impedito di essere presente. Al suo posto un "tecnico", l'architetto Boffi dell'Assessorato alle Politiche per la Casa della Regione.

E' stato proprio quest'ultimo ad aprire la sequela degli interventi ricordando come dopo Tangentopoli spesso i tecnici abbiano dovuto occupare spazi che in precedenza erano di competenza dei politici. "Ora però - ha aggiunto - abbiamo ritrovato il giusto punto d'equilibrio".

Quindi, la parola è passata a Villani, che insieme al collega Vincenzo Guerrieri, di recente, ha dato alle stampe il volume "Sulla Città, oggi. Per una nuova politica della Casa".

Il docente dell'ateneo di Largo Gemelli - dove è stato creato un vero e proprio staff sul tema del "Social Housing" - si è soffermato su alcuni punti del suo volume.

Una produzione, frutto di un grosso lavoro "fatto sulla strada". Non a caso Villani e



Guerrieri, hanno raccolto diverse esperienze. Anche fuori dai confini italiani. Hanno studiato quanto fatto a Grenoble o a Toulouse per risolvere quella che sta diventando una vera e propria emergenza sociale. Tantissimi i contributi raccolti anche nei centri della provincia milanese, come Gaggiano, Abbiategrasso o Corbetta. "I Comuni sono sempre e comunque i primi responsabili in queste scelte". Anche Villani ha enfatizzato la problematica sociale. "Nel nostro Paese la

politica dei 'contratti di quartiere' si è rivelata un vero fallimento, in quanto, non è stata affiancata da interventi sociali all'altezza. Non basta costruire mille case nuove, se poi non si cambia la testa alla gente che le abita...".

Luigi Rancati del Siset ha invitato "a tornare ad un forte investimento da parte del pubblico, anche se oggi, per la verità, il trend è per i progetti 'auto-finanziati'". Quindi, un riferimento all'edilizia economica popolare: "I Comuni non devono vedere questo come intralcio o, peggio ancora, come sinonimo di degrado. A patto, evidentemente, di condurre un'adequata politica d'accompagnamento alla persona".

Enrico Tacchi del Dipartimento di Sociologia della Cattolica ha inteso sfatare alcuni "falsi miti". "In primo luogo - ha esordito - quello secondo il quale, il problema della casa sia solo milanese. Al contrario, deve essere esteso a tutta l'area metropolitana, perché, ormai, la Città Metropolitana, sta diventando qualcosa di reale, grazie al Passante Ferroviario o ad altri interventi che vanno in questa direzione (vedi il servizio di

trasporto integrato urbano per esempio). E poi vivere in provincia o a qualche chilometro dal centro di Milano, oggi, non può certo significare essere sradicati dal proprio tessuto sociale".

Seconda "precisazione" di Tacchi: "Non ha senso dividersi nel partito di chi vuole la casa di proprietà a tutti i costi e chi, invece, è un sostenitore dell'affitto. Diversamente, si deve tutti concorrere per la realizzazione di un obiettivo unico: la casa per tutti".

Infine, la chiosa che è anche una provocazione: "Nel nostro Paese parlare di edifici multipiano (tipo grattacielo) suona come una bestemmia. Eppure, in Nord America e altre parti del globo, non è così. Anzi. Questa sarebbe sicuramente una via per fare scendere i prezzi delle case, visto che oggi, il vero problema, è il costo delle aree edificabili e con questa soluzione ci sarebbero più soggetti con cui dividere i costi".

Come dicevamo, però, sono cose dell'altro mondo. Almeno per il momento.

Fabrizio Valenti

Amintore Fanfani

Le poche biografie di Fanfani si riferivano al periodo in cui lo statista era ancora vivo. Per la prima volta vengono ora alla luce, con il libro di Vincenzo La Russa, alcuni documenti inediti trovati nell'Archivio Storico dell'Università Cattolica di Milano, l'ateneo dove il giovane Amintore si laureò in economia e dove si svolse tutta la sua rapida e prodigiosa carriera accademica.

Ma vengono alla luce anche i giudizi positivi espressi dal giovane docente sul corporativismo fascista e sull'impero.

