

# 500 giorni

## *Appunti sulla prima parte del mandato amministrativo*

Giuseppe Paruolo

Assessore alla Sanità del Comune di Bologna

Premessa.....	1
Struttura del documento .....	2
1 IN GIUNTA.....	2
1.1 Il ruolo politico: l'esempio del documento sulla legalità .....	2
1.2 Un approfondimento: l'atto di indirizzo sull'abusivismo edilizio .....	3
1.3 Il lavoro giorno per giorno.....	3
2 LA SANITÀ .....	4
2.1 Le aziende sanitarie del bolognese .....	4
2.2 La CTSS (Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria) .....	5
2.3 I temi affrontati in CTSS e le priorità di lavoro.....	5
2.4 Il Comitato di Distretto.....	7
2.5 La rete territoriale priorità per Bologna .....	8
2.6 Il Piano per la Salute.....	9
2.7 Le attività di promozione della salute.....	9
2.8 L' integrazione delle politiche sociali e sanitarie .....	10
2.9 E-care, terreno di sperimentazione.....	11
2.10 Sistemi informativi sanitari orientati al cittadino.....	12
3 LE ALTRE COMPETENZE .....	13
3.1 La zanzara tigre.....	14
3.2 L'igiene pubblica.....	15
3.3 I diritti degli animali.....	16
3.4 Il Rifugio del Cane e del Gatto .....	16
3.5 I servizi cimiteriali e funerari.....	17
3.6 Il progetto Certosa .....	18
3.7 Il tavolo sulla telefonia mobile .....	19
3.8 Altre iniziative sull'elettrosmog.....	21
3.9 Sirio e la VIS (Valutazione di Impatto sulla Salute) .....	22
3.10 La "macchina" comunale .....	22
4 LA PROIEZIONE ESTERNA .....	23
4.1 La Rete Italiana Città Sane OMS .....	23
4.2 I progetti europei .....	24
Per concludere .....	25
Grazie .....	25

### **Premessa**

Sono passati più di 500 giorni<sup>1</sup> dal luglio 2004 in cui si è insediata a Bologna la Giunta guidata da Sergio Cofferati, e siamo ormai prossimi ad aver coperto un terzo del mandato amministrativo.

Ritengo opportuno per me fare il punto della situazione sulle questioni che riguardano il mio impegno<sup>2</sup> di Assessore alla Sanità del Comune di Bologna.

Lo scopo di queste pagine è questo, niente di più e niente di meno.

<sup>1</sup> Scrivo queste note aggiornate al 31 dicembre 2005. Per la precisione dall'insediamento della Giunta sono trascorsi 536 giorni.

<sup>2</sup> Allegato A: estratto relativo ai temi della salute dalle "Linee programmatiche 2004-2009: i valori e le scelte per il futuro della città". Vedi [www.iperbole.bologna.it/comune/giunta/programmadi mandato/programma\\_mandato.php](http://www.iperbole.bologna.it/comune/giunta/programmadi mandato/programma_mandato.php)

## Struttura del documento

La prima classificazione che definisce i diversi livelli di intervento è la seguente:

- 1) il mio impegno come componente della Giunta, organo collegiale di governo della città;
- 2) la focalizzazione sull'area propriamente sanitaria, ossia l'impegno a riportare in capo all'Ente locale le funzioni di politica sanitaria che gli competono, e in particolare di indirizzo e controllo della gestione operata dalle Aziende sanitarie;
- 3) l'insieme delle altre competenze che afferiscono, per lo più direttamente, alla gestione del Comune e che ricadono nell'ambito delle mie deleghe (come ad esempio l'igiene pubblica, i diritti degli animali, il settore cimiteriale e funerario, l'inquinamento elettromagnetico);
- 4) la proiezione verso l'esterno, soprattutto relativa alla promozione della salute, con il ruolo di presidenza della Rete italiana delle Città Sane dell'OMS, e la partecipazione come Comune a progetti di valenza europea o su scala regionale come ad esempio nel settore della telemedicina e dell'e-care.

L'ordine non definisce di per sé il valore dei diversi aspetti, ma è semplicemente una chiave di lettura che parte dall'interno e arriva all'esterno passando attraverso le competenze specifiche alla mia funzione.

Nel testo che segue cerco di trattare in modo coerente e con la massima sintesi possibile i diversi argomenti, rimandando ai documenti indicati nelle note e agli allegati per ulteriori approfondimenti. È bene chiarire però che gli allegati sono anch'essi una selezione rispetto alla quantità di documenti di potenziale interesse, e vogliono soprattutto essere esempi concreti di applicazione degli argomenti trattati nel testo.

## 1 IN GIUNTA

Non tocca a me esprimere una valutazione complessiva sull'operato della Giunta, anche perché è sui fatti concreti che questa esperienza amministrativa, come ogni altra, potrà essere giudicata; e questo al di là del livello di esposizione mediatica, che è certamente elevato.

È nella compresenza di opportunità e di difficoltà, entrambe rilevanti, che io ritengo si collochi l'azione della Giunta. Voglio citare l'eredità pesante della passata amministrazione, le difficoltà finanziarie indotte dalla politica del governo a fine corsa, le grandi aspettative degli elettori bolognesi, il tessuto della città, in cui si mischiano buona volontà ma anche qualche tratto consociativo, la necessità di consolidare e fare emergere una classe dirigente in larga misura rinnovata rispetto al passato, l'alleanza larga costruita in anni di lavoro paziente, la coalizione e i partiti sul filo del rasoio fra un rinnovamento che è cominciato ed un passato che non ha nessuna voglia di lasciarsi archiviare, la sfida dell'amministrazione che ci porta a misurarci con la concretezza delle questioni, coi nodi che vengono al pettine ma che ci dà anche la possibilità di costruire una realtà politica che affermi sul piano amministrativo ciò che intendiamo promuovere a livello nazionale.

Questa è la partita da vincere; è giusto sciogliere i nodi legati al dovere del governo, senza fermarsi ad un unanimità di facciata; ed è necessario farlo in un quadro che confermi e faccia crescere l'alleanza larga che abbiamo costruito per Bologna, che ci ha portato a vincere in modo ampio a livello locale nel 2004 (non solo Bologna e Provincia, ma tutti i quartieri cittadini e la stragrande maggioranza degli altri comuni), che è stata confermata dalle regionali del 2005 e che oggi si ripropone sullo scenario nazionale.

Il lavoro in Giunta è di confronto leale, i rapporti personali sono buoni, si sta impostando un lavoro serio e di buon livello. La statura e la popolarità del Sindaco sono stati fattori importanti per la vittoria e sono utili a dare rilievo all'azione amministrativa, ma al tempo stesso inducono una temperatura mediatica elevata non sempre utile a lavorare con serenità. Anche per questo, mi pare che ci siamo espressi al meglio (superando anche momenti di una certa problematicità) quando siamo riusciti a coniugare la leadership forte del Sindaco ad una effettiva capacità di lavoro collegiale della Giunta, del Consiglio e della coalizione politica.

In questo contesto c'è anche il mio contributo, su alcune questioni rilevanti come nell'impegno del giorno per giorno. Non volendo dilungarmi, faccio solo due esempi per fare comprendere il lavoro politico e di relazione fra Giunta, Consiglio, Margherita e coalizione, ed il lavoro di coordinamento su questioni a valenza trasversale; infine qualche cenno sulla gestione dell'ordinario (e delle emergenze), in un quadro in cui il livello di responsabilità è collegiale.

### 1.1 Il ruolo politico: l'esempio del documento sulla legalità

Non sto qui a richiamare una questione che ha riempito le pagine dei giornali nei mesi scorsi, né i concetti che ho espresso poco sopra in linea generale e che trovano puntuale attualizzazione sul tema della legalità. Al momento in cui scrivo non si è ancora concluso il percorso in Consiglio Comunale, ma ha ormai caratteri

definiti il documento del Sindaco e della Giunta. È un documento<sup>3</sup> che affronta un tema importante per la capacità di governo della coalizione e che trova una sintesi grazie anche ad una serie di apporti, fra cui quelli portati in Giunta da Adriana Scaramuzzino e da me. È una partita che abbiamo giocato a carte scoperte e in piena collaborazione fra partito, gruppo consiliare e rappresentanza in giunta, rendendo pubblico da subito il contributo di riflessione della Margherita e gli emendamenti che avremmo proposto in Giunta. Il nostro intento dichiarato era quello di contribuire a dare risposte convincenti nel merito ed al tempo stesso di rafforzare l'unità della coalizione. Sono convinto che il testo finale risponda a queste esigenze, anche se rimane il rammarico di una posizione annunciata di astensione da parte di RC, Verdi, Cantiere su un testo che peraltro ritengo risponda pienamente alle istanze presentate anche da loro.

## 1.2 Un approfondimento: l'atto di indirizzo sull'abusivismo edilizio

A volte la Giunta è chiamata ad affrontare questioni talmente interdisciplinari da rendere necessario un coordinamento. A me è toccato ad esempio coordinare a nome della Giunta un approfondimento relativo all'abusivismo edilizio segnalato in via Roveretolo ed altre zone del quartiere Navile, che ha visto il coinvolgimento di diversi Settori del Comune e contatti con autorità esterne (come la Procura della Repubblica). Alla fine è stato approvato un atto di indirizzo<sup>4</sup> della Giunta il 1 febbraio 2005 che prescrive una serie di procedure da adottare per la prevenzione e la repressione dell'abusivismo edilizio. Credo possa essere tuttora un valido piano di lavoro per affrontare in generale il tema; nello specifico della zona di via Roveretolo sicuramente lo è stato, perché nei mesi successivi la sua applicazione ha portato all'acquisizione di diversi lotti di terreno al patrimonio comunale, ad una serie di sgomberi e/o ricollocazioni delle famiglie interessate, e il "caso" di via Roveretolo è ormai avviato ad una soluzione.

## 1.3 Il lavoro giorno per giorno

I membri della Giunta sono inseriti in un turno permanente che porta ad essere reperibili un giorno ogni dieci. Nella giornata di turno (e soprattutto durante la notte e i festivi) può capitare non soltanto di firmare i TSO (trattamenti sanitari obbligatori) urgenti, ma a volte di dover affrontare le emergenze che si presentano. A me una notte è capitata la fuga di gas che avvenne in via Emilia Ponente con la necessità di dare ricovero agli abitanti di alcuni palazzi evacuati, poi risolta grazie anche alla mobilitazione del quartiere. Ma soprattutto il 7 gennaio 2005 ero a Crevalcore sul luogo dell'incidente ferroviario a rappresentare l'Amministrazione Comunale: senza poter fare molto, ma senza più dimenticare.

Voglio poi dare qualche numero estratto dalla mia agenda di questi 17 mesi. Parto dalle partecipazioni a convegni, inaugurazioni, cerimonie (in cui si sommano quelle su delega del Sindaco, e quelle inerenti alle mie competenze in Giunta), che sono state 212. Conferenze stampa o interventi a trasmissioni radiotelevisive: 62. Oltre alle 71 riunioni di Giunta e alle 76 di Consiglio Comunale (nelle quali tra l'altro ho risposto a 34 domande di attualità dei consiglieri), ho partecipato a 69 sedute di Commissioni consiliari. Poi ci sono gli altri organismi tecnici e politici oggetto del resto di questa relazione, i tavoli tecnici preparatori e di confronto, gli incontri con associazioni, le visite a strutture, il ricevimento dei cittadini: su questi posso dare solo la somma complessiva, che è 940. Sono numeri che danno l'idea della quantità e dell'importanza del tempo dedicato all'incontro e all'ascolto di chi opera negli ambiti nei quali esercito la mia responsabilità, o di chi con essi, per motivi vari, si trova a fare i conti.

Molte delle questioni di mia competenza sfociano in atti di Giunta o in delibere di organi quali la Conferenza sociosanitaria. In alcuni casi significativi le delibere vanno in Consiglio. Nella tabella che segue sono riportate le delibere più significative che sono state istruite da me e portate al voto in Consiglio comunale nel corso del 2005. Come si evince dai numeri, al di là del voto compatto della maggioranza, quasi sempre si è registrato un giudizio positivo o di astensione anche da parte della minoranza.

Delibere significative in Consiglio Comunale nel 2005 (escluse variazioni di bilancio e simili)

Odg e data	Descrizione	Presenti	A favore	Astenuti	Contro
n. 14 - 17/1/2005	Catalogazione e recupero dei sepolcri perpetui in cimiteri comunali	34	28	6	0
n. 25 - 24/1/2005	Modifiche allo statuto sociale di Cup 2000	32	24	8	0
n. 13 - 31/1/2005	Concessione 2005 per CERT su colle di Barbiano	34	28	5	1
n. 101 - 16/5/2005	Modifiche al Regolamento di Igiene	27	27	0	0
n. 119 - 13/6/2005	Convenzione tra i soci di Cup 2000 per servizi ad alta tecnologia	28	24	0	4
n. 244 - 5/12/2005	Linee di indirizzo per la gestione dei servizi funebri e cimiteriali	30	24	6	0
n. 271 - 27/12/2005	Concessione per CERT su colle di Barbiano	20	19	1	0

<sup>3</sup> Allegato B: il testo iniziale del 2 novembre 2005, il documento della Margherita, il testo finale dopo la Giunta del 15 novembre 2005.

<sup>4</sup> Allegato C: l'atto di indirizzo sull'abusivismo edilizio, a seguito dell'esame del caso di via Roveretolo, approvato il 1 febbraio 2005.

## 2 LA SANITÀ

Il ruolo del Comune in campo sanitario ha una valenza molto alta ma una tradizione che potremmo definire altalenante: se da un lato i cittadini identificano comunque nel Comune il proprio interlocutore diretto, c'è una tendenza sbagliata ma evidente da parte di molti Comuni (in tutta Italia) a delegare alle Aziende USL non solo la gestione ma anche le scelte di politica sanitaria.

Il problema è la tendenza ad identificare le competenze di governo con la gestione: la mancanza di una chiara distinzione fra programmazione e controllo da un lato e gestione dell'altro costituisce un limite culturale degli apparati pubblici, anche di quello comunale. Così accade che quando un'attività viene delegata all'esterno si finisce per delegare anche le funzioni di indirizzo e verifica che invece dovrebbero restare in capo all'Ente locale. Nel Comune di Bologna questo rischio si è corso nel conferimento delle attività cimiteriali ad Hera, o nella vendita delle Farmacie comunali a Gehe, per citare due esempi.

Nel caso della sanità anche Bologna ha corso e corre i rischi che vedono tanti Comuni ritrarsi dalle proprie competenze. Dopo l'istituzione del SSN e la creazione delle USL (L. 883/1978) di fatto gli Enti Locali hanno gestito direttamente la sanità per diversi anni, fino alla sua aziendalizzazione: nel momento in cui la gestione è passata alle Aziende USL (L. 502/1992) la politica e i Comuni hanno un po' abbandonato il campo. Ciò è accaduto anche per un quadro legislativo che in quella fase non è stato capace di collocare correttamente gli Enti locali nella loro funzione di indirizzo e controllo. Ma oggi non è più così, anzi, il ruolo cui sono chiamati i Comuni è stato valorizzato sia a livello nazionale con la legge Bindi (L. 229/1999) che a livello regionale (L.R. 29/2004): ora si tratta da parte dei Comuni di riappropriarsi con pienezza delle proprie prerogative, senza pretendere di gestire ma con la consapevolezza che le scelte di politica sanitaria, pur in un quadro di compatibilità economiche definito a livello regionale, sono di propria competenza.

È questa una battaglia fondamentale a livello nazionale per difendere il valore di un sistema sanitario universalistico e solidale e dimostrarne la concreta sostenibilità, come abbiamo avuto recentemente modo di riaffermare anche come Rete Italiana delle Città Sane OMS<sup>5</sup>. E a maggior ragione ha un grande valore anche a livello locale bolognese.

Che l'impatto del settore sanitario sulla qualità della vita dei cittadini bolognesi sia di grande rilevanza è non solo intuitivo ma anche facilmente desumibile da un confronto numerico fra il bilancio complessivo del Comune di Bologna, pari a circa 0,5 miliardi di euro, e quello delle tre Aziende sanitarie che operano nel nostro territorio (AUSL di Bologna, Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, Istituti Ortopedici Rizzoli) che è complessivamente si attesta attorno agli 1,7 miliardi di euro<sup>6</sup>.

