

L'OSPEDALE UNICO DELLA BASSA MODENESE

attualità e storia



APRILE 1994

Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE EMILIA ROMAGNA
USL N. 15 - Mirandola

L'OSPEDALE UNICO DELLA BASSA MODENESE: attualità e storia

APRILE 1994

INDICE GENERALE

PREFAZIONE:

G. BARBOLINI

Assessore Regionale alla Sanità e Servizi Sociali

G. MUZZARELLI

Assessore Provinciale alla Sanità e Servizi Sociali

M. PINELLI

Amministratore Straordinario USL 15

Pagg. 7, 9, 11

IL NUOVO COMPLESSO OSPEDALIERO:

ASPETTI TECNICI,

PROGETTUALI ED ECONOMICI

relazione dell'Ing. Mauro Cuoghi

Pag. 15

CONSIDERAZIONI SULLA GESTIONE

DELLA U.S.L. N. 15 - ANNI 1991 / 1993

relazione del prof. CARLO HANAU

pubblicata sulla rivista Prospettive Sociali e Sanitarie

edita dal