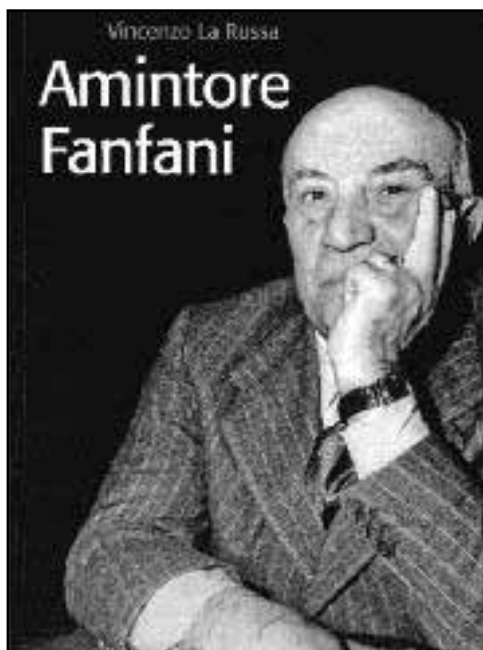
L'autore chiarisce che Fanfani non ebbe mai con il regime alcun rapporto organico ma esprimeva solo delle opinioni. Il corporativismo, anche alla luce della dottrina sociale della Chiesa, rappresentava per lui il superamento di collettivismo e capitalismo: "sfugge a lui come ad altri - scrive, però, l'autore -

che per i pensatori cattolici (e gli stessi Pontefici) la solidarietà fra le classi è un dovere morale (e anche religioso a somiglianza della fraternità degli uomini in Cristo) mentre per il corporativismo fascista quella solidarietà diventava subordinazione ad un interesse superiore, giuridicamente tutelato dallo Stato".

Inediti anche alcuni episodi del suo forzato esilio in Svizzera durante il periodo della Resistenza: i suoi vivaci e polemici incontri con i democratici cristiani internati nella Confederazione come Edoardo Clerici, Gaetano Carcano, Piero Mentasti, Vincenzo Torriani, Adrio Casati, Gustavo Colonnetti e altri.

Perché queste polemiche? Fanfani non riteneva maturo il momento perché i cattolici italiani esprimessero un partito politico.

Un giorno, tuttavia, ad esilio finito, Dossetti, vice segretario



nazionale dc, lo chiamò a Roma a collaborare con l'Ufficio Propaganda della DC. Inizia allora un lavoro serrato che porterà il protagonista, talvolta in parziale disaccordo con Dossetti e Lazzati, a far parte del governo.

Collaboratore di Alcide De Gasperi, entrerà nella storia - come ministro del Lavoro - dando il suo nome al Piano Casa, un momento essenziale del suo essere cristiano nella vita pubblica.

Ma come furono trovati gli strumenti finanziari per il Piano Casa? Il libro rivela che in

un primo momento il progetto di legge prevedeva, anche su consiglio di La Pira, di togliere la "tredicesima" a tutti i lavoratori per finanziare il Piano! Anche la Riforma agraria, la più ardita ed originale riforma della Prima Repubblica, iniziata da Antonio Segni, porta sostanzialmente il nome di Fanfani che successivamente la attuò e ne gestì tutte le tappe con le opportune modifiche.

L'autore, avvalendosi poi degli inediti diari custoditi in Senato, ricostruisce poi la storia delle vittorie, delle sconfitte e dei cambiamenti di fronte (da leader della sinistra dc ad animatore delle correnti anticomuniste del Partito) di un protagonista dell'Italia repubblicana, un uomo di cui alla fine - con la DC scomparsa - si ha persino nostalgia.

Il volume è stato presentato alla Fiera Internazionale del Libro di Torino dagli storici Francesco Malgeri, Alfredo Canavero, Angelo Sindoni e da Gerardo Bianco ed Emanuele Macaluso.

Il libro è completato da un ampio corredo fotografico e dall'elenco di quasi seicento nomi in esso citati.

In ricordo di Piervirgilio Ortolani

Imolti amici che hanno conosciuto Piervirgilio Ortolani hanno potuto misurarne la carica umana, l'ottimismo, l'entusiasmo, la capacità di commuoversi, ma soprattutto hanno potuto misurarne l'immensa capacità di dedizione per il prossimo, per il "bene comune" realizzato secondo le indicazioni e gli esempi dei suoi Maestri - Maritain, Lazzati, Pastore, Calvi - "da cristiano".