Giocare con pienezza il proprio ruolo nel campo sanitario per l'Amministrazione comunale è dunque cruciale e al tempo stesso per nulla scontato. Si tratta di un cammino nuovo da percorrere, superando sia i vecchi modelli che un recente disimpegno. Visto nel contesto di un mandato amministrativo, credo che sia corretto distinguere fra quel che siamo già riusciti a fare, quel che ragionevolmente ci possiamo proporre di qui a tre anni, ed un respiro più ampio che spazia su un futuro che va oltre la scadenza del mandato.

### 2.1 Le aziende sanitarie del bolognese

Il nostro territorio è stato interessato nel 2004 dalla creazione di una Azienda unica, l'AUSL di Bologna<sup>7</sup>, che riunisce le tre vecchie aziende (la cittadina, la nord in pianura, la sud in montagna). Si tratta di una Azienda con numeri significativi: 50 comuni (il territorio imolese ha mantenuto la sua azienda), 820 mila abitanti, oltre 9700 fra dipendenti e professionisti, 9 ospedali, 1926 posti letto, 23 punti di continuità assistenziale, 6 distretti, 40 poliambulatori, 2857 posti letto per anziani e 779 per disabili. Oltre questi numeri, l'AUSL di Bologna ha ereditato da un lato una sanità di grande qualità e competenza che da tanti ci viene invidiata; dall'altro una situazione di bilancio critica con un disavanzo in forte crescita, che ha portato nel 2004 a chiudere il bilancio con un deficit di 135 milioni di euro, 96 milioni al netto degli oneri contrattuali (su un bilancio complessivo di circa 1,4 miliardi di euro). E quindi il primo obiettivo è risanare il bilancio, al tempo stesso confermando e migliorando la qualità dei servizi. Un obiettivo tutt'altro che semplice che si è tradotto in un piano di rientro che dovrebbe portare al pareggio in tre anni<sup>8</sup>, dunque nel 2008, e che prevede già nel 2005 un significativo dimezzamento del disavanzo.

---

<sup>5</sup> Allegato D: documento finale del Meeting 2005 della Rete Italiana Città Sane OMS

<sup>6</sup> La somma dei bilanci delle tre aziende sanitarie supera i 2 miliardi di euro, ma nel bilancio della AUSL ci sono anche i contratti di fornitura relativi alle altre aziende, ovvero parte dei loro bilanci sono già compresi in quello dell'azienda territoriale

<sup>7</sup> [www.ausl.bologna.it](http://www.ausl.bologna.it)

<sup>8</sup> Allegato E: comunicato stampa dopo l'approvazione dei bilanci 2004 delle Aziende sanitarie da parte della CTSS

All'AUSL di Bologna (di seguito AUSL) occorre poi aggiungere l'Azienda ospedaliera (AOSP) S. Orsola Malpighi<sup>9</sup> e gli Istituti Ortopedici Rizzoli<sup>10</sup> (IOR).

L'AOSP è il policlinico universitario, 1743 posti letto, quasi 5600 fra dipendenti e professionisti, e un bilancio di circa 450 milioni di euro, con un disavanzo 2004 di 56 milioni di euro (28 al netto di oneri contrattuali e ammortamenti). Il nuovo Direttore Generale ha preso servizio in ottobre, ed è naturalmente chiamato come prima cosa a predisporre una strategia per il rientro dal deficit. Occorre poi tenere presente che il S.Orsola-Malpighi è un policlinico universitario, dunque l'Università ed in particolare la Facoltà di Medicina gioca un ruolo chiave. Nel seguito quando mi riferirò per semplicità ad AOSP, intendo il complesso dell'Azienda ospedaliera comprensiva della parte (e del ruolo) dell'Università in essa.

Infine lo IOR è un IRCCS (Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico) con 339 posti letto, circa 1300 dipendenti, un bilancio 2004 di 107 milioni di euro (con un disavanzo di 12), ed una forte vocazione di servizio a pazienti che vengono da fuori provincia.

Alle aziende pubbliche occorre poi aggiungere l'ospedalità privata<sup>11</sup>: 14 strutture nel territorio dell'AUSL, con 1450 posti letto, oltre 1100 dipendenti e 300 collaboratori a rapporto professionale, un bilancio complessivo di circa 50 milioni di euro. Gran parte delle strutture sono accreditate, ossia operano come parte del sistema sanitario pubblico e vengono rimborsate dall'AUSL per le loro prestazioni: si tratta di 11 strutture su 14 e di 1174 posti letto su 1450.

Oltre alla rete degli ospedali occorre considerare tutto il sistema degli ambulatori, pubblici e privati, per i quali l'esercizio dell'attività sanitaria è reso possibile attraverso il meccanismo dell'autorizzazione (atto che rende possibile esercitare l'attività sanitaria) e dell'accreditamento (che rende gli ambulatori privati di fatto parte del sistema pubblico e dà titolo ad eseguire prestazioni rimborsate dall'AUSL). Sottolineo qui che la responsabilità delle autorizzazioni è in capo al Comune, Settore Salute, che si avvale del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL per le funzioni ispettive.

## **2.2 La CTSS (Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria)**

Le funzioni di indirizzo e controllo sull'operato delle aziende sanitarie sono affidate alla Conferenza dei Sindaci. Due le novità rispetto al passato: la prima è l'inserimento di competenze di coordinamento non più solo sanitarie ma sociosanitarie, coerentemente con la L.R. 2/2003; la seconda è invece indotta dalla creazione dell'AUSL unica bolognese (L.R. 21/2003) per cui sul territorio di riferimento (50 comuni sui 60 della provincia) la CTSS è effettivamente il livello sostanziale su cui si opera (mentre prima era per lo più il luogo del coordinamento fra le aziende - cittadina, nord e sud più quella imolese). La CTSS è frequentata dai Sindaci o dai loro Assessori delegati (questi ultimi soprattutto dei Comuni grandi o della Provincia, mentre i Sindaci dei comuni piccoli e medi per lo più partecipano in prima persona). La CTSS si riunisce in plenaria un paio di volte l'anno, mentre la maggior parte dell'attività viene svolta nell'ambito dell'Ufficio di Presidenza della CTSS, che vede la presenza di Comune di Bologna, Provincia Comuni capi-distretto (che attualmente sono Casalecchio di Reno, San Lazzaro di Savena, San Giovanni in Persiceto, Budrio e Vergato), oltre che dei rappresentanti delle Aziende e dell'Università. Per intenderci, dopo la costituzione avvenuta nel settembre 2004, la CTSS si è riunita 2 volte e l'Ufficio di Presidenza ben 17 volte<sup>12</sup>.

Il primo nodo da sciogliere è stato a chi affidare la presidenza: al Comune capoluogo, riconoscendone la centralità, o alla Provincia, riconoscendone il ruolo di coordinamento nei confronti dei numerosi Comuni presenti sul territorio? La scelta effettuata di una co-presidenza dei due Assessori alla Sanità di Comune e Provincia poteva forse apparire come una maniera salomonica di risolvere un potenziale conflitto, o anche come foriera di problemi nella conduzione. Ritengo invece che i fatti abbiano ormai ampiamente dimostrato come sia stata una scelta di grande efficacia: complice anche un ottimo rapporto personale fra Giuliano Barigazzi e me, siamo andati avanti affrontando insieme i temi spinosi e delegandoci l'un l'altro in molte altre occasioni in cui occorreva comunque una nostra presenza, e ritengo che abbiamo anche fornito un buon esempio di piena collaborazione fra Comune e Provincia.

## **2.3 I temi affrontati in CTSS e le priorità di lavoro**

La Conferenza, attraverso l'Ufficio di presidenza, ha affrontato da un lato l'esigenza delle Aziende sanitarie di sottoporre all'approvazione degli Enti locali i loro atti fondamentali (bilancio, budget, riorganizzazioni), dall'altro quella di affrontare in tema di politica sanitaria questioni di scottante attualità che impattano forte-

---

<sup>9</sup> [www.aosp.bologna.it](http://www.aosp.bologna.it)

<sup>10</sup> [www.ior.it](http://www.ior.it)

<sup>11</sup> [www.er-aiop.com](http://www.er-aiop.com)

<sup>12</sup> Allegato F: elenco delle sedute tenute dell'Ufficio di Presidenza della CTSS e dei temi ivi trattati.



mente sulla qualità del servizio sanitario percepita da parte della cittadinanza (in primis liste di attesa e pronto soccorso).

Riguardo al primo aspetto lo sforzo principale consiste nell'affinare la capacità di entrare nel merito dei problemi costruendo un percorso decisionale che approdi alla migliore opzione dopo aver condiviso riflessioni e valutazioni sulle diverse alternative sempre possibili<sup>13</sup>. A questa finalità va ricondotta la attivazione di un Ufficio tecnico di supporto alla Conferenza, e anche la scelta del nuovo direttore del Settore Salute nella persona di Emanuela Dall'Olimi e la conseguente riorganizzazione del Settore vanno nella direzione di una acquisizione di competenze tali da rendere possibile ed attuabile l'applicazione del principio già enunciato di riappropriazione da parte degli Enti locali delle proprie competenze in politica sanitaria.

Si tratta di un aspetto soprattutto metodologico, e come tale forse la sua importanza è meno immediatamente percepita da parte dei cittadini. Ma è davvero cruciale per mettere il Comune in grado di rappresentare al meglio le istanze di salute della sua popolazione, nel quadro di una condivisione dei problemi (anche di compatibilità economica) e di una corresponsabilità nell'individuazione delle priorità su cui orientare la parte non predeterminata (per stipendi, strutture ed altre voci comunque da prevedere) del bilancio delle Aziende sanitarie. Il secondo aspetto invece concretizza il mandato attribuito dalla legislazione regionale alla Conferenza circa la promozione della partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari. In questa direzione sarà importante sperimentare luoghi e modalità di coinvolgimento delle associazioni di volontariato che assicurino l'espressione non solo di istanze ma anche di disponibilità alla responsabilizzazione, attivando percorsi di partecipazione attiva.

Le priorità che abbiamo deciso di affrontare per prime sono quelle delle liste d'attesa e dell'accesso ai pronto soccorso.

Sul governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche un gruppo di lavoro ha messo a punto un documento<sup>14</sup> che prevede un insieme di provvedimenti ed iniziative che sono già in fase di attuazione, alcune a carattere sperimentale ed altre invece già di tipo strutturale. Oltre alla riapertura delle agende chiuse, caldeggiata dalla CTSS e decisa dalla Regione, sul fronte dell'accesso e della continuità assistenziale si dispone lo scorporo delle agende tra prime visite e controlli, la sperimentazione di agende specialistiche territoriali non nominative e dell'accesso diretto ai punti prelievo per gli esami, la semplificazione dei percorsi, la revisione del sistema di presa in carico del paziente con esperienze di modalità di prenotazione diretta, arrivando a sperimentare punti di accoglienza a cominciare dalle strutture poliambulatoriali più idonee (tema che si lega con la revisione della rete di poliambulatori bolognesi di cui al paragrafo 2.5), la sperimentazione di percorsi di day service territoriali, nuove modalità di comunicazione fra medici e pediatri di base da un lato e specialisti dall'altro (progetto Sole), la revisione dell'architettura del sistema di prenotazione CUP, e progetti sperimentali di teleconsulto specialistico (che si legano poi al tema della telemedicina e dell'e-care di cui al paragrafo 2.9). Sul fronte dell'appropriatezza e della domanda si dispone la predisposizione di percorsi di accesso per priorità cliniche, la messa a punto di linee guida e la loro applicazione su prestazioni che presentano criticità, la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. Ed inoltre iniziative di responsabilizzazione dei cittadini, per esempio invitando a disdire le prestazioni cui si intende rinunciare (fra l'altro, la sperimentazione dell'invio della disdetta di prestazioni via sms è stato direttamente finanziato dal Comune di Bologna) e strumenti per il monitoraggio attento dei tempi di attesa in atto nel sistema. Fra pochi mesi è prevista una verifica dell'impatto dei provvedimenti assunti e una valutazione dell'esito delle sperimentazioni. Abbiamo in programma di affrontare il tema delle liste d'attesa anche per le prestazioni chirurgiche in ambito ospedaliero.

Sull'accesso ai pronto soccorso sicuramente si arriverà ad incidere nel medio-lungo termine grazie alla predisposizione di nuove strutture (penso in particolare al nuovo Polo chirurgico e dell'emergenza al S. Orsola, previsto per il 2010) ed il rafforzamento della rete territoriale, se però saremo in grado di affrontare con la dovuta efficacia il tema della rete poliambulatoriale e della rimodulazione della rete dei medici di base. Non possiamo però aspettare anni senza progettare interventi urgenti capaci di affrontare le criticità che ogni cittadino sperimenta nell'accesso ai pronto soccorso. Per questo abbiamo attivato un gruppo di lavoro specifico, che entro i primi mesi del 2006 produrrà il supporto tecnico necessario perché la Conferenza possa disporre il modo per affrontare con efficacia anche questo tema. Pur non avendo concluso i suoi lavori, il gruppo ha già prodotto alcune proposte che sono state già varate dalla Conferenza, ed in alcuni casi è già iniziata la sperimentazione. Voglio citare a questo proposito la visualizzazione su un maxi schermo non solo dei pazienti in attesa ma anche dei tempi previsti di attesa per l'accesso alla visita in pronto soccorso, partita

---

<sup>13</sup> Allegato G: lo schema predisposto dalla CTSS per la presentazione degli obiettivi di budget da parte delle Aziende sanitarie.

<sup>14</sup> Allegato H: il documento sulle liste d'attesa redatto dal gruppo di lavoro e varato dall'UP della CTSS nell'aprile 2005.

nei giorni scorsi presso l'ospedale di Bentivoglio, e l'esperienza avviata già da alcuni mesi di presenza di volontari Auser presso la sala d'attesa del pronto soccorso dell'ospedale Maggiore.

Oltre alle due priorità citate, sono molti altri i temi affrontati dalla Conferenza. Mi limito qui a ricordarli sommariamente, non perché meno importanti (spesso anzi sono cruciali per comunità più o meno numerose di cittadini e per le loro famiglie), ma per mantenere queste note accettabili in termini di lunghezza.

Nell'area economica e della programmazione, la Conferenza ha affrontato l'approvazione dei bilanci preventivo e consuntivo delle Aziende sanitarie, con particolare attenzione ai piani di rientro dal disavanzo e ai piani degli investimenti (vedi anche 2.1); ha definito un percorso di selezione dei principali obiettivi di budget con definizione dei risultati attesi, anche di tipo economico, e delle modalità di verifica dei risultati ottenuti; ha affrontato il percorso di definizione del bilancio di missione; ha discusso dei criteri sottesi al contratto di fornitura attraverso il quale l'AUSL acquista prestazioni e servizi dalle altre aziende sanitarie pubbliche; ha deciso il riavvio degli strumenti di programmazione costituiti dal Piano Attuativo Locale (PAL), dal Piano delle Attività Territoriali (PAT) e dai Piani Per la Salute (PPS).

Sul fronte organizzativo e dei servizi, la Conferenza ha approvato l'atto aziendale dell'AUSL unica ed i conseguenti atti regolamentari a seguito dell'unificazione delle precedenti aziende, ha affrontato il tema della pianificazione poliennale delle strutture di dialisi (decidendo investimenti significativi che sono attualmente in fase di attuazione), la definizione dei livelli essenziali di assistenza in tema di assistenza odontoiatrica, la razionalizzazione della rete di ristorazione ospedaliera, il progetto dei nuovi laboratori di analisi che vedranno un unico sistema virtuale e l'accorpamento di funzioni fra AUSL e AOSP, l'organizzazione e i turni delle farmacie, la sperimentazione della telemedicina.

Alcuni dei temi citati meritano una menzione particolare di tipo metodologico, e sono quelli in cui al problema è stata data una risposta di sistema capace di superare i confini delle singole aziende. Così, il passaggio dal piano di riorganizzazione dei laboratori presentato in Conferenza nell'aprile 2005 e relativo alla sola AUSL al piano rivisto in maniera integrata fra AUSL e AOSP presentato nel dicembre 2005 ha rappresentato un salto in avanti non semplicemente economico, ma concettuale. Lo stesso vale per la dialisi e gli altri temi su cui si è già riusciti a rapportarsi come sistema e non solo come singole aziende sanitarie, e con la Conferenza che ha esercitato ed intende continuare ad esercitare il proprio ruolo in questa direzione.