Per questo motivo desideriamo ricordarlo qui a poco più di un mese dalla sua scomparsa dalla scena terrena, avvenuta il 15 maggio scorso nella sua Turate. Ortolani nasce a Milano il 26 settembre 1921. Lavora alla Richard Ginori (fabbrica di pregiate porcellane), dove nell'immediato dopoguerra viene eletto nel Comitato di

Liberazione Nazionale.

Nel 1945 è chiamato alle ACLI di Varese e nel 1947 è commissario alle ACLI di Caltanissetta. Nel 1948 è richiamato a Milano dove opera nella LCGI nata dopo la scissione sindacale. Da quel momento è impegnato nel libero sindacato e, quando nel 1950 nasce la CISL, è nominato Segretario aggiunto con Ettore Calvi, Segretario Generale. Nel 1959 sostituisce Ettore Calvi, eletto deputato.

Ortolani è presente e attivo, costantemente impegnato per l'affermazione del libero sindacato e per l'autonomia organizzativa e finanziaria della CISL. In quei momenti di grandi conflitti dentro e fuori il mondo del lavoro, Ortolani avverte l'urgenza di formare giovani preparati e, avvalendosi della collaborazione dei professori



Guido Baglioni e Sergio Zaninelli dell'Università Cattolica di Milano, organizza i primi corsi residenziali a Villa Gazzada, mentre per la preparazione dei dirigenti sindacali viene utilizzato il Centro Studi di Firenze.

Dopo l'esperienza CISL, Ortolani viene eletto nel 1970 Consigliere della neonata Regione Lombardia, diventandone successivamente Vice

Presidente del Consiglio e quindi Assessore.

L'ultimo suo impegno, al quale tuttora si dedicava con grande passione, è stato quello della "Sacra Famiglia" di Cesano Boscone, ponendo nel sostegno per i minorati, soprattutto mentali, gli "ulti-

mi", la stessa dedizione e la stessa passione che aveva dimostrato fin da giovane nel suo impegno sociale, mantenendo sempre e in ogni circostanza un atteggiamento chiaro e lucido, all'apparenza semplice e modesto, ma teso a dare concretezza alla sua nativa generosità e alla matura coscienza cristiana che lo ha sempre guidato.

Il cuore di tenebra del XXI secolo

L'ultimo saggio di Gianstefano Frigerio si apre con una prefazione dell'ex presidente del Consiglio Silvio Berlusconi tesa ad illustrare ed approfondire i punti saldi della politica estera dell'Italia. Il volume si concentra, quindi, sulla tragica emergenza del terrorismo fondamentalista e sugli altri focolai

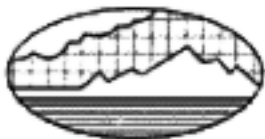
di scontro nell'assetto mondiale (Iran, Palestina, Caucaso, Africa, Afghanistan, Balcani, ecc.).

Frigerio ritiene che la fase acuta del terrorismo fondamentalista, con cui dovremo comunque convivere per lunghi anni, possa essere cronicizzata solo evitando lo scontro di civiltà, attraverso un dialogo forte, coraggioso, carico di ideali e di identità.

Questa strategia di vasto respiro deve essere sostenuta ed arricchita con altri obiettivi essenziali: una globalizzazione più rispettosa dei diritti umani e delle identità culturali; l'unità dell'Occidente; l'Europa che recuperi il senso delle sue radici cristiane; un forte aiuto allo sviluppo dell'Africa; il rilancio della Road Map in Palestina; un potenziamento dell'ONU come strumento di governance mondiale.

"Il cuore di tenebra del XXI secolo" di Gianstefano Frigerio, Edizioni Bietti Milano. Euro 16.





SERMA s.r.l.

MISURE AMBIENTALI



**Conoscere il
proprio territorio.**

**Con la
SERMA
é una realtà.**

La SERMA srl Misure Ambientali é una moderna impresa operante nell'ambito delle *"Scienze del Territorio"*.

In particolare, svolge la propria attività nei settori: geotopografico, fotogrammetrico, cartografico, ambientale.

L'esperienza pluriennale dei soci con la collaborazione dei tecnici altamente specializzati e con l'ausilio di strumentazioni e software modernissimi, pone la SERMA tra le aziende leader del settore fotocartografico.



SERMA s.r.l.
MISURE AMBIENTALI

20017 RHO (Mi)
Via Magenta, 77 int. 4/C
Tel. 02.93505918-Fax 02.93505921
e-mail: info@serma.it - www.serma.it

Una scia di grazia

Ci eravamo lasciati (cfr. Quaderni n° 56 "Il fortino assediato") nella convinzione di quanto sia importante far conoscere le novità ecclesiali in atto nei due decanati che più da vicino ci riguardano: Magenta ed Abbiategrasso. Ed eccoci puntuali a renderne nota.

Innanzitutto occorre ricordare che in Abbiategrasso non si sono ancora spenti l'entusiasmo e la commozione per la venuta della Madonna Pellegrina di Fatima. Dal 7 al 14 maggio una folla enorme ha sostato silenziosa ed orante nella basilica di Santa Maria Nuova per implorare, con la preghiera ed il canto, la misericordia della Madre di Gesù. La settimana mariana - ricordava Mons. Masperi - è stata una privilegiata occasione pastorale data a tutta la comunità ed alla città che ha accolto l'effigie della Vergine per maturare un atteggiamento di preghiera, per evangelizzare i fratelli vicini e lontani, per interrogarsi sulla grande responsabilità di con-

durli a Gesù, per promuovere una devozione mariana seriamente fondata sull'insegnamento e sulla testimonianza della Chiesa, per conoscere e far conoscere il messaggio affidato ai tre pastorelli. Messaggio valido allora, adesso, per ciascuno di noi...per sempre!

Nell'importanza della preghiera quotidiana si concretizzava la prima insistente richiesta che il 13 maggio 1917 "la Signora vestita di bianco - così ce la descrive Lucia - più splendente del sole e che emanava luce più chiara e intensa di quella di un cristallo pieno di limpida acqua" implorava per ottenere la pace nel mondo e la fine della terribile Prima Guerra Mondiale. Ma oggi è meglio di allora? Ateismo teorico e pratico, secolarizzazione, rifiuto di Dio crescono nella nostra società e la Sua richiesta ci appare dunque più importante che mai!

La necessità della penitenza per ottenere la conversione dei peccatori era il secondo invito che la Vergine faceva a Giacinta,

Francesco e Lucia. Per questo il 13 luglio, durante la Sua terza apparizione, mostrava ai fanciulli terrorizzati l'inferno "dove - sono parole di Maria - vanno le anime dei poveri peccatori". Ma anche oggi quanti sono veramente convinti della sua esistenza? Quanti pensano realmente che il male sia una realtà oggettiva? Sovente nella nostra società, condizionata dal relativismo etico, nulla è considerato più peccato ed ogni desiderio diventa, solo per il fatto di esserlo, un diritto.

Infine la Madonna rivelava ai tre veggenti che Dio, per redimere le anime dei peccatori, voleva stabilire nel mondo la devozione al Suo Cuore Immacolato. Solamente così molti si sarebbero salvati ed il mondo avrebbe ritrovato la pace.

Si tratta, dunque, di tre temi essenziali, urgenti ed attuali, e sui cui, viste le migliaia di persone accorse nella settimana, ci pare di poter dire che facciano breccia o perlomeno interrogolino ed inquietino ancora molti cuori.

In quella settimana il prevosto ha affidato a Maria di Fatima anche l'altro grande evento che coinvolgerà la parrocchia di

Santa Maria Nuova a partire dall'ottobre di quest'anno per raggiungere il culmine tra il 18 marzo ed il 1° aprile 2007: la Missione Popolare Parrocchiale di cui ne stanno curando la preparazione gli Oblati Missionari di Rho. Padre Patrizio, uno dei responsabili della stessa, ricordava che, oggi, parlando di missione se ne può ridurre il profondo significato riferendolo semplicemente a chi opera in terre lontane o a chi si mobilita per aiutare economicamente le popolazioni in via di sviluppo. Ben più ampio e pregnante è, invece, il suo valore dentro l'esperienza cristiana in quanto essa definisce la natura stessa della Chiesa il cui compito è proprio quello di annunciare il Signore Gesù, morto e risorto, quale unico Redentore del mondo, dovunque e sempre.