Fra i temi attualmente all'attenzione della Conferenza o presenti nell'agenda delle prossime settimane voglio citare la riorganizzazione dell'area della neurologia dell'AUSL, il tema della psichiatria e del disagio psichico, la rete territoriale dei medici di medicina generale, i rapporti con le associazioni, la criticità delle malattie a trasmissione sessuale (Aids e non solo), il tema della revisione dei sistemi informativi (vedi 2.10).

## 2.4 Il Comitato di Distretto

A seguito della istituzione da parte della Conferenza del Distretto unico di Bologna Città per unificazione dei precedenti due distretti Est e Ovest in cui Bologna era divisa, del protocollo di intesa con le OOSS, e dell'approvazione del Regolamento per il funzionamento della Conferenza che ha stabilito, fra l'altro, le modalità di relazione fra Conferenza e realtà distrettuali, abbiamo posto le basi per l'attivazione del nuovo Comitato di Distretto di Bologna, che la Giunta ha definito<sup>15</sup> nel marzo 2005.

La composizione scelta vede la presenza del Sindaco, dell'Assessore alla Sanità (che lo presiede in assenza del Sindaco), dell'Assessore ai Servizi Sociali e dei Presidenti dei 9 quartieri: questi ultimi non c'erano in passato, e certamente la loro presenza può essere considerata un tipico esempio di governance partecipata. Il meccanismo decisionale prevede, a garanzia della coerenza con gli indirizzi di Giunta, la possibilità - peraltro mai resasi necessaria sinora - di attivare l'iter formale previsto dallo Statuto del Comune, nel quale al parere dei quartieri segue la decisione della Giunta o del Consiglio. Invitati permanenti sono i dirigenti distrettuali dell'AUSL ed i dirigenti dei Settori comunali competenti.

Le funzioni del Comitato, precisate anche dalla recente normativa regionale, sono di proposta sulle attività distrettuali sanitarie e dell'integrazione socio-sanitaria e di verifica sui risultati raggiunti relativamente alla pianificazione delle attività, al budget assegnato, agli assetti organizzativi e alla localizzazione delle strutture, ai programmi di promozione della salute.

Il Comitato di Distretto si è insediato alla fine di aprile 2005 e si è riunito finora 4 volte.

Nei primi mesi di attività il Comitato di Distretto ha affrontato i seguenti temi: il nuovo atto aziendale dell'Ausl unica; il riavvio del percorso dei Piani per la salute; ma soprattutto la revisione delle strutture territoriali (consultori e poliambulatori), che è certamente una priorità per la sanità nella nostra città.

---

<sup>15</sup> Allegato I: modalità di funzionamento del Comitato di Distretto di Bologna

## 2.5 La rete territoriale priorità per Bologna

Il tema della sanità territoriale è certamente una priorità per Bologna, ma da diversi anni segna il passo nonostante i documenti di programmazione elaborati dall'AUSL (in particolare il Piano regolatore delle attività distrettuali del 1999 e le sue successive integrazioni) identificassero le carenze dell'attuale rete cittadina: l'obsolescenza delle tipologie costruttive che non favorisce l'efficienza gestionale; la distribuzione territoriale che non tiene conto di accessibilità e equità distributiva; la frammentazione dei servizi che ha innescato meccanismi di marginalità per alcune delle attività svolte.

Il riscontro di questi problemi è legato da un lato ad un assetto di strutture territoriali che risente ancora della vecchia separazione in 3 USL cittadine, ciascuna delle quali perseguiva obiettivi di programmazione delle attività scarsamente integrati fra di loro, dall'altro all'attribuzione degli investimenti per ristrutturazioni o nuove costruzioni che, a livello cittadino, ha privilegiato la rete delle strutture ospedaliere rispetto a quella territoriale.

La frammentazione territoriale con tanti servizi sparsi per la città porta ad inefficienze di gestione che pesano sia sul bilancio che sui servizi resi ai cittadini, come sta a dimostrare ad esempio la chiusura pomeridiana di strutture medio-piccole e la conseguente mancata utilizzazione in quella fascia oraria di apparati tecnici di pregio che vi sono collocati. È chiaro che occorre trovare una mediazione fra la dimensione delle strutture e la loro accessibilità dalle diverse zone della città. L'ipotesi su cui si sta lavorando da tempo prevede la costruzione di 4 moderni nuovi poliambulatori.

- ❑ Poliambulatorio di via Corelli che deve sostituire l'attuale struttura Mazzacorati, inadeguata dal punto di vista dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento. Questa struttura dovrà servire un bacino di utenza di 50-60.000 cittadini ed è finanziata dal bilancio AUSL per circa 7 milioni di euro, terreno escluso che sarà messo a disposizione dall'Amministrazione comunale qualora lo studio di impatto ambientale, attualmente in corso, lo valuti idoneo ad ospitare un edificio con le suddette finalità.
- ❑ Poliambulatorio Mazzini che dovrebbe unificare le attuali strutture di via Mengoli e via Carpaccio. Questa struttura dovrà servire un bacino di utenza di oltre 100.000 cittadini, il costo di realizzazione è stimato in circa 17 milioni di euro, non ancora finanziati. Inoltre non è ancora definita la localizzazione in quanto le ubicazioni finora individuate non consentivano la realizzazione delle superfici necessarie. Qualora non si potesse realizzare tale struttura si dovrebbe ricorrere a una pesante ristrutturazione del poliambulatorio di via Mengoli unita ad una revisione complessiva di Carpaccio, anche se rimarrebbe comunque irrisolto il problema dei parcheggi.
- ❑ Poliambulatorio ex Mercato che dovrebbe unificare le attuali strutture di via Tiarini e via Montebello. Questa struttura dovrà servire un bacino di utenza di oltre 100.000 cittadini e potrebbe essere collocata nell'ambito del piano di urbanizzazione della zona ex Mercato ortofrutticolo.
- ❑ Completa il quadro la realizzazione della struttura di via Beroaldo, il cui cantiere, bloccato per anni per motivi giudiziari, è stato da poco riavviato. Giova dire che, almeno in questo caso, l'opera è finanziata per oltre 7 milioni di euro sul bilancio Ausl.

La disponibilità delle nuove strutture potrebbe consentire innanzitutto la razionalizzazione di molti servizi, cui vale la pena di affiancare un'auspicabile evoluzione della rete dei medici di base. Una maggiore presenza di gruppi di medici di medicina generale, ovvero di NCP (Nuclei di Cure Primarie) con studi associati, servizi comuni ed una integrazione degli orari di ricevimento tali da consentire aperture continue per 12 ore al giorno, insieme alle possibilità offerte dalle nuove strutture poliambulatoriali, consentirebbe quel rafforzamento della rete territoriale che sgraverebbe di parecchio quel carico di pazienti che oggi di fatto si recano al pronto soccorso non per vere e proprie emergenze ma per la pratica impossibilità di alternative.

È chiaro che prima di licenziare in via definitiva il nuovo assetto con la realizzazione delle quattro strutture sopra citate, occorre verificarne a tutti i livelli la rispondenza alle esigenze di strutturazione della rete territoriale dei servizi. Questo è il motivo per cui la proposta<sup>16</sup> di nuova organizzazione è stata presentata al Comitato di distretto e alla Commissione consiliare nell'autunno 2005 e sono attualmente in corso gli incontri di consultazione a livello dei Quartieri e con le OOSS. Alla conclusione dell'iter il programma passerà alla Conferenza territoriale che lo inoltrerà alla Regione con la richiesta dei finanziamenti necessari.

Nello stesso tempo stiamo costruendo le condizioni tecniche per passare alla fase operativa non appena il nuovo programma avrà ricevuto tutte le necessarie conferme.

---

<sup>16</sup> Allegato J: riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali, proposta iniziale presentata dall'AUSL nel Comitato di Distretto del 13 ottobre 2005 e attualmente in discussione nei Quartieri e nelle Commissioni consiliari



## 2.6 Il Piano per la Salute

Il Piano per la Salute è uno strumento varato dalla Regione Emilia-Romagna e definito come “un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell’assistenza sanitaria. Il Piano per la Salute costituisce il Patto locale di solidarietà per la salute”.<sup>17</sup>

La prima esperienza di Piano per la Salute della città di Bologna era stata avviata nel 2001 e conclusa nel 2004 con l’individuazione di due priorità di intervento per l’attività dell’amministrazione, la coesione sociale ed il traffico. Alla definizione delle priorità però, frutto di un’ampia consultazione cittadina (circa 700 persone) ma carente di un raccordo forte con istituzioni e corpi sociali, non era seguita la piena condivisione dell’Amministrazione allora in carica. Di conseguenza, al posto di azioni esemplari o patti di solidarietà furono realizzati solo interventi progettuali limitati, seppur positivi.

Il 2005 ha segnato il riavvio del percorso dei Piani per la Salute: il recente cambio amministrativo del Comune di Bologna, la nuova costituzione dell’Azienda USL ed i nuovi assetti istituzionali di molti comuni e della Provincia hanno reso necessario ricondividere valori, linguaggi, modelli organizzativi ed operativi del processo di realizzazione dei Piani per la salute (PPS).

È stato programmato e realizzato un percorso di promozione e di rilancio dei PPS (primavera 2005), finalizzato ad una ricondivisione complessiva sul piano metodologico ed organizzativo. Frutto di questo percorso è stato un progetto per la costruzione dei PPS 2005-2007<sup>18</sup>, che ha previsto tra i suoi contenuti uno spazio destinato alla condivisione del ruolo che assume il PPS in rapporto con gli altri strumenti di Pianificazione, il modello organizzativo scelto, gli strumenti a supporto della sua implementazione e la tempistica di realizzazione del processo a livello di tutti i distretti.

Elemento cruciale nel riavvio del percorso è stata la scelta dei componenti del Comitato promotore distrettuale, individuati fra rappresentanti di istituzioni, enti, associazioni e interlocutori istituzionali che hanno voce su queste tematiche, e chiamati a garantire la partecipazione piena e responsabile dei cittadini alle scelte e alla valutazione dei risultati come pratica che permette di aumentare il senso di appartenenza alla comunità locale di fiducia nelle istituzioni..

Ancora una volta la condivisione di linguaggi e contenuti si è rivelata fondamentale per iniziare un lavoro comune e con questo spirito nello scorso dicembre è iniziato un percorso di formazione rivolto al Comitato promotore ed ai tecnici dell’Amministrazione interessati: 3 mezze giornate di lavoro ad oggi, una media di circa 45 presenze a giornata, una forte integrazione tra le istanze di natura tecnico-professionale e le istanze più propriamente politiche e sociali, sono stati gli ingredienti di questo percorso che si è dato l’obiettivo di preparare le basi del nuovo Piano per la Salute di Bologna: una lettura dei bisogni di salute della nostra città, l’avvio di una riflessione comune sulle emergenze e le priorità da affrontare nei prossimi 3 anni, guardando congiuntamente i determinanti sanitari, sociali ed ambientali, che direttamente o indirettamente promuovono la salute della comunità.

Procedendo su queste basi si potranno infatti garantire nuovi significati e potenzialità alle scelte di programmazione, una visione di più ampio respiro dei problemi di salute e dei loro determinanti, ed una maggiore integrazione fra tutti gli strumenti di pianificazione avviati sul territorio (PPS, Piani di Zona, Programmi delle attività territoriali, Piani urbanistici ecc.).

Nel mese di febbraio 2006 il percorso di formazione vedrà la sua conclusione con altre 2 mezze giornate di lavoro, la consegna delle nuove priorità all’Ufficio tecnico che dovrà redigere il documento finale e l’inizio dell’iter di validazione istituzionale che si svolgerà nel mese di marzo, per arrivare alla presentazione pubblica del nuovo PPS nel mese di aprile.

## 2.7 Le attività di promozione della salute

La promozione della salute delle persone e della comunità è certamente un tema che investe ampi ambiti dell’amministrazione comunale, ed è intrinsecamente al centro dello sviluppo delle funzioni di indirizzo, controllo e committenza nei confronti delle Aziende sanitarie che trattati nei paragrafi precedenti. Ma è anche forte attenzione ai temi della prevenzione e qualità della vita; è promozione del coinvolgimento, messa in rete e partecipazione dei diversi soggetti portatori di interesse sui temi relativi alla salute; è attivazione di

---

<sup>17</sup> Estratto dal documento “Piani per la Salute” del gruppo regionale per l’attuazione del Piano Sanitario Regionale dell’Emilia Romagna 1999-2001

<sup>18</sup> Allegato K: Progetto per la costruzione dei Piani per la salute 2005-2007, approvato dalla CTSS e dall’AUSL il 7 luglio 2005

approfondimenti e progetti che affrontino le principali criticità. Strumenti privilegiati di queste azioni sono il Progetto Città Sane e il Piano per la salute.

Rimandando ad una scheda più approfondita<sup>19</sup> alcune informazioni più dettagliate sulle iniziative promosse nel corso del 2005 e sulle collaborazioni che hanno consentito di realizzarle, voglio qui ricordare i temi del fumo (con una mostra multimediale per le scuole) e dell'alcool (con una campagna pubblicitaria).

Una menzione particolare va al progetto "Il buono che avanza"<sup>20</sup>: trasformare lo spreco in risorse", che attraverso il recupero degli alimenti invenduti, ma ancora perfettamente salubri e commestibili, cerca di contribuire al miglioramento quantitativo e qualitativo dell'alimentazione e della qualità di vita di persone in condizioni di disagio, anche temporaneo; è un progetto ancora in crescita, con da una parte nuovi esercizi commerciali che aderiscono e donano i loro prodotti, e dall'altra associazioni ed enti caritativi che li utilizzano per le mense dedicate agli indigenti.

Voglio ricordare il progetto "Musica per la salute": 19 eventi musicali e artistici organizzati all'interno degli ospedali e rivolto ai ricoverati, ai loro parenti, al personale sanitario, agli utenti di passaggio ed a persone venute dall'esterno anche con i bambini, vivendo l'ospedale come un luogo di incontro e di cura.

L'arte come linguaggio si ritrova anche nel SuperabilArtFestival, un insieme di eventi, musica, spettacolo e laboratori teatrali di diversamente abili per gli studenti delle scuole superiori, per sensibilizzare sulle tematiche della diversità e per una cultura di accoglienza, comprensione e valorizzazione della "diversa-abilità".

Fra le iniziative di sensibilizzazione ricordo la partecipazione alle campagne sulla sicurezza stradale ("Vacanze coi fiocchi" e "Rispetta l'Anziano che sarai") e la campagna "Comunicare il coma" promossa dall'associazione Amici di Luca (Casa dei Risvegli) in collaborazione con Rete Città Sane.

Un progetto meno promozionale e più operativo è stato quello relativo all'emergenza-caldo, che ha previsto una serie di telefonate informative ed offerte di aiuto a persone molto anziane prima e durante le ondate di calore che si sono registrate nei mesi estivi, in collaborazione con i Servizi Sociali e l'AUSL.

Infine, le giornate mondiali promosse dall'OMS hanno visto il Comune impegnato sui temi della salute, del fumo, del cuore, dell'alimentazione, della salute mentale, dell'infanzia, dell'Aids, con convegni ed iniziative.

Mi limito qui a citare solo le attività direttamente promosse dal Comune, anche in collaborazione con altri enti ed istituzioni, evitando di elencare le tante altre lodevoli iniziative organizzate da altri e a cui il Comune ha partecipato col proprio patrocinio.

Mi si consenta una nota sull'Aids, tema che era stato un po' dimenticato nei cinque anni del precedente mandato. Per questo già il 1 dicembre 2004 il Comune ha voluto dare un segno visibile<sup>21</sup> di un proprio ritrovato impegno su questo fronte, cui ritengo dovrà seguire un lavoro specifico ancora maggiore in futuro, nel quadro più ampio delle malattie a trasmissione sessuale.

Un cenno va a "Età dell'Oro – Consigli brillanti per chi ha compiuto 50 anni", una campagna sugli stili di vita degli over 50enni, finalizzata alla promozione del benessere fisico e dell'attività motoria. In fase avanzata di preparazione, promossa in collaborazione con AUSL di Bologna, AFM, Federfarma, Coop ed altri promotori locali, la campagna verrà lanciata entro primavera.

La partecipazione azionaria del Comune ad AFM (le Farmacie Comunali) si sostanzia in effetti in una collaborazione continua proprio nel campo della promozione della salute, che peraltro coinvolge quasi sempre anche Federfarma, l'associazione delle farmacie private.