E, quindi, la Missione Popolare Abbiatense si inserisce pienamente in ciò: anche Abbiategrasso è luogo di evangelizzazione; anche la comunità di Santa Maria Nuova ha bisogno di un rinnovato annunzio perché la smemoratezza e la fragilità, innanzitutto dei battezzati, necessita di un richiamo forte all'essenza del cristia-



nesimo. Richiamo tanto più urgente - proseguiva il Padre Oblato citando l'Esortazione Apostolica "Ecclesia in Europa" di Giovanni Paolo II - perché molti tra coloro che frequentano la Chiesa "pensano di sapere cos'è il cristianesimo ma non lo conoscono realmente. Molti battezzati vivono come se Cristo non esistesse: si ripetono gesti e segni della fede, specialmente attraverso pratiche di culto, a cui non corrisponde una reale accoglienza dei contenuti della stessa ed un'adesione alla persona di Gesù".

Si tratta pertanto di un evento pastorale straordinario (antece-

dentemente occorre rian-
dare agli inizi degli anni
Settanta del secolo scorso), di importanza insostituibile per un rinnovamento periodico e vigoroso della vita cristiana. Come ricordava il Cardinal Martini di "un tempo forte dello Spirito...di un cammino atto a far recuperare alla parrocchia la coscienza del suo esistere per la missione e farle assimilare quello stile missionario che caratterizza le autentiche comunità cristiane".

Non è dunque un'attività in più, bensì, per chi accetta di aderirvi, una proposta forte di conversione dei cuori attraverso l'ascolto e l'approfondita conoscenza della Parola di Dio. E qui vi è un'importante novità rispetto al modo con cui venivano condotte le Missioni anni addietro: la presenza dei laici precederà, da ottobre a marzo, la predicazione conclusiva dei Padri Oblati. Sarà, quindi, tutto il popolo di Dio e non solo gli "addetti ai lavori" a farsi carico dell'annuncio in quanto "tutti i fedeli sono esortati con forza ed insistenza ad apprendere la

sublime scienza di Gesù Cristo con la frequente lettura delle divine scritture”.

“L'ignoranza delle Scritture - rammentava Sant'Ireneo - è ignoranza di Cristo”.

Pertanto non saranno esclusivamente i sacerdoti a condurre la Missione ma anche un gruppo di adulti, animatori laici della Parrocchia, circa 60 persone, che già da gennaio 2006, con cadenza mensile o quindicinale, si stanno recando presso il Collegio dei Padri Oblati di Rho. Lì stanno seguendo l'apposita scuola biblica che si svolge in otto domeniche e che darà loro la preparazione indispensabile per saper animare, a partire dal nuovo anno pastorale, dei Gruppi di Ascolto. Vale a dire 10-15 persone per ogni gruppo il cui compito sarà quello di comprendere in profondità un brano evangelico da cui partire per alimentare la fede e giocarla nella concretezza della vita.

Il compito della suddetta scuola è proprio quello di offrire sia la metodologia da tener presente all'interno di una dinamica di gruppo, sia la conoscenza di alcune tematiche fondamentali di cultura biblica, sia l'ap-

profondimento dei brani del Nuovo Testamento che saranno oggetto di riflessione nei Gruppi di Ascolto. In pratica l'animatore dovrà essere capace di condurre l'incontro sui retti binari di una lectio divina popolare garantendo, nel rispetto delle leggi della dinamica di gruppo, un'elementare interpretazione del testo sacro. L'aggettivo popolare vuole esprimere la convinzione che la lectio divina può essere praticata da ampi strati di persone, anche da coloro che biblisti non sono ma che, tuttavia, sono animati dal desiderio di acquisire una discreta familiarità col testo sacro.

E quanto oggi ci sia bisogno di ciò è sotto gli occhi di tutti.

Verrà esplicitato successivamente e nel dettaglio l'inizio di questo nuovo ed interessante cammino nella speranza, e lo si è già visto con la presenza della Madonna Pellegrina di Fatima, che possa diventare un'occasione forte per ravvivare la fede di coloro che già credono ed avvicinare anche chi sta cercando un significato autentico per la propria vita.

Silvana Lovati

C'è Africa e Africa

C'è Africa e Africa, così come c'è viaggio e viaggio e come c'è ritorno e ritorno.

Tornano i “vacanzieri” che, affascinati da un depliant più bello degli altri, sono stati nei parchi africani o si sono crogiolati su spiagge abbacinanti sotto il sole dell'Equatore.

Tornano e dicono “Ho visto”. Hanno visto la “loro” Africa, hanno fatto il “loro” viaggio e, quando scendono alla Malpensa, il loro è il ritorno di chi è soddisfatto di aver avuto, come è giusto, una bella vacanza. L'anno dopo entreranno ancora in una agenzia per scegliere un'“altra” Africa, la “loro” Africa.

E tornano anche altri: non sono vacanzieri; non sono turisti.

Questi altri sono stati anch'essi affascinati: ma da qualche cosa di ben più grande di un paio di pagine patinate.

Quando questi tornano non dicono “Ho visto”, ma “Ho fatto”.

I “vacanzieri” quando ripensano alla “loro” Africa rivedono pigri leoni accovacciati all'ombra di un albero o mari d'un azzurro intenso.

Gli altri, invece, quando ritornano con il pensiero alla “loro” Africa, rivedono muri edificati o

pozzi scavati. Sanno che là a Gulu, là nel nord Uganda c'è - e rimane - qualche cosa costruita da loro. Non hanno visto, hanno fatto.

Questa, che sto raccontando, è una storia forse un po' strana, ma tuttavia vera. Una vicenda incominciata, forse un po' alla gari-baldina, un quarto di secolo fa.

Allora (1970), quando tutto iniziò, c'erano sostanzialmente due persone - un medico e un prete - e un grumo di idee. All'inizio tutto era un po' caotico, nel senso migliore del termine. C'era l'idea di aiutare (ma come?). C'era l'idea di fare qualche cosa (ma cosa?). C'era, infine, l'intuizione che la gente di qui sarebbe stata disposta a fare qualche cosa (ma sarebbe poi stata disponibile?).

Le idee talvolta si sovrapponevano le une alle altre; talvolta una scacciava un'altra; talvolta si fondevano assieme.

Insomma, solo cammin facendo presero forma.

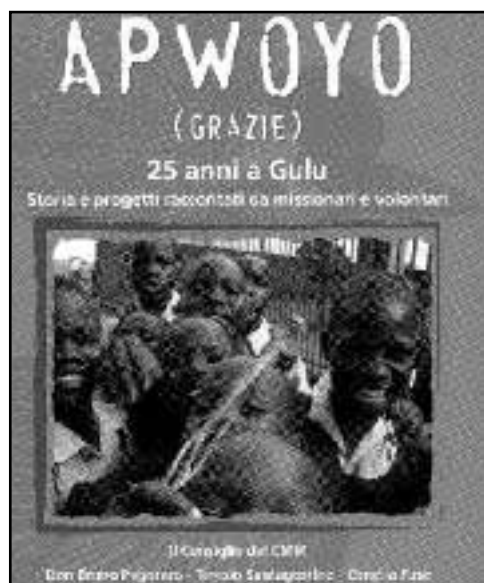
Poi finalmente venne inventata l'idea vincente: non invieremo aiuti; andremo giù noi ad aiutare, lavorando.

E così, conquistati da questa idea, partirono i primi. Era il luglio del 1981. All'aeroporto di Linate

undici persone: due maestre, un medico (quel medico), un assicuratore, un geometra, una casalinga ecc. attendevano l'aereo. Si erano pagati il viaggio, avevano fatto le vaccinazioni di rito, avevano elegantemente assicurato i famigliari che, vivi o morti, sarebbero comunque tornati.