## **2.8 L' integrazione delle politiche sociali e sanitarie**

Il rispetto della persona impone alle Istituzioni una integrazione delle loro competenze e delle loro modalità operative, al fine di assicurare interventi coerenti tra di loro ed efficaci perché programmati ed erogati secondo priorità ed obiettivi condivisi. In particolare è centrale l'integrazione tra attività sociali ed attività sanitarie, data l'estrema delicatezza delle problematiche trattate, che non sempre consentono di distinguere la natura degli ambiti di intervento.

Fra i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) indicati dalla legge e che le Aziende USL sono tenute ad assicurare ai cittadini, sono elencati i cosiddetti interventi "socio-sanitari", vale a dire prestazioni in cui la componente sanitaria è così strettamente intrecciata con la componente sociale, da non poter essere operativamente di-

---

<sup>19</sup> Allegato L: le campagne di sensibilizzazione sul tema della promozione della salute realizzate nel corso del 2005

<sup>20</sup> [www.comune.bologna.it/ilbuonocheavanza](http://www.comune.bologna.it/ilbuonocheavanza)

<sup>21</sup> Allegato M: la cartolina realizzata dal Comune di Bologna per la giornata dell'Aids il 1 dicembre 2004

stinguibile<sup>22</sup>; da qui il coordinamento delle funzioni sanitarie e delle funzioni assistenziali, che sono ormai completamente di competenza dei Comuni, in seguito alla legge di riordino del welfare (L. 328/2000).

L'integrazione dei servizi sociali e sanitari è quindi un tema centrale per una tenuta in prospettiva del sistema di welfare ed è anche una risposta necessaria alle difficoltà di distinguerne a volte i confini, cosa che porta in pratica ad affrontare da un punto di vista sanitario casi che sarebbero invece sociali e viceversa. Non deve fuorviare il fatto che il servizio sociale sia nella nostra realtà locale gestito direttamente dal Comune mentre i servizi sanitari siano gestiti dall'AUSL, non è un problema semplicemente di buone relazioni bilaterali.

Non a caso la LR 29/2004, nel valorizzare il ruolo delle amministrazioni locali nel governo della politica sanitaria, mette in capo alla Conferenza Territoriale l'intero ambito sociosanitario e non solo quello sanitario. Ciò dovrebbe garantire una vera conduzione comune in entrambi i campi, che poi possa riflettersi nella gestione concreta indipendentemente dall'ente a cui essa sia affidata. Così, è opportuno distinguere la funzione politica svolta dal Comune nella Conferenza dal ruolo di gestione che lo stesso Comune svolge (e i Quartieri, non dimentichiamolo) nel campo assistenziale, mentre la AUSL gestisce quello sanitario e sociosanitario.

Si tratta quindi di passare dalle parole ai fatti, di costruire concretamente questa prospettiva rendendo possibile che la Conferenza diventi il luogo delle scelte strategiche di tutto il campo sociosanitario e, più in generale, dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari. Un primo passo per costruire i presupposti tecnici perché questo avvenga è costituito dalla realizzazione di un Ufficio di Piano a livello del Distretto di Bologna. Questo Ufficio è costituito dai direttori del Settore Salute, Servizi Sociali e Coordinamento Quartieri per il Comune di Bologna, dal direttore del Distretto e dai referenti sociosanitario e comunicativo per l'AUSL di Bologna. All'Ufficio di Piano afferiscono sia i Piani di Zona che i Piani per la Salute, ed è concreta la prospettiva che, in base alle indicazioni regionali, si occupi anche del fondo per la non autosufficienza. Certo si tratta di un primo passo, ma anche la definizione di un unico luogo tecnico che raduni queste competenze apre la porta al cammino dell'integrazione.

Non vi è dubbio che la programmazione partecipata di un piano regionale sanitario e sociale, prevista per il 2006, potrà dare prospettiva strategica e consistenza strutturale all'impegno per l'integrazione delle politiche nei due ambiti in questione.

Per scendere al concreto delle problematiche i punti focali dell'integrazione sociosanitaria sono i seguenti:

- ❑ Tutela ed assistenza alle persone non autosufficienti, anziane o handicappate, con una nuova attenzione per le disabilità acquisite;
- ❑ Tutela della genitorialità e dell'infanzia, con particolare riferimento ai Consultori familiari, oggetto di un recente convegno<sup>23</sup> promosso dalla Commissione Consiliare delle Elette. Il tema del loro rilancio è largamente riconducibile all'esigenza di portare a sintesi, nel loro campo d'azione, la risposta ai bisogni e le risorse del settore sanitario e di quello sociale;
- ❑ Tutela ed assistenza alle persone adulte dipendenti da sostanze, affette da patologie psichiatriche o da AIDS, in situazione di emarginazione sociale o a rischio di esclusione;
- ❑ Tutela ed assistenza delle persone temporaneamente private della libertà personale. A tal proposito desidero citare anche la situazione del Carcere della Dozza come un tema cruciale, anch'esso tipicamente sociosanitario, su cui sforzi significativi sono già in atto ma che richiede un impegno più alto nel prossimo futuro.

## 2.9 E-care, terreno di sperimentazione

Se guardiamo al nostro sistema di welfare ci rendiamo conto che c'è bisogno di un ripensamento profondo in funzione dei cambiamenti sociali che sono in atto. Con l'incremento della durata della vita la composizione sociale sta infatti fortemente cambiando, in particolare nella nostra città, dove gli ultra-65enni sono il 27% e gli ultra-80enni (i cosiddetti grandi anziani) sono l'8% e tendenzialmente si avvicinano al 10%.

L'applicazione delle nuove tecnologie sarà fondamentale per il mantenimento della qualità della loro vita, per il supporto all'assistenza domiciliare, e più in generale per passare da un'assistenza realizzata sulla base della richiesta o dell'emergenza ad un'assistenza preventiva che si fa carico di conoscere e supportare la vita delle fasce fragili di popolazione, partendo per l'appunto dagli anziani.

---

<sup>22</sup> Cfr. DPCM 29.11.2001 e DPCM 14.2.2001

<sup>23</sup> Allegato N: il testo del mio intervento al Convegno "Ripensare insieme i consultori nel Comune di Bologna" del 16 dicembre 2005.

Un punto di partenza in questo senso è costituito dal progetto E-Care<sup>24</sup> promosso da Cup 2000, in collaborazione con il Comune e l'Azienda USL, per integrare le diverse reti di servizio esistenti sul territorio, qualificando la domiciliarità ed il percorso di continuità assistenziale. Il target a cui il progetto si riferisce è quello identificato come anziano fragile, con età superiore ai 75 anni, solo o con una rete familiare non direttamente disponibile, conosciuto dai servizi sociali del Comune ma non direttamente assistito, non affetto da difficili patologie mediche. Per persone di questo tipo è in corso la sperimentazione di un servizio di tele-assistenza, tele-compagnia e tele-informazione, una presa in carico elettronica della persona e della famiglia, mettendo a sistema le numerose opportunità esistenti, dai servizi pubblici socio-sanitari al mondo della solidarietà. Il progetto, iniziato nel maggio 2005 nel territorio di Bologna e provincia ed a Ferrara, ha coinvolto circa 624 anziani, 554 in provincia di Bologna (di cui circa 70 a Bologna città) e 70 a Ferrara.

Vorrei però non limitarmi ad essere il riferimento in Giunta a Bologna di questo progetto, ma guidare il nostro Comune ad una sperimentazione ancora più impegnativa dal punto di vista tecnologico e sociale. Su questo fronte l'analisi teorica è ormai in fase avanzata, e vorrei nei prossimi mesi passare alla fase di implementazione vera e propria. L'idea si basa su tre concetti chiave:

- ❑ la tecnologia deve essere avanzata ma anche scalabile dal punto di vista dell'architettura e dei costi: è inutile sperimentare soluzioni costosissime, a meno che non sia in vista un calo dei prezzi tale da renderle percorribili; a Bologna dobbiamo ragionare sull'applicabilità a decine di migliaia di persone (solo gli ultra-80enni sono già più di 30 mila).
- ❑ Le soluzioni devono essere modulari e a partire da una base semplice e che possa facilmente entrare nella vita di tutti i giorni degli utilizzatori; essendo soprattutto anziani, il modello di riferimento potrebbe essere un oggetto assimilabile ad una radio multi-canale bidirezionale (ossia in cui l'utente possa anche intervenire) cui poi collegare eventuali dispositivi aggiuntivi (più orientati alla telemedicina o al telesoccorso).
- ❑ Poiché, al di là della tecnologia, i costi tendenzialmente esplosivi sono quelli del personale, occorre sviluppare un modello e un software di supporto che siano capaci di integrare anche gli apporti del volontariato, dei corpi sociali, delle reti di auto e mutuo aiuto, in modo che gli operatori sociali e sanitari, come pure gli operatori professionali di call center, siano coinvolti solo quando effettivamente occorre e tutta la parte del lavoro di cura che può essere svolta dalla rete sociale sia delegabile e valutabile nel complesso del sistema.

In base a queste considerazioni, sta prendendo forma l'ipotesi di una sperimentazione localizzata da un punto di vista spaziale, dal punto di vista tecnologico caratterizzata da stazioni radio multicanale che comunicano fra loro con tecnologia wireless e condividono una connessione in banda larga, basate su tecnologia emergente quale quella del tipo "computer on a chip" con tutte le potenzialità offerte da sistemi operativi open source già dotati delle connessioni ed interfacce standard; dal punto di vista software di un sistema che supporti una molteplicità di canali tematici che nell'interazione fra le persone inseriscano e deducano i parametri utili a plasmare in modo personalizzato l'assistenza necessaria; dal punto di vista sociale, del coinvolgimento di operatori sociali e sanitari, del volontariato, centri sociali, parrocchie, centri di aggregazione. In questo modo gli anziani che non riescono ad uscire di casa interagiscono fra loro e con gli operatori volontari e professionali, mentre questi ultimi e il software di supporto si preoccupano di registrare presenze, assenze, richieste, criticità ed esigenze di ulteriore approfondimento in relazione ai vari partecipanti. Avendo cura delle interazioni possibili con famiglie magari presenti anche se lontane. Un ulteriore passo avanti della sperimentazione potrebbe poi riguardare l'inserimento in quel contesto di sensori e dispositivi di tipo medicale o di sicurezza, che potrebbero fruire di una struttura di rete già definita ed integrarsi nel flusso informativo complessivo che viene raccolto. L'idea è di fare confluire questo filone di sperimentazione nel lavoro in atto sul fronte della telemedicina, di cui dirò a proposito del progetto europeo in corso.

## 2.10 Sistemi informativi sanitari orientati al cittadino

Quando il Sindaco mi ha affidato la delega alla Sanità ero cosciente di avere molto da imparare sul tema. Per questo mi ero auto-imposto una sorta di moratoria sui temi a me ben noti dell'informatizzazione, in modo da concentrare l'attenzione sui vari aspetti che mi era utile approfondire. Ora basta, la moratoria è finita, e non solo perché un anno e più mi pare sufficiente, ma perché, conoscendone la realtà, sono sempre più convinto che sia cruciale poter disporre in sanità di sistemi informativi all'altezza delle sfide che abbiamo di fronte.

I punti cruciali sono due: primo, il sistema informativo dev'essere al servizio primariamente del cittadino e non solo del segmento di sistema sanitario che ne promuove lo sviluppo; secondo, deve fin dalla sua concezione avere coscienza di una duplice funzione: quella propriamente sanitaria a supporto dei servizi per i quali

<sup>24</sup> <http://www.cup2000.it/e-care/index.htm>

è concepito, e quella più ampia di contribuire alla costruzione del patrimonio informativo utile a definire la politica sanitaria e a verificarne correttezza ed efficacia.

Sul primo punto, la realtà che è andata crescendo è invece quella di applicazioni tecnologicamente anche avanzate ma settoriali e compartimentate, dove non solo ospedali diversi faticano a comunicare ma anche all'interno della stessa struttura non c'è una vera condivisione delle informazioni, e sovente è dentro il personal computer del singolo professionista che rimangono informazioni che invece devono (imperativo categorico) essere messe nella disponibilità generale, così che il medico che sta visitando un paziente deve poter accedere ai suoi esami e alla sua storia clinica in modo completamente automatico. Dal punto di vista tecnologico ciò è assolutamente alla portata; per riuscirci davvero bisogna mettere le cose in fila, come si usa dire, e questo è quel che vorrei promuovere con decisione nel prossimo futuro. Ci sono già buoni segnali, come il progetto Sole di informatizzazione dei medici di famiglia affidato dalla Regione a Cup 2000, o la decisione di ordinare un software per gli esami di laboratorio unico per AUSL e AOSP. Ma possiamo fare di più.

Sul secondo punto, il crescere della coscienza della missione affidata alle aziende sanitarie, e la grande complessità rappresentata dall'insieme dei servizi erogati, già oggi implicano un lavoro significativo per tenere sotto controllo i vari indicatori utili al governo clinico e finanziario, e alla valutazione delle prestazioni: basti pensare alle liste d'attesa, per fare solo un esempio. Ma non sempre i dati utili sono disponibili, a volte serve un impegno significativo per ricavarli, altre volte non ci si riesce e basta. Un sistema informativo che abbia alla base la coscienza delle sue potenzialità sarebbe un bel passo avanti.

L'idea è di sviluppare a livello di CTSS delle linee guida e dei requisiti da richiedere come obbligo a tutti i software che verranno sviluppati e finanziati dalle diverse aziende, e di portare poi questa discussione sul livello regionale per una validazione che consenta di poter estendere l'interoperabilità al livello regionale.

### 3 LE ALTRE COMPETENZE

Accanto al tema centrale della sanità, vi sono altri argomenti che afferiscono alle mie competenze. Si tratta di tutti quelli che dal punto di vista tecnico competono al Settore Salute del Comune, più alcuni altri temi specifici di competenza di altri settori (ricordo che il Comune di Bologna da tempo si è organizzato separando le competenze tecniche da quelle politiche, come da L. 59/1997). Sto parlando di igiene pubblica, di zanzara tigre, di animali, dei servizi cimiteriali, e del tema, più ampio, delle politiche di promozione della salute.

Pur avendo cercato fin dall'inizio di operare su linee guida che non fossero semplicemente la riproposizione di ciò che la "macchina" comunale già faceva, com'è evidente sul tema relativo alla sanità, era comunque necessario, e giusto, prendere atto dell'esistente, apportarvi le opportune correzioni, individuare potenziali sviluppi. Su questo fronte mi pare che parecchio sia stato già fatto in questo primo periodo, razionalizzando le spese e risistemando i servizi. Se nel bilancio 2006 il Settore Salute subisce un taglio di oltre 1 milione di euro (pari a circa il 40% del proprio budget del 2005), senza che ciò comporti tagli ai servizi, lo si deve proprio alle economie realizzate sulle attività in corso. Naturalmente avrei preferito utilizzare i risparmi per promuovere nuovi servizi, e spero di poter avere le risorse per farlo in futuro, ma, nel quadro difficilissimo per l'Ente locale indotto dalla legge finanziaria, già tagliare i costi senza tagliare i servizi è un ottimo risultato.

Ma partiamo proprio dal quadro dei costi delle attività afferenti al Settore Salute, aggregato per macro voci di costo (dati di massima, depurati da voci spostate in altri capitoli nel corso del periodo):

Budget Settore Salute	finale 2004	previsione 2005	finale <sup>25</sup> 2005	previsione 2006
Igiene pubblica,	1452	1442	838	590
di cui Zanzara tigre	1432	1430	724	573
Ufficio diritti animali,	330	343	352	275
di cui Canile municipale	300	300	300	255
Servizi cimiteriali [partita di giro <sup>26</sup> ]	875	752	752	723
Promozione salute (Città Sane)	103	129	165	109
Trasferimenti	39	39	53	39
Altri costi	41	45	50	54
Totale <sup>27</sup>	2840	2750	2210	1790

<sup>25</sup> I dati finali del 2005 tengono conto anche di due contributi della Fondazione Carisbo per 70 mila (Progetto informatizzazione / Igiene Pubblica) e 50 mila euro (Database dei format di buone pratiche per la promozione della salute / Città Sane) che insistono sul bilancio 2005 ma in effetti saranno disponibili e spesi nel corso del 2006.

<sup>26</sup> Si tratta di una voce relativa ad importi che il Comune riscuote dai cittadini in relazione ai servizi cimiteriali e poi trasferisce alla società che ha in concessione i cimiteri, ossia attualmente Hera. Pertanto questa voce è una partita di giro, del tutto ininfluente nel bilancio effettivo del Settore.



Leggendo questi dati salta agli occhi come la lotta alla zanzara tigre impegnasse una cifra pari al 50% del budget del settore: ecco perché è stato importante affrontare subito il tema, e i risultati ci sono stati.

Oltre alle voci che pesavano sul bilancio, era poi urgente cercare di ripristinare la capacità di governo su attività affidate in gestione all'esterno. Sforzi importanti sono stati fatti sul Canile municipale e sulle attività cimenterie e funerarie, per citare due delle più importanti.

In generale, come si può evincere dalla lettura dei punti specifici che seguono, rispetto a questo insieme di attività su cui il Comune ha competenza di gestione e/o di governo, ritengo che molto sia stato già fatto, e che entro 6 mesi su molti temi si possa ritenere concluso il processo di ristrutturazione. Ciò dovrebbe consentirmi di concentrarmi di più sulle nuove attività, sia quelle già avviate (tipo il tavolo sull'elettromog) che quelle in previsione, oltre che dedicarmi alla priorità già descritta sul governo del sistema sanitario.

### 3.1 La zanzara tigre

Da alcuni anni nella nostra città una significativa presenza della zanzara tigre (*aedes albopictus*) impone un piano straordinario<sup>28</sup> di disinfestazione durante i mesi caldi. La zanzara tigre si riproduce in ristagni d'acqua anche piccoli, non ha un raggio d'azione ampio e si diffonde in modo non omogeneo, ossia per focolai. Ne consegue che l'azione più efficace è quella preventiva: evitare ristagni d'acqua e trattare quelli ineliminabili con prodotti larvicidi. Fino al 2004 il piano comunale prevedeva cicli quindicinali di trattamenti larvicidi nei circa 88 mila tombini presenti in aree pubbliche, una campagna di comunicazione per invitare i cittadini a trattare le aree private, ed interventi di disinfestazione adulticidi solo in casi di emergenza.

Nel 2004 il costo complessivo di trattamenti larvicidi ed adulticidi e della campagna di comunicazione è stato superiore a 1,3 milioni di euro, affidati a trattativa privata.

Nel 2005 abbiamo messo a gara il servizio, e grazie a ciò si sono conseguiti risparmi molto significativi. Per la prima volta inoltre abbiamo introdotto un programma di controllo per verificare la corretta effettuazione delle prestazioni da parte della ditta vincitrice della gara. In conclusione, con una spesa complessiva di 720 mila euro si sono effettuati tutti i trattamenti e la campagna di comunicazione nonché numerosi controlli sia sui privati sia sull'operato della ditta e sull'efficacia dei trattamenti; ed inoltre si è iniziato a pensare al futuro, attraverso la realizzazione di un programma informatico che consenta la gestione delle segnalazioni e la localizzazione dei focolai tramite collegamento col Sistema Informativo Territoriale (SIT) del Comune, e si è progettata la realizzazione di una campagna informativa ad hoc dedicata agli amministratori di condomini e alle categorie produttive per incentivare la prevenzione dei focolai e il trattamento da parte dei privati.

Dal punto di vista dei risultati conseguiti, in termini di minimizzazione dell'infestazione, si è registrato un leggero miglioramento rispetto al 2004, come è possibile desumere dai dati<sup>29</sup> rilevati dall'AUSL nonché dai controlli effettuati, e questo nonostante il 2005 sia stato un anno più favorevole alle zanzare dal punto di vista meteorologico rispetto al 2004. Un leggero miglioramento a fronte di costi dimezzati non è certo un risultato da disprezzare, ma l'intenzione è di proseguire nel miglioramento della lotta alla zanzara tigre.

In particolare, in vista del 2006, abbiamo deciso alcune importanti innovazioni.

- ❑ L'adozione di un nuovo prodotto per il controllo delle larve, da utilizzare per il trattamento dei tombini in area pubblica. Tale prodotto si classifica non come "larvicida", quindi non uccide direttamente le larve eventualmente presenti nel tombino, ma come IGR, cioè inibitore della crescita. Il principio attivo utilizzato (Pyriproxifen) è un analogo dell'ormone giovanile dell'insetto, ne altera la crescita e ne inibisce lo sviluppo in insetto adulto. Questo prodotto permetterà un minore impatto ambientale rispetto al prodotto utilizzato finora, a parità di quantità utilizzata, ed inoltre la diminuzione drastica del numero di trattamenti effettuati, in quanto il suo effetto è durevole nel tempo (4-6 settimane), minimizzando così ulteriormente l'eventuale impatto ambientale, ed abbattendo ulteriormente i costi.
- ❑ Miglioramento e adeguamento del sistema dei controlli, sia in termini di efficacia del trattamento sulle larve nei tombini che mediante ovitracce, con possibilità di prevenzione dei focolai di infestazione. Inoltre istituzione di un sistema di mappatura dei focolai che permetta l'intervento tempestivo, anche adulticida, nelle situazioni di forte infestazione.
- ❑ Coinvolgimento sempre maggiore dei privati cittadini, con creazione di sinergie pubblico-privato per la gestione organica del problema. In particolare si progetta la creazione di una rete di referenti per i con-

---

<sup>27</sup> Nella preparazione del bilancio 2006 la spesa relativa ai collaboratori a progetto (gli ex co.co.co.) è stata spostata nel capitolo relativo alle spese del personale togliendolo dalle spese correnti. Per il Settore Salute si tratta di circa 42 mila euro all'anno, importo costante dal 2004 al 2006.

<sup>28</sup> [www.comune.bologna.it/zanzara](http://www.comune.bologna.it/zanzara)

<sup>29</sup> Allegato O: consuntivo della campagna 2005 contro la zanzara tigre

domini, comprendente amministratori condominiali e semplici condomini interessati al tema, da coinvolgere con iniziative informative-formative; incontri con la cittadinanza, per una maggiore sensibilizzazione al problema, anche al di fuori delle sedi istituzionali, ad esempio centri commerciali; una campagna di comunicazione diretta alle categorie produttive (in particolare artigiani, commercianti) tramite le associazioni professionali e di categoria. Ed anche un maggior controllo del territorio di competenza comunale, in collaborazione con i diversi Settori comunali, e la razionalizzazione del trattamento nelle scuole in collaborazione coi Quartieri.

- ❑ Sperimentazione di ulteriori possibilità da mettere a punto per il futuro. Formulazione di un modello matematico che permetta di prevedere i picchi di infestazione. Test di dispositivi a rete mobile da applicare alle caditoie stradali.

### 3.2 L'igiene pubblica

L'area di igiene pubblica ha diverse incombenze. Può essere uno strumento importante per affrontare situazioni delicate relative alla salute dei cittadini, ma corre anche il rischio di limitarsi ad un approccio burocratico, e per lo più inefficiente. La situazione trovata, tutta quanta basata su archivi cartacei, non può certo considerarsi ottimale per giocare in modo attivo il proprio ruolo.

Per questo, accanto ad una riorganizzazione dell'area, abbiamo individuato la priorità dell'informatizzazione, ed ha preso il via pochi giorni fa la realizzazione di un sistema per la gestione informatizzata delle pratiche di inconvenienti igienici e delle autorizzazioni sanitarie, in relazione diretta con l'Azienda USL e, in una seconda fase, anche con altri Enti ed i cittadini. Il sistema permetterà inoltre di realizzare un archivio informatico (che sostituirà il cartaceo), report finalizzati al controllo della localizzazione degli inconvenienti igienici sul territorio (tramite collegamento col SIT) con possibilità di evidenziare aree degradate o a rischio di degrado igienico-sanitario; report finalizzati al controllo della durata dei procedimenti (al fine di ridurne i tempi).

Per la realizzazione dell'informatizzazione dell'area di igiene pubblica è stato previsto un budget di 140 mila Euro (finanziato per il 50% con fondi del Comune e per il restante 50% con contributo della Fondazione Carisbo), suddivisi fra sviluppo software, digitalizzazione documenti e acquisto di strumentazione hardware.

Pur con questo sguardo rivolto al futuro, già nel 2005 abbiamo cercato di effettuare un cambio di passo, e di realizzare alcuni importanti progetti.

Sul fronte dell'amianto, un obiettivo importante raggiunto è stata la bonifica della Stazione<sup>30</sup> di Bologna Centrale dalle cosiddette "pietre verdi" (ofioliti) contenenti amianto. Quando, alla fine del 2004, era stato trovato amianto nelle pietre della massicciata ferroviaria, il Comune ha subito promosso un tavolo con AUSL, ARPA e RFI che ha lavorato in tutta la fase di studio, progettazione della bonifica e verifica di quest'ultima, e nel giro di pochi mesi la situazione è stata risolta: in data 25 luglio 2005 si sono conclusi i lavori di bonifica delle Aree 16, 14, 3bis e 1 Binario ovest della Stazione Centrale di Bologna. Ora, per quel che concerne lo scalo di Bologna S. Donato si è proceduto alla mappatura delle aree contenenti pietrisco e sono state ultimate le analisi di laboratorio, e si sta ora procedendo secondo le modalità concordate con l'AUSL.

Sempre sul fronte dell'amianto, l'obiettivo finale (ragionevolmente pluriennale) è quello della verifica e bonifica dell'amianto negli immobili con alta frequenza di pubblico situati sul territorio del Comune di Bologna. Nel 2005 abbiamo proceduto al censimento dell'amianto nei cinema e nei teatri. Per la precisione sono stati contattati 48 fra cinema e teatri siti nel territorio di Bologna. Di questi:

- ❑ 31 hanno comunicato l'assenza di amianto (previa verifica compiuta da tecnici specializzati).
- ❑ 16 hanno comunicato presenza di amianto: in 12 casi si tratta di amianto compatto e comunque collocato in locali non accessibili al pubblico; in un caso si trattava di amianto compatto presente nella copertura ed è già stato bonificato; nei restanti 3 casi si è segnalata la presenza di amianto friabile ma o incapsulato o comunque attualmente sottoposto a procedure di controllo in accordo con l'Azienda USL.
- ❑ 1 ha comunicato che è chiuso in attesa di lavori di restauro.

Entro febbraio 2006 intendiamo completare l'analisi dei dati derivanti dal censimento nei cinema e teatri e redigere le ordinanze con le azioni per bonifica che si riterranno necessarie. Dopodiché, proseguiremo con altre categorie di immobili ad alta frequenza di pubblico.

In relazione al tema delle zone degradate, nel 2006 intendiamo sistematizzare quanto si è già fatto in alcuni casi durante il 2005 in zone degradate o a rischio di degrado igienico-sanitario con interventi di bonifica, individuazione delle cause e adozione delle misure idonee a prevenire il degrado. Una particolare attenzione è stata prestata all'abbandono di rifiuti, soprattutto nelle aree pubbliche e in relazione a rifiuti pericolosi.

---

<sup>30</sup> Allegato P: protocollo di intesa fra Comune, RFI e AUSL per il percorso di bonifica della Stazione Centrale

Per quanto riguarda l'attività relativa alle autorizzazioni sanitarie (funzionamento di strutture sanitarie, ambulatori veterinari, pubblicità sanitaria), nel 2005 sono state rilasciate 327 autorizzazioni, e per 90 pratiche è stata coinvolta la commissione di esperti che si è riunita 25 volte ed ha effettuato 17 sopralluoghi.

### 3.3 I diritti degli animali

Anche l'Ufficio Diritti Animali<sup>31</sup> (UDA), attivo sulle tematiche di tutela degli animali e sullo sviluppo di una corretta convivenza tra l'uomo e gli animali presenti in città, ha visto un cambio di responsabilità ed è stato interessato da una riorganizzazione funzionale. Inoltre l'Ufficio Anagrafe Canina si è trasferito nelle vicinanze della nuova sede del Settore Salute.

Si è riscontrato un costante aumento del numero di iscrizioni di cani all'anagrafe canina, con relativa identificazione attraverso l'inserimento di microchip, strumento fondamentale per il controllo dei cani presenti sul territorio e la limitazione del fenomeno dell'abbandono. Nel 2005 si sono registrate 2106 iscrizioni a fronte delle 1928 dell'anno 2004 e delle 1821 dell'anno 2003. Attualmente sono iscritti all'anagrafe canina sul territorio del Comune di Bologna 18642 cani. È in previsione l'apertura di un ulteriore punto di anagrafe canina presso il Canile Municipale al fine di agevolare i cittadini per l'iscrizione del cane adottato e assicurare una maggiore presenza istituzionale in Canile.

In città vi sono attualmente 600 colonie feline regolarmente censite, che vedono la presenza sul territorio di circa 5 mila gatti liberi. Tali colonie sono gestite da volontari singoli o iscritti ad associazioni animaliste. A livello provinciale è stato avviato un gruppo di lavoro sui gatti per studiare la fattibilità di forme di sostegno e collaborazione a favore delle Associazioni che gestiscono tali colonie.

L'attuale sovraffollamento di colombe in alcune zone della città può costituire un problema sia per i cittadini che per gli stessi volatili; al fine di salvaguardare e rispettare la loro presenza, creando le condizioni per un giusto equilibrio, verrà effettuato a breve un censimento di tale popolazione come primo passo verso un'attività più ampia di contenimento delle nascite. È stato inoltre divulgato un pieghevole informativo volto a dare indicazioni utili per una corretta convivenza.

La primavera scorsa si è proceduto ad aggiornare il Regolamento comunale di Igiene<sup>32</sup>, in particolare la sezione relativa alla convivenza uomo-animale alla luce della L.R. 5/2005 sul benessere animale; da un lato si è dato rilievo ad attività importanti quali la pet-therapy, dall'altro è stato vietato l'uso di strumentazioni che possono recare danno agli animali. L'unanimità in sede di discussione delle modifiche è un'ulteriore prova della succitata sensibilità sulle tematiche di tutela animale. L'aggiornamento del Regolamento ha portato all'attivazione delle procedure di autorizzazione di attività economiche e produttive coinvolgenti animali vivi, in attesa dei requisiti tecnici regionali per l'applicazione delle stesse.

I temi inerenti gli animali che vivono in città sono caratterizzati da punti di criticità. Su tale fronte sono state messe in campo azioni finalizzate al superamento della problematica rappresentata dalla mancata raccolta delle deiezioni canine da parte dei proprietari, attraverso campagne di sensibilizzazione e attività finalizzate a sviluppare un maggior senso civico. Nell'estate 2005, fra le altre iniziative<sup>33</sup>, è stata avviata la campagna informativa con lo slogan "Se usi la paletta la città ci accetta".

A livello provinciale sono stati avviati progetti volti ad incentivare le adozioni da parte di anziani con pensione minima o sociale, attraverso l'applicazione di tariffe veterinarie agevolate (Pet Card) oltre a progetti relativi a Pet Therapy e Pet Education.

Tutti questi temi sono stati o sono argomento per un confronto costante con le associazioni animaliste, nel contesto di un tavolo di confronto che è stato attivato e che coinvolge anche esperti del settore.

### 3.4 Il Rifugio del Cane e del Gatto

Il Canile Municipale<sup>34</sup> può accogliere indicativamente 200 cani e 40 gatti. La sua gestione era stata affidata all'ENPA (Ente Nazionale Protezione Animali) nel 2003, tramite una convenzione che prevedeva una spesa di 183 mila euro annui, e la cui scadenza era prevista per il 30/4/2006. Per calcolare le spese totali relative alla struttura, occorre poi sommare i costi per le prestazioni veterinarie (erano 100 mila euro circa) e per le utenze (riscaldamento, acqua, luce) per 65-70 mila euro l'anno: otteniamo così una spesa complessiva di 350 mila euro all'anno, cifra molto vicina ai 4 euro per animale al giorno considerati la spesa media di una buona struttura di questo tipo.

---

<sup>31</sup> [www.comune.bologna.it/animali](http://www.comune.bologna.it/animali)

<sup>32</sup> Allegato Q: modifiche al Regolamento di Igiene del Comune di Bologna

<sup>33</sup> Allegato R: alcune attività dell'Ufficio Diritti Animali

<sup>34</sup> Il Rifugio del Cane e del Gatto è ubicato in via Bacialli 20 a Trebbio di Reno

Oltre alle spese correnti ci sono poi le manutenzioni straordinarie e le ristrutturazioni della struttura. All'inizio del mandato erano in corso i lavori di un primo lotto di ristrutturazione, mentre un secondo lotto è previsto per l'anno 2006.

Con queste premesse sarebbe stato lecito attendersi una situazione non particolarmente problematica. Invece purtroppo da subito sono emerse criticità, sui lavori di ristrutturazione in corso e, anche a valle di dissapori e avvicendamenti all'interno dell'organizzazione dell'ENPA, relative alla gestione, che hanno portato ad un clima difficile, con la grande maggioranza delle associazioni animaliste insoddisfatte dell'attività dell'ente gestore. Innanzitutto il Comune ha ripreso ad esercitare un effettivo controllo della struttura, puntuali verifiche che hanno condotto al riscontro di problematiche e alla richiesta di immediate correzioni. In relazione ad alcuni episodi oscuri, fra cui la morte di un cane trovato legato nella gabbia nel giugno 2005, la Polizia Municipale ha effettuato dei riscontri ed ha poi trasmesso gli atti alla Procura della Repubblica.

Per quanto riguarda le attività di assistenza veterinaria, comprendenti gli interventi terapeutici, chirurgici, vaccinazioni, soppressioni eutanasiche e interventi d'urgenza, fino al settembre 2005 erano affidate al Servizio Veterinario dell'AUSL in aggiunta alle funzioni di vigilanza e controllo che istituzionalmente svolgono. Dal 1 ottobre, a seguito di una specifica gara, le attività non istituzionali sono state assegnate ad un team di veterinari liberi professionisti. Tale operazione ha consentito una miglior divisione dei compiti sanitari (istituzionali e non) oltre ad un risparmio economico.

L'11 novembre 2005 la Procura ha disposto il sequestro della struttura ed il trasferimento di tutti gli animali ospitati, nel contesto di una indagine penale riguardante diverse persone impegnate nella gestione. Nel giro di poche ore, dopo aver immediatamente sospeso il contratto con ENPA, siamo riusciti a produrre una proposta che ha convinto il PM ad affidare al Comune la gestione della struttura sequestrata, evitando così il trasferimento degli animali. Siamo quindi in una fase temporanea attivata in emergenza a seguito del sequestro, in cui abbiamo affidato la gestione del Canile all'associazione "Il Mondo di Willy", capofila di un raggruppamento che coinvolge molte altre Associazioni animaliste.

Nonostante la situazione di emergenza, il clima è notevolmente migliorato, molte sono le attività avviate e programmate, finalizzate ad incentivare le adozioni, ad avvicinare maggiormente la città agli ospiti della struttura, puntando quindi ad avere un canile "aperto" alla cittadinanza e alle associazioni di volontariato. Stiamo già sperimentando un nuovo Regolamento per l'accesso dei volontari al canile, redatto con la collaborazione e il contributo delle associazioni animaliste. Il clima fra gestori, volontari, veterinari liberi professionisti, veterinari dell'AUSL, funzionari comunali è positivo e di grande collaborazione, con notevole beneficio per l'attività e per gli animali. È inoltre avviata una serie di piccoli lavori di manutenzione straordinaria, necessari per la situazione di trascuratezza in cui versava la struttura, resa possibile anche grazie alla disponibilità di singoli cittadini e di associazioni come la CNA (che voglio ringraziare).

Nei prossimi mesi verrà espletata la gara per la nuova aggiudicazione del servizio, che avrà decorrenza dal 1 maggio 2006. Naturalmente saremo attenti prevedere una serie di requisiti che evitino il ripetersi delle incresciose situazioni che abbiamo sperimentato.

Nella primavera 2006 è inoltre previsto l'inizio del secondo lotto dei lavori di ristrutturazione, che porterà alla creazione del reparto sanitario, alla sostituzione dei box al fine di adeguarli alle dimensioni previste dalle linee guida della Regione, alla sistemazione delle aree verdi e di sgambatura, oltre alla ripresa di alcuni lavori già effettuati ma che presentano problematiche funzionali.

### **3.5 I servizi cimiteriali e funerari**

I servizi cimiteriali nel cimitero della Certosa e quello di Borgo Panigale erano sempre stati gestiti direttamente, insieme con l'attività di onoranze funerarie propria del Comune di Bologna. Tutte queste attività sono state affidate in concessione trentennale, con contratto stipulato per 7 anni a partire dal 1 gennaio 2003, ad Hera<sup>35</sup>. Fra le motivazioni per le quali si è proceduto a questa esternalizzazione c'era anche l'opportunità che Hera potesse diventare anche in questo campo un punto di aggregazione di diverse realtà locali (infatti ad Hera in quel periodo furono affidate attività analoghe anche da diversi altri Comuni soci di Hera, come ad esempio Ravenna e Rimini) con una dimensione tale da poter realizzare un salto di qualità.

Nel contratto Hera si impegnava ad un insieme di investimenti sui cimiteri per circa 12 milioni di euro, ed il Comune ad adeguare le tariffe alle esigenze. In particolare l'aumento delle tariffe era un impegno preso dall'amministrazione precedente, e avrebbe dovuto realizzarsi subito dopo le elezioni: è stata quindi la prima richiesta con la quale ci siamo confrontati. Il Comune a sua volta ha chiesto di chiarire i costi operativi sulla base dei quali prevedere gli adeguamenti tariffari, e di definire anche le opere di manutenzione straordinaria

---

<sup>35</sup> [www.gruppohera.it/bologna/](http://www.gruppohera.it/bologna/)

da far rientrare nella cifra prevista per gli investimenti. A tale fine si è costituito un gruppo di lavoro inter-settoriale che ha analizzato, per le varie tipologie di attività svolte, il profilo dei costi e dei ricavi, ottenendo preziose informazioni circa il rapporto intercorrente fra trend tariffario e entità degli investimenti disponibili per le opere di ristrutturazione dei cimiteri. Uno dei principali obiettivi collegati all'attività cimiteriale è, infatti, quello di riuscire a disporre dei finanziamenti necessari per mantenere in uno stato dignitoso le strutture, con particolare riferimento alle aree di interesse storico-monumentale. A questo obiettivo concorre anche il cosiddetto Progetto Certosa di cui al paragrafo successivo.

Accanto alla relazione con Hera si è operato anche per far recuperare al Comune una capacità di controllo effettivo sull'andamento del servizio. Ritengo infatti che un ulteriore obiettivo sia da parte dell'Amministrazione comunale una maggiore attenzione agli aspetti qualitativi del servizio offerto e al rapporto diretto con l'utenza, in particolare su temi che hanno fatto registrare negli ultimi anni un interesse sempre maggiore (ad esempio la cremazione).

Nel corso degli approfondimenti che erano in corso con Hera sui temi delle tariffe e degli investimenti, si sono innescati due fatti nuovi da parte di Hera: prima la dichiarazione, riguardo agli adempimenti previsti dalla recente norma regionale (LR 19/2004) che prevede la separazione fra gestione di strutture cimiteriali e esercizio di onoranze funebri, di non essere più disponibile a condurre il servizio di onoranze funebri; e successivamente la dichiarazione di non considerare quello cimiteriale come un'attività inerente la propria missione, e conseguentemente la disponibilità a restituire al Comune la facoltà di decidere altrimenti.

Come si intuisce, il mix di problematiche cui cercare di dare una soluzione non estemporanea ma forte e credibile è di non poco conto, e tocca la qualità dei servizi al cimitero, le prospettive del polo crematorio (progetto annunciato anni fa e poi mai realizzato), il posizionamento dell'agenzia di onoranze comunale rispetto al mercato (tenendo conto del trend non positivo negli ultimi anni, complice forse anche la non felicissima decisione di scrivere "Hera" sui carri funebri), la necessità di ingenti investimenti per mettere in sicurezza e risistemare da un punto di vista edilizio i cimiteri (la stima dell'insieme minimo necessario supera i 20 milioni di euro), la prospettiva di sviluppo del settore (con il piano regolatore cimiteriale da varare), nonché il futuro dei lavoratori impegnati nel comparto. Ulteriori fattori da tenere presente nel pensare ad una prospettiva futura sono l'assetto proprietario della società di gestione (Hera è controllata dai soci pubblici), la localizzazione geografica, e naturalmente la competenza specifica nel settore in esame.

Al termine degli approfondimenti, dopo l'esame di varie alternative possibili, l'orientamento del Comune è andato verso l'ingresso del Comune di Bologna nella società AMSEFC<sup>36</sup> del Comune di Ferrara, che ha come mission specifica la gestione di cimiteri e – attraverso una società controllata - di onoranze funebri. Il Consiglio Comunale ha approvato una delibera di indirizzo<sup>37</sup> che autorizza i Settori competenti ad attivare le procedure per la rescissione del rapporto con Hera, l'entrata del Comune di Bologna nell'azionariato di AMSEFC, ed il conferimento delle attività a tale società. Le attese sono naturalmente che la nuova configurazione di AMSEFC (che forse potrà considerare un cambiamento del nome che rifletta la nuova situazione) dia non solo ampie garanzie per espletare al meglio i servizi, ma costituisca anche un polo di riferimento capace di guardare lontano.

Ultima precisazione: pur puntando ad avere il partner/fornitore più capace possibile, il Comune intende proseguire nell'irrobustimento delle proprie capacità di indirizzo e verifica, senza deleghe in bianco ma con la consapevolezza che ognuno debba giocare al meglio il proprio ruolo per ottenere i migliori risultati.

### 3.6 Il progetto Certosa

Il Cimitero della Certosa rappresenta un grande patrimonio per la nostra città anche da punto di vista artistico e architettonico. Un patrimonio che merita di essere mantenuto e valorizzato, ed un progetto in questo senso era partito già nel mandato precedente; per ricavare risorse da investire a questo fine, l'ipotesi che era stata studiata era quella della riconcessione dei sepolcri abbandonati. Nei primi mesi di questo mandato abbiamo perfezionato e resa attuabile questa procedura, ed iniziato ad attuarla. Nei mesi scorsi è stata riconcessa la Tomba Uttini (con un ricavo di oltre 112 mila euro). È stata richiesta ad Hera la pronuncia di decadenza per altri 7 sepolcri e sono in corso le pratiche definitive per altri 10 ancora. Abbiamo quindi concretamente dato il via al processo che potrebbe portare al restauro dell'intero complesso monumentale, senza pesare sul bilancio del Comune o di altre istituzioni pubbliche.

Ma non è questa l'unica novità: è in corso la progettazione per la ricollocazione delle gocce che erano in Piazza Re Enzo all'ingresso nord della Certosa in funzione di centro visite (informazioni, aula didattica, spazio per piccole mostre, laboratorio restauri); nella chiesa della Certosa (San Girolamo) è stato realizzato il nuovo

---

<sup>36</sup> [www.amsefc.it](http://www.amsefc.it)

<sup>37</sup> Allegato S: Linee guida per i servizi cimiteriali e funerari, delibera del Consiglio Comunale del 5 dicembre 2005



impianto di illuminazione e si sono compiuti i restauri dei quadri della "Pesca miracolosa" e della "Cacciata dei mercanti dal Tempio", di Francesco Gessi (autunno 2004), dei quattro Santi Certosini sempre di Francesco Gessi nell'estate 2005 e della "Natività" di Nunzio Rossi (inverno 2005), attualmente esposto a Palazzo d'Accursio.

Dal punto di vista della promozione, vengono proposte visite guidate tematiche con frequenza mensile e concerti; nell'estate 2005 è stato presentato un prototipo di palmare per la consultazione di monumenti; si è tenuta la mostra "I colori del silenzio" di Vittorio Valentini in Sala d'Ercole nell'autunno 2004 (riproposta a Vilnius nell'estate 2005); nell'estate 2005 si è tenuta la mostra "Piero Bottoni. Monumenti alla Resistenza e le opere bolognesi", con l'Archivio Bottoni del Politecnico di Milano; ed inoltre la mostra "La scultura della Memoria in Italia 1820-1940. Fotografie di Robert W. Fichter e Robert Freidus"; il sito web<sup>38</sup> del cimitero ha circa mille visitatori al mese.

Sul fronte digitale, è in via di ultimazione (entro la fine del 2006) la creazione della banca dati digitale della Certosa (anagrafe, catasto, topografia, catalogazione storico-artistica). Inoltre, un prototipo del Museo Virtuale della Certosa di Bologna è stato presentato nell'agosto 2004 al SIGGRAPH 2004, Los Angeles, USA; nell'aprile 2005 al Salone del Restauro di Ferrara, nel settembre 2005 a ICHIM - Paris e nell'autunno 2005 all'esposizione internazionale "Immaginare Roma Antica", Mercati Traianei di Roma. Le prime applicazioni saranno disponibili per la navigazione autonoma, anche on line, entro la fine del 2006.

Infine, il Comune di Bologna, rappresentato da Mauro Felicori, ha la presidenza dell'ASCE<sup>39</sup>, l'associazione che riunisce i più importanti cimiteri europei. L'ASCE ha raggiunto gli 85 soci, rappresentativi di migliaia di cimiteri storico-monumentali in 19 paesi europei. Nell'autunno 2004 si è tenuto a Genova l'incontro annuale<sup>40</sup>. Nella primavera 2005 l'incontro di Zagabria dedicato al management dei cimiteri storico-monumentali e, nell'autunno, il convegno di Berlino sul futuro dei cimiteri nello sviluppo urbano. Il sito web nel 2005 ha raddoppiato i visitatori, che sono oggi circa 4mila al mese. La seconda edizione della "Settimana alla scoperta dei cimiteri europei" ha visto la partecipazione di 23 città europee.

### 3.7 Il tavolo sulla telefonia mobile

Il settore dei telefonini ha visto un boom di utilizzo (con quasi 1 contratto per abitante, l'Italia oggi è il paese europeo col mercato più rilevante per la telefonia cellulare), ed è caratterizzato da una rapida evoluzione tecnologica: tre generazioni di telefonia mobile si sono succedute, e nel passaggio dal vecchio ETACS all'attuale GSM all'entrante UMTS i servizi per l'utente sono cresciuti mentre la distanza fra l'antenna e l'utilizzatore è andata sempre più diminuendo; dai vari km di raggio d'azione per le antenne ETACS (quelle dei vecchi numeri 336 e 337) ai pochi km delle antenne GSM alle poche centinaia di metri previste a regime per l'UMTS, con un trend che continuerà insieme agli annunci delle nuove tecnologie prossime venture. Ora, se nei piccoli comuni si può ancora pensare di posizionare le antenne fuori dal paese, nelle aree urbane le antenne sono inevitabilmente anche dentro l'abitato. Nel territorio del Comune<sup>41</sup> di Bologna ce ne sono già 309<sup>42</sup> e il numero è inevitabilmente destinato a crescere.

Il contesto scientifico è controverso sotto il profilo sanitario, con studiosi che si pronunciano in modo disomogeneo sulle probabilità statistiche di danno per la salute umana e sulle soglie accettabili di esposizione ai campi elettromagnetici generati dalle antenne. Fra i cittadini il clima è difficile: si paga anche il prezzo di una storia in cui in contesti diversi le tesi sempre rassicuranti all'inizio non si sono poi sempre rivelate sufficientemente fondate. Per questo cresce la paura delle antenne, a volte anche oltre i limiti del ragionevole, ma comunque tutto ciò sollecita le pubbliche amministrazioni ad applicare, quando è in gioco la tutela della salute, il principio di precauzione.

Il quadro è completato da una legislazione nazionale e regionale che fissa alcuni valori di soglia rispetto alla tutela della salute (gli ormai famosi 6 V/m per i luoghi destinati a permanenza di persone, i 50 metri di distanza da scuole, ospedali e altri siti sensibili), rispettati i quali tutela il gestore nell'ottenimento delle autorizzazioni; al tempo stesso concede spazio di manovra alle amministrazioni comunali purché venga garantito il funzionamento e la copertura della rete.

Con queste premesse, la storia bolognese delle antenne per la telefonia mobile è una storia costellata di comitati di cittadini arrabbiati per l'installazione, molto spesso a sorpresa nonostante procedimenti autorizzativi

<sup>38</sup> [www.certosadibologna.it](http://www.certosadibologna.it)

<sup>39</sup> ASCE: Association of Significant Cemeteries in Europe - [www.significantcemeteries.net](http://www.significantcemeteries.net)

<sup>40</sup> Gli atti del convegno ASCE sono stati pubblicati nel volume "Gli spazi della memoria. Architettura dei cimiteri monumentali europei", a cura di Mauro Felicori, Luca Sossella editore

<sup>41</sup> Allegato T: mappa della città con le antenne presenti al 31 dicembre 2005

<sup>42</sup> 309 antenne autorizzate ed attive; per la precisione, a questo dato occorre aggiungere 20 autorizzate e non attive e 57 microcelle

formalmente ineccepibili, di un'antenna nelle vicinanze di casa propria. Di una moratoria, varata dalla precedente amministrazione nel 2000 e durata pochi mesi, al termine della quale tutte le autorizzazioni che erano rimaste in coda sono state concesse senza particolari modifiche. Una storia che ha visto crescere la delusione dei comitati di cittadini ed una loro richiesta di partecipazione, concretizzatasi in una istanza di istruttoria pubblica votata all'unanimità<sup>43</sup> dal Consiglio Comunale nel 2004, alla fine del mandato.

Il cammino che la Giunta Cofferati ha intrapreso è iniziato nel novembre 2004 con un atto di indirizzo<sup>44</sup> che ha istituito un percorso partecipato<sup>45</sup> sulla base di un'opera di informazione capillare ai cittadini sulle richieste di autorizzazione presentate dai gestori delle reti di telefonia mobile e della costituzione di un Tavolo di concertazione che vede la presenza dell'amministrazione comunale<sup>46</sup>, dei Quartieri, di ARPA e AUSL, dei gestori e dei rappresentanti dei comitati di cittadini. Dall'inizio dei suoi lavori ad oggi il Tavolo si è riunito 15 volte sempre in seduta pubblica, ha ascoltato tutti coloro che ne hanno fatto richiesta, ha affrontato le richieste di nuove installazioni presentate dai gestori, percorrendo un cammino che possiamo sintetizzare in tre fasi.

Nella prima fase siamo partiti dalle richieste di nuove antenne per il 2005 da parte dei gestori per ampliare il percorso di informazione e trasformarlo in una vera concertazione. Abbiamo dunque cercato di informare davvero i cittadini di ciò che stava accadendo, con assemblee in tutti i quartieri; è nato un positivo protagonismo dei quartieri, che hanno in molti casi formulato proposte alternative; ciò ha consentito ai comitati dei cittadini di passare dalla protesta alla proposta, ai gestori di incontrare i cittadini e le istituzioni e ad ARPA, AUSL ed Amministrazione comunale di andare oltre il ruolo formale previsto nel procedimento burocratico autorizzativo. Al termine della discussione, oltre metà delle proposte di installazione avevano subito modifiche significative, con spostamenti da poche decine a centinaia di metri; per trovare siti alternativi abbiamo messo a disposizione luoghi del patrimonio comunale che in passato erano sempre stati negati; siamo stati disponibili a discutere, coinvolgendo a questo fine la Sovrintendenza ai beni architettonici e paesaggistici, di siti vincolati dal punto di vista artistico ed ambientale, come anche di porzioni marginali di parchi pubblici (tutte cose sempre negate in passato, col risultato poi di consentire installazioni di antenne solo fra le case); siamo intervenuti sull'altezza delle antenne, sul loro orientamento. Per trattare i cosiddetti "areali di ricerca" (i luoghi dove i gestori stanno cercando di localizzare una nuova antenna) abbiamo chiesto ed ottenuto le aree di ricerca effettive oltre quelle formalmente richieste per legge. E così, trattando i casi concreti, sono emersi criteri condivisi a valenza generale, che ci hanno consentito di fare un passo avanti.

La seconda fase l'abbiamo quindi aperta varando, a metà del 2005 e in tempo per il piano 2006, un documento di orientamento generale che abbiamo definito "Linee Guida"<sup>47</sup>. Vi sono raccolti i criteri emersi dal confronto nella fase precedente: ad esempio che il co-siting (impianti di diversi gestori concentrati in un unico sito) ha senso solo quando l'antenna è distante dalle case, mentre è preferibile individuare siti diversi quando si vanno a mettere antenne in mezzo alle case, ossia è più equo suddividere un carico elettromagnetico inferiore fra molti piuttosto che caricarlo tutto sui siti esistenti, come fatto spesso in passato nell'ottica di una minimizzazione del numero di cittadini arrabbiati e di comitati attivi sul tema. E soprattutto si richiede ai gestori, prima di produrre una proposta specifica di nuova antenna, di anticipare l'interesse ad installare un'antenna nella zona in modo da poter ricevere suggerimenti e disponibilità orientate alla minimizzazione dell'impatto sulla salute dei cittadini. E così via. Così le linee guida ci consentono di fare un passo avanti dal punto di vista del processo decisionale, ma vogliamo farlo anche dal punto di vista dell'informazione, e per questo abbiamo previsto di dotare quartiere di una centralina di monitoraggio (che poi sarà effettuato da ARPA). Deciderà il quartiere dove effettuare i rilevamenti dei campi elettromagnetici, ed i dati raccolti affluiranno nel sistema informativo territoriale (SIT) del Comune, visualizzabile anche via Internet, insieme alle previsioni di campo deducibili dalla base di dati delle antenne. Le risorse finanziarie (per circa 100 mila euro) per varare sia il monitoraggio che la simulazione dei campi sono arrivate a fine 2005, e quindi le attività corrispondenti stanno per essere avviate.

Se nella prima fase siamo partiti dalle proposte dei gestori, e nella seconda abbiamo cercato di migliorare la conoscenza e definire un procedimento alla pari, vorremmo arrivare ad una terza fase nella quale sia l'Amministrazione a decidere dove è possibile collocare le antenne, e i gestori abbiano quindi un ventaglio predefinito di possibilità fra le quali scegliere e al tempo stesso entro cui stare. Arrivare a questo risultato

---

<sup>43</sup> [www.comune.bologna.it/primopiano/telefonia/docs/pg28886-2004.pdf](http://www.comune.bologna.it/primopiano/telefonia/docs/pg28886-2004.pdf)

<sup>44</sup> Allegato U: atto di indirizzo per la costituzione del Tavolo partecipato per la telefonia mobile, 16 novembre 2004

<sup>45</sup> [www.comune.bologna.it/primopiano/telefonia/stazioni\\_telefonia.php](http://www.comune.bologna.it/primopiano/telefonia/stazioni_telefonia.php)

<sup>46</sup> L'Assessore alla Sanità ha il ruolo di guida di tipo politico, mentre sul versante tecnico i Settori pilota sono lo Sportello per le Imprese, con il direttore Anita Guidazzi, e la Unità Intermedia di Controllo Ambientale del Settore Ambiente, diretta da Marco Farina; altri Settori coinvolti sono il Patrimonio, i Sistemi Informativi, l'Urbanistica

<sup>47</sup> Allegato V: Linee guida per la programmazione della telefonia mobile, delibera di Giunta del 26 luglio 2005

prevede una conoscenza delle problematiche specifiche radioelettriche delle installazioni che al momento non abbiamo, ma è precisamente questo lo scopo di un approfondimento che, insieme all'Università, vogliamo condurre e che partirà anch'esso all'inizio del 2006. Quindi i progetti per il futuro sono questi: il piano dei gestori per il 2007, che la legge regionale prevede debba essere presentato entro fine settembre 2006, verrà anticipato a maggio, senza siti puntuali ma con la dichiarazione circa le aree di interesse, in modo da consentire ai gestori di integrare poi nel documento di settembre i suggerimenti provenienti dai quartieri e dai diversi soggetti che possono partecipare al percorso. E per l'anno successivo 2007 e in vista del piano 2008 contiamo di avere quel documento di pianificazione che vediamo come terzo e definitivo (almeno per ora) stadio del percorso intrapreso.

Nel frattempo, vale la pena di osservare che il contenzioso relativo alle antenne di telefonia mobile è diminuito di molto (determinando anche un minore interesse degli organi di informazione sulla materia), ed anche quando vi sono nuovi comitati che si mobilitano, ciò avviene in un contesto pronto ad integrarli in un confronto aperto al dialogo e alle proposte migliorative.

### **3.8 Altre iniziative sull'elettrosmog**

La situazione connessa alle stazioni di emittenza radiotelevisiva risulta al momento attuale assai complessa in quanto la normativa attuale, pur prevedendo limiti di emissioni, ha consentito in questi anni l'installazione di impianti con esclusiva finalità radioelettrica, senza le necessarie valutazioni territoriali, paesaggistiche e ambientali, che sarebbero invece necessarie per una realtà territoriale complessa quale quella di una città capoluogo. Attualmente la necessità di una rivisitazione in chiave territoriale e ambientale – con i vincoli radioelettrici che ne conseguono – sarebbe possibile anche grazie alla rapida evoluzione normativa degli ultimi anni<sup>48</sup>, recepita nel corso del presente mandato con una efficace attuazione di provvedimenti.

Il Comune di Bologna si è adoperato infatti per garantire condizioni di rispetto dei limiti di legge nei siti di Osservanza e Villa Aldini, ove si è riscontrato che alle massime potenze di concessione ministeriale il campo elettrico è risultato superiore ai 6 V/m. Una ordinanza<sup>49</sup> recentemente emessa prevede, entro 45 giorni a far data dal 10 dicembre 2005, la presentazione di un progetto di "riduzione a conformità" da parte di 17 emittenti radiofoniche e televisive per il rispetto dei limiti di legge. Seguirà la valutazione del progetto e l'attuazione di quanto previsto.

Un altro sito di emittenza radio TV molto importante per garantire le condizioni di servizio pubblico è Barbiano, il quale è posto su aree afferenti al patrimonio comunale. Su di essa sono presenti le principali emittenti televisive private, in posizione prossima ad impianti RAI, questi ultimi su un'altra area non comunale. Il Comune di Bologna ha rinnovato<sup>50</sup> nel dicembre 2005 il diritto di superficie per 5 anni al consorzio di emittenti private, garantendo pertanto le esigenze di servizio pubblico, ma vincolando tale permanenza a nuovi requisiti ambientali e paesaggistici. In particolare il campo elettromagnetico prodotto al suolo non può essere incrementato rispetto ai valori attuali (ultime misure dell'agosto 2004) e dovrà progressivamente diminuire in caso di migliorie tecnologiche e impiantistiche, secondo un percorso di razionalizzazione degli impianti e/o grazie a una delocalizzazione degli impianti radiofonici, notoriamente a maggiore impatto. Inoltre è previsto un monitoraggio in continuo, che consenta al Comune, a tutela dei cittadini, un sufficiente controllo.

Questo percorso si svilupperà nei prossimi mesi e – se non attuato dal gestore – si configurano le condizioni per una decadenza anticipata del diritto di superficie. Riteniamo sia una soluzione assai tutelante gli interessi pubblici e in particolare degli aspetti ambientali e sanitari.

Per altre aree soggette a impianti di emittenza, il Comune di Bologna sta provvedendo con Provincia ed ARPA ad una verifica congiunta delle problematiche ambientali e sanitarie, mediante idonei monitoraggi, e una verifica della localizzazione degli impianti nel corso dei prossimi anni, nell'ambito dei lavori sul PLERT<sup>51</sup>, il Piano Provinciale di Localizzazione dell'Emittenza Radio Televisiva. Tale piano è in fase preliminare, è attualmente aperta la fase di consultazione da parte dei soggetti pubblici tramite la Conferenza di Pianificazione.

Oltre alle fonti elettromagnetiche ad alta frequenza, l'inquinamento elettromagnetico proviene anche dalle linee di trasferimento dell'energia, ovvero da elettrodotti e da cabine di trasformazione dell'energia. La normativa è molto controversa (con limiti di esposizione ammessi molto differenti tra la legge regionale e la normativa nazionale) e si rende necessario rafforzare la materia regolamentare comunale per una maggior tutela della salute dei cittadini. Ne deriva pertanto la necessità di inserire nei regolamenti urbanistici del Co-

<sup>48</sup> Normativa: il DPCM 381/98 poi corretto dal DPCM 8.7.03, le Leggi 36/01 e 66/01, la L.R. 30/00

<sup>49</sup> Allegato W: ordinanza di riduzione a norme delle emissioni sul Colle dell'Osservanza

<sup>50</sup> Allegato X: delibera di concessione per gli impianti emittenti del CERT al Colle di Barbiano

<sup>51</sup> [www.provincia.bo.it/plert/](http://www.provincia.bo.it/plert/)

mune – e in particolare nel Piano Strutturale Comunale – norme che prevedano in alcuni casi livelli di attenzione, da svilupparsi con studi e interventi nel corso dei prossimi anni.

Per quanto attiene ai monitoraggi in corso su potenziali criticità connesse a cabine di trasformazione, particolare interesse si è sviluppato intorno alla Centrale di Trasformazione sita nei pressi dei Giardini Margherita. Il monitoraggio condotto da ARPA e da ENEL ha portato alla considerazione di criticità assolutamente non rilevanti, in quanto anche nelle immediate vicinanze della cabina di trasformazione non si rilevano superamenti del limite di 0.2  $\mu$ T, il valore di qualità a maggior tutela della salute. Nondimeno, in sede di convenzione con ARPA, abbiamo stabilito di continuare un monitoraggio in quel sito, e stiamo considerando un programma di misure da condurre nelle adiacenze delle altre cabine di trasformazione presenti in città.

### 3.9 Sirio e la VIS (Valutazione di Impatto sulla Salute)

L'accensione di Sirio deliberata come primo atto amministrativo dalla Giunta è stata innanzitutto una scelta di civiltà, per una cultura della legalità. Se si pensa al dibattito che è ancora in corso sulla "accensione" o meno dello strumento, si capisce come in Italia possa essere percepita ancora una significativa distanza fra le regole e la loro applicazione: i divieti d'accesso c'erano anche prima, solo che evitando di azionare lo strumento di controllo di fatto si cercava di mantenere una distanza fra la norma e la sua applicazione. Per lo meno adesso la discussione è centrata sulle politiche da adottare, e non sulla loro effettiva applicazione. Ma al di là di questo importante aspetto, è stata certo un contributo importante per la salute dei frequentatori del centro della città, e la diminuzione del 20% del traffico è un risultato notevole.

Ma quali sono i benefici in termini di salute dovuti all'attivazione del sistema Sirio di controllo della ZTL? È una domanda importante, declinata in termini di VIS<sup>52</sup> (Valutazione di Impatto sulla Salute), che è una delle priorità dell'OMS nel progetto Città Sane di cui al paragrafo 4.1. È una priorità del tutto condivisibile, ma su cui scarseggiano finora esempi significativi di applicazione. Io ritengo che l'analisi dei benefici dell'accensione di Sirio possa essere un'applicazione molto significativa, ed è per questo che voglio provare ad effettuarla. Non è solo una questione di minor inquinamento dell'aria, ma anche di stili di vita, di effetti di breve e di lungo periodo, su cui intraprendere uno studio importante. Quest'idea era già a fuoco quando è intervenuta l'ordinanza sperimentale di liberalizzazione della ZTL nelle giornate del sabato e nelle due settimane precedenti il Natale, con le discussioni e anche le polemiche che ne sono seguite, e le decisioni conseguenti: un monitoraggio specifico attivato dalla Giunta su proposta mia e della collega all'ambiente, ed un ordine del giorno del Consiglio comunale che stabilisce di attivare un tavolo di confronto sull'esito del monitoraggio.

In questa situazione, penso che le metodologie della VIS possano tornare utili per incanalare su un binario costruttivo il confronto, specialmente in una prospettiva che non è solo immediata. Assodato che esiste un potenziale conflitto fra esigenze di mobilità e di salute, è chiaro che occorre cercare un punto di equilibrio. Ma per evitare di ricavarlo semplicemente come esito di una trattativa para-sindacale in cui da un lato c'è chi vuole libertà di accesso alle auto e dall'altro chi accetterebbe solo il centro pedonalizzato, credo si debbano ricercare elementi utili ad una valutazione comune sull'impatto dell'inquinamento da traffico sulla salute e da questi ricavare il budget di mobilità ragionevolmente sostenibile (peraltro è un'idea che potrebbe applicarsi non solo al centro storico, ma generalizzabile anche alle altre porzioni di città). Una volta stabilita la "torta" (il budget di mobilità sostenibile) si può cercare poi di dividerla sulle varie esigenze di mobilità nel modo più equo possibile. Con queste idee mi accingo a portare il mio contributo al tavolo di confronto che stiamo andando a costituire nelle prossime settimane.

### 3.10 La "macchina" comunale

Nel parlare delle cose fatte e di quelle da fare normalmente si dà per sottinteso l'apparato tecnico, che è indispensabile per poter dare corpo alle idee e alle decisioni: quello che spesso viene chiamato la "macchina" comunale<sup>53</sup>. Voglio qui sottolineare, al di là dei ringraziamenti a tutte le persone con le quali ho avuto occasione di collaborare, che anche la capacità dell'apparato tecnico è di per sé un tema da affrontare. Vale a dire che per far funzionare la macchina serve una costante manutenzione. Ed è naturale che nella prima fase del mandato sia concentrata gran parte di quest'attività. Per quanto mi riguarda più da vicino, il Settore Salute è stato interessato da parecchi cambiamenti: due dirigenti esterni nuovi (il Direttore e la responsabile dell'UI Città Sane) al posto dei tre esterni del precedente mandato (ulteriore contributo al contenimento dei costi); per il resto, tutto il personale è stato scelto nell'ambito di coloro che già erano dipendenti comunali: una nuova responsabile per l'Igiene pubblica; una nuova responsabile per l'Ufficio Diritti Animali; profondi cambiamenti anche nell'allocazione del personale, con individuazione di compiti specifici su temi quali il socio-sanitario e i servizi cimiteriali; un'attenzione particolare alle tematiche sanitarie, a supporto delle attività

<sup>52</sup> Allegato Y: Una guida in 10 minuti alla Valutazione di Impatto sulla Salute

<sup>53</sup> [www.comune.bologna.it/comune/organizzazione/organigramma.php](http://www.comune.bologna.it/comune/organizzazione/organigramma.php)

della Conferenza Territoriale Socio Sanitarie e del Comitato di Distretto. Per quanto riguarda l'elettrosmog, al di là del ruolo guida svolto dal Settore Sportello Imprese e la collaborazione sinergica degli altri Settori, sta prendendo quota il ruolo dell'UI di Controllo Ambientale del Settore Ambiente e Verde Urbano, nella quale cresce la capacità di affrontare con competenza temi molto complessi dal punto di vista tecnico.

## 4 LA PROIEZIONE ESTERNA

L'ultimo gruppo di attività su cui vorrei soffermarmi è quello con una forte valenza di relazione esterna: attività di promozione della salute svolta sotto l'egida dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) in campo nazionale e internazionale, collaborazioni europee, progetti innovativi portati avanti in relazione con enti esterni.

La chiave di lettura attraverso la quale guardare a gruppo di attività credo sia quella di un recupero e di un rilancio del ruolo della nostra città, più attivo e propositivo e meno al traino di altri. È chiaro che su questo fronte, per quel che mi riguarda, l'attività più rilevante è rappresentata dalla Presidenza dell'Associazione Rete Italiana Città Sane – OMS.

### 4.1 La Rete Italiana Città Sane OMS

In linea con le definizioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il concetto di salute come "assenza di malattia" è oggi ampiamente superato, lasciando il passo alla consapevolezza che la salute non è un obiettivo da raggiungere ma una "risorsa" per la vita di ogni giorno, e il mantenimento dello stato di salute e la sua promozione sono condizioni indispensabili. Questa presa d'atto comporta da un lato il passaggio da una politica dei "servizi" ad una politica della "salute", dall'altro, in particolare nel rapporto con la comunità cittadina, induce all'introduzione ed al sostegno di azioni educative volte a promuovere il concetto di salute olistica. Ed è proprio con questo approccio, accompagnato dallo slogan "Salute per tutti", che si è fatto strada, nel tempo, il movimento delle Città Sane.

L'idea di una rete di città sane è nata dall'OMS circa 30 anni fa, si è diffusa in Europa da quasi 15, ed ha visto diverse città europee fra cui Bologna impegnarsi a sperimentare metodologie di promozione della salute nell'ottica dello sviluppo comunitario. Il progetto europeo delle Città Sane<sup>54</sup> OMS è ormai alla sua IV fase, e si è strutturato a più livelli: della rete europea fanno parte direttamente le città più avanzate, ed attraverso le reti nazionali e regionali raggiunge un insieme più ampio di municipalità (oltre 1200 in 30 nazioni). Per quanto riguarda l'Italia, la Rete nazionale da movimento di alcuni Comuni iniziato negli anni novanta, si è poi costituita, dal marzo 2001, in Associazione senza scopo di lucro.

I principi a cui tutte le Città e le Reti Nazionali che partecipano al movimento Città Sane si ispirano sono quelli dell'equità, della sostenibilità, dell'attenzione agli stili di vita ed alle politiche per la salute, che vedono come denominatore comune una forte partecipazione della comunità ai momenti decisionali ed attuativi delle scelte politiche. I temi centrali per la IV fase sono: invecchiare in salute, pianificazione urbana orientata alla salute, valutazione dell'impatto sulla salute (delle opere e delle scelte amministrative), cui si è aggiunto il tema dell'attività fisica e dello stile di vita attivo.

All'inizio del mandato, nell'autunno del 2004, Bologna ha ottenuto dall'OMS l'accreditamento alla IV fase (in Italia sono 8 le città che hanno ottenuto o per le quali è in corso di esame la candidatura: oltre Bologna sono Arezzo, Milano, Padova, Torino, Udine, Venezia), ed ha ottenuto il rinnovo della Presidenza della Rete, che dunque per il triennio 2004-2007 è in capo al sottoscritto.

L'attività della Rete, che riunisce oggi 127 Comuni di dimensioni diverse, è mirata in generale ad affermare il ruolo e l'impegno politico delle municipalità per la promozione della salute a livello locale ed a sviluppare il movimento Città Sane a livello nazionale, svolgendo un ruolo di stimolo culturale ed operativo; ed in particolare a promuovere azioni sui temi chiave definiti a livello europeo e su quelli ritenuti fondanti a livello nazionale. Da un punto di vista pratico, Bologna con la Presidenza ha anche il coordinamento tecnico (nell'Unità Intermedia Città Sane del Settore Salute, diretta da Michela Fantini), poi ci sono 3 Vice Presidenze (Comuni di Udine, Siena e Foggia), un Comitato Direttivo con 15 Città rappresentate e l'Assemblea. La Rete promuove e realizza azioni intersettoriali ed iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela della salute, sicurezza, solidarietà sociale e condizioni ambientali in linea con questi principi; promuove progetti volti a riorientare i convincimenti che influenzano gli stili di vita individuali; partecipa alla predisposizione di strumenti come i Piani per la Salute che integrino e coordinino con i progetti e le scelte programmatiche dei Comuni; sostiene e valorizza le esperienze e la progettualità di tutte le risorse sul territorio interessate ai temi della salute; favorisce lo scambio di buone prassi ed organizza campagne di informazione, convegni e azioni formative.

---

<sup>54</sup> [www.euro.who.int/healthy-cities](http://www.euro.who.int/healthy-cities)



Anche qui, oltre all'attività ordinaria, mi sono riproposto nel triennio della mia Presidenza di portare la Rete a migliorare sensibilmente su tre ordini di questioni.

Primo: acquisire un peso maggiore nel contesto nazionale. In questo senso occorre una maggiore incisività dei temi che vengono trattati, e il convegno nazionale di Roma del maggio 2005 ha dato un buon esempio in questo senso: 16 relatori di diversa estrazione e grande qualità, 14 buone pratiche presentate da Comuni, 214 partecipanti. Ed inoltre serve la capacità di stare nei luoghi dove i Comuni dibattono i propri problemi, e a questo scopo è ormai avanzato il rapporto ed anche il processo di adesione all'ANCI, l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, nel cui contesto vogliamo poter operare.

Secondo: fornire un servizio effettivo anche ai comuni più piccoli, quelli che vogliono condividere nella loro realtà i principi dell'OMS ma fanno magari fatica a viaggiare e a partecipare direttamente agli incontri che si tengono periodicamente. A questo scopo sarà centrale un sito web con un motore di ricerca orientato non semplicemente alla presentazione delle buone prassi realizzate, ma in cui poter ricercare e disporre di veri e propri "format" di iniziative, pronti per poter essere utilizzati. Oltre che di una base di dati che consenta di seguire, anche nel tempo, l'evolversi delle attività nel corso degli anni. Questo è il senso di un lavoro che abbiamo definito e che, finalmente finanziato a fine 2005, Bologna realizzerà nei prossimi mesi per conto della Rete Italiana.

Terzo: anche in virtù dei risultati che saremo in grado di raggiungere sui due punti precedenti, aumentare la capacità di coinvolgimento e di comunicazione. Attraverso una maggior capacità di delega e di lavoro cooperativo decentrato sui vari nodi della rete, attraverso una politica che favorisca anche aggregazioni locali o regionali di Città Sane nel contesto della rete nazionale, snellendo la burocrazia (il 5 dicembre scorso, 10° anniversario dell'Associazione, l'Assemblea ha ratificato all'unanimità una nuova versione dello Statuto<sup>55</sup>), e attraverso una comunicazione più accattivante e coinvolgente (tra l'altro abbiamo definito il nuovo logo della Rete Italiana).

## 4.2 I progetti europei

Oltre alla capacità di leggere il contesto locale in un più ampio quadro nazionale ed internazionale di riferimento, è importante anche saper guardare agli altri come fonti di esperienze e di opportunità, considerando partecipazioni progettuali e partenariati misti su tematiche di avanguardia. Il progetto Telemedicina ne è un esempio.

Coordinato e promosso dal Comune di Eindhoven (Olanda), il progetto (partito nel 2005 e che durerà sino al 2007) coinvolge 6 partners europei: la città di Southampton (Inghilterra), il GAL- Appennino Genovese, la città de L'Aia (Olanda), la città di Viladecans (Spagna), il Servizio Sanitario Regionale delle Isole Baleari (Spagna) ed infine il Comune di Bologna (dove è seguito in tandem dal Settore Salute e dall'Ufficio Progetti Internazionali).

In questo progetto, per telemedicina si intende sostanzialmente la trasmissione in tempo reale di informazioni a carattere scientifico tra medico e cittadino o tra addetti ai lavori, attraverso sistemi di comunicazione di tipo telematico/informatico. In particolare il Progetto di cui Bologna è partner si propone di sviluppare e testare applicazioni innovative relative all'utilizzo dell'informatica per fornire assistenza medica domiciliare ai malati cronici e agli anziani; di sondare le opportunità offerte da queste applicazioni nell'ambito della pianificazione dei servizi sanitari territoriali; di favorire lo scambio e delle buone pratiche e la disseminazioni dei risultati ottenuti; ed infine di creare una rete di città/regioni europee dedicata alla telemedicina.

Nel progetto è prevista una iniziale ricognizione sulle esperienze innovative, alcuni test pilota di potenziamento dei concetti più innovativi, ed una fase di divulgazione dei risultati – guidata da Bologna – nel corso della quale ci sarà nel 2006 una conferenza internazionale nella nostra città.

Ulteriori sviluppi appaiono possibili se riusciremo ad imprimere un'accelerazione alla sperimentazione avanzata sull'e-care di cui ho detto nel paragrafo 2.9.

Il progetto Phase (Promuovere e sostenere approcci integrati per la salute e lo sviluppo sostenibile a livello locale in tutta Europa) è un progetto biennale finanziato dalla Direzione Generale per l'Ambiente della Commissione Europea nell'ambito del Programma Quadro Comunitario di Cooperazione per la Promozione dello Sviluppo Sostenibile, iniziato nel 2003 e conclusosi nel 2005. Il progetto è stato coordinato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS a Copenhagen, all'interno del Programma Città Sane dell'OMS.

Lo scopo generale dell'attività è stato quello di promuovere l'integrazione degli aspetti relativi alla salute e alle condizioni sociali nelle politiche locali in tutta Europa, attraverso una campagna di informazione e diffusione della metodologia della VIS – Valutazione di Impatto sulla Salute (Health Impact Assessment, HIA).

---

<sup>55</sup> Allegato Z: lo Statuto dell'Associazione Rete Italiana Città Sane OMS, così come rivisto nell'Assemblea del 5 dicembre 2005

Il progetto ha realizzato un'analisi critica della documentazione relativa alla VIS e ha sviluppato un Toolkit o "cassetta degli attrezzi" - un'insieme di strumenti e linee guida per l'applicazione della VIS - destinato alle città europee. Parallelamente è stato sviluppato un kit metodologico con un modulo di formazione destinato a tecnici e decisori politici perché integrino sistematicamente tematiche legate alla salute e a temi sociali nelle politiche e nei programmi di sviluppo sostenibile.

L'U.I. Città Sane partecipa, con il Settore Servizi Sociali, Bologna Turismo e l'Ufficio Relazioni Esterne e Progetti Internazionali del Gabinetto del Sindaco, al progetto CARE (Città Accessibili delle Regioni Europee) cofinanziato dall'Unione europea e finalizzato a promuovere l'accessibilità delle città europee ai disabili.

Il progetto si basa sulla condivisione di strategie di sviluppo della città, in cui l'accessibilità per tutti rappresenta una chiave della qualità, con l'obiettivo di rendere più adatte le risorse territoriali alle esigenze di tutti gli utenti con bisogni speciali: città che sapranno soddisfare le esigenze più difficili, saranno città più funzionali ed accoglienti per tutti. In particolare il progetto si propone di: creare una rete di servizi e strutture accessibili tra città europee adottando una identica metodologia di rilevazione dell'accessibilità; avviare azioni di comunicazione e servizi di informazione agli utenti (cittadini e ospiti); far crescere le città ospitali attraverso la costruzione di reti di servizi specializzati, che vanno dai servizi legati al tempo libero sino alla qualità dell'arredo urbano.

Infine Bologna fa parte di Eurocities<sup>56</sup>, la rete europea che raduna 120 grandi città di 31 diversi paesi. In quel contesto, sulla base delle idee e delle competenze maturate nel contesto dei progetti di Telemedicina e di E-Care, stiamo valutando la possibilità di presentare la candidatura del Comune di Bologna alla conduzione del gruppo di lavoro che attualmente si chiama eHealth (e che andrà ad assumere la denominazione di eCare) all'interno del Forum per la Società della Conoscenza.

## Per concludere

Il recupero del ruolo del Comune nella politica sanitaria comporterà un cammino lungo ma le sue basi sono state gettate. A questo punto, ormai concluso il rodaggio della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria e messi in campo i diversi strumenti utili, possiamo concentrarci sugli obiettivi più direttamente percepiti dai cittadini (a partire da quelli esplicitati nel programma di mandato), sulla scorta delle iniziative già prese sulle liste d'attesa, i pronto soccorso e altri temi importanti.

È invece ormai completata l'analisi sui servizi svolti direttamente dal Comune, e le correzioni di rotta che abbiamo ritenuto opportune sono state effettuate, oppure impostate e nei prossimi mesi saranno finalizzate. Ciò ha consentito e consentirà significativi miglioramenti quantitativi e qualitativi, ed anche notevoli risparmi che ho fiducia potranno permettere in futuro ampliamenti dei servizi e nuove iniziative.

Infine, percorsi innovativi su settori caldi come l'elettrosmog, la valutazione dell'impatto sulla salute, l'e-care, i sistemi informativi, sono già avviati. Visti i potenziali benefici che ne possono derivare, vale la pena di insistere con determinazione.

Mi auguro che questa "fotografia in corsa" possa essere utile a comprendere il lavoro che mi è stato affidato e che sto cercando di portare avanti al meglio delle mie capacità.

## Grazie

Fra gli altri, grazie<sup>57</sup> a: Adriana, Aldo, Andrea, Angelo\*, Anna, Anna Maria, Anna Rita, Anita, Antonio\*, Augusto, Barbara, Benedetto, Camilla, Carlo, Carmelo, Catia, Chiara, Cinzia, Claudio\*, Clelia, Corrado, Danilo, Daria, Davide\*, Davide, Dino, Donata, Donatella, Elisabetta, Emanuela\*, Emilio, Eno, Enrico, Ersilia, Ettore, Fabrizio, Fausto, Felice, Francesca\*, Francesco, Franco, Fulvio, Gabriele, Gabriella, Giacomo, Gian Guido, Giancarlo, Gianluigi, Gianni\*, Gilberto, Gino, Giovanni\*, Giulia, Giuliano, Giuseppe\*, Isa, Ivana, Lara, Laura\*, Leonardo, Lina, Luca\*, Manuela, Marcello, Marco\*, Maria\*, Maria Cristina, Maria Grazia, Maria Luisa, Marzia, Massimo\*, Maurizia, Maurizio\*, Mauro\*, Michela, Milena, Milly, Nadia, Osvaldo, Paola\*, Paolo\*, Patrizia, Raffaella, Raffaele, Raul, Riccardo, Roberta\*, Roberto\*, Romano, Salvatore, Sandra, Serafino, Sergio\*, Silvana, Simona, Simone, Siriana, Sonia, Stefano, Valerio, Vanna, Vincenzo, Virginia, Virginio, Vito.

---

<sup>56</sup> [www.eurocities.org](http://www.eurocities.org)

<sup>57</sup> \* = plurale