Ed erano partiti così: un po' turisti, un po' volontari, un po' curiosi. La mattina dopo erano nel cuore dell'Africa nera: per la grande maggioranza (forse solo un paio c'erano già stati) quel primo giorno fu una serie continua di scoperte: il caldo africano, le piste rossicce, i mari d'erba della savana, le capanne coniche. All'indomani incominciarono a mettere i primi mattoni nelle fondamenta di una scuola di mestiere per le donne. Il progetto era del Vescovo locale e gli undici si fidavano di lui che essendo del posto sapeva quali erano le priorità. Gli undici passarono un mese a Gulu e, alla fine, quando si imbarcarono a Kampala per il lungo viaggio di ritorno erano un po' meno turisti. Erano cambiati in quel mese. Il progetto nebuloso di prima della partenza, ora si era chiarito: l'aiuto (che sembrava astratto all'inizio) aveva assunto una sua concretezza e un chiaro significato.

La cultura da contatto aveva funzionato. Ora sapevano esattamente



te cosa erano andati a fare e questo aveva suscitato entusiasmo, tanto che già certe idee cominciavano a germinare. Bisogna ritornare, bisogna finire quello che abbiamo incominciato.

Mentre l'aereo volava in direzione nord rivedevano le donne nelle capanne, risentivano le melodiose ondate di canti ritmate dai tamburi delle messe domenicali, ripensavano a quei muri di mattoni che adesso c'erano sul terreno destinato alla scuola e si preparavano a rispondere alle domande di chi li avrebbe attesi all'aeroporto (Come è andata? Cosa avete fatto?) con un'altra domanda: "Perché non vieni anche tu l'anno venturo?".

Il C.M.M. (Centro Missionario

Magentino) da grumo di pensieri stava diventando una corposa realtà destinata (ma questo l'abbiamo scoperto dopo) a crescere con il passare degli anni.

Dal 1970 al 2005 sono passati 25 anni. Come ogni anniversario che si rispetti, nel 2005 anche il XXV del Centro Missionario Magentino è stato celebrato come si deve. C'è stata la rituale cerimonia con i rituali discorsi e le altrettanto rituali foto. Questo, qui in Italia.

Laggiù qualcuno certamente ha pensato ad imbandierare in un modo o nell'altro la scuola di taglio e cucito (per le donne), l'orfanotrofio (per i bambini), l'Angelo Negri College (per gli adolescenti) e - infine - quei tre pezzi di muro di un edificio appena iniziato (per le ragazze madri stuprate fisicamente e moralmente da una guerra strisciante di cui poco si parla, ma che c'è). Questo, laggiù a Gulu.

Ma 25 anni - un quarto di secolo - sono anche un pezzo di storia. Tante vicende sono accadute in questo lasso di tempo. Vicende personali e vicende di una terra, della terra degli Acioli (la provincia dell'Uganda dove è situato Gulu).

Il Consiglio del C.M.M. l'anno scorso ha maturato l'idea di raccogliere tutte queste vicende, tutte queste storie, per scrivere la

storia del C.M.M. e quella del nord Uganda. Le due storie si sono intrecciate continuamente. Ne è nato un libro di piacevole lettura (ed è questa la prima qualità di un libro), ma soprattutto di serie e coinvolgenti riflessioni.

Il titolo è Apwoyo (Grazie) - 25 anni a Gulu - Storia e progetti raccontati da missionari e volontari.

(Apwojò è reperibile presso Ceriani Tarcisio, presidente del C.M.M. - tel 02.97.94.434

e-mail: centro.missionario.magentino@gmail.com)

Come c'è Africa e Africa (e relativi viaggi e viaggi, ritorni e ritorni) così ci sono libri e libri che parlano dell'Africa.

Questo libro - Apwoyo - è il libro di quelli che sono andati in Africa affascinati da qualche cosa di ben più grande di un paio di pagine patinate, di quelli che quando sono tornati non hanno detto "Ho visto", ma "Ho fatto". Infine Apwoyo è il libro anche di quegli altri, di quelli di laggiù che, forse dalla presenza (anno dopo anno) dei volontari del C.M.M. sono stati aiutati a sperare nonostante tutto.

Questo è - insomma - il libro dell'"altra" Africa.

Forse vale la pena di leggerlo.

Teresio Santagostino



**i QUADERNI
DEL TICINO**

Redazione e
Amministrazione
20013 Magenta
Via C. Colombo 4
Tel. 02/9792234
www.quadernidelticino.it



Euro 5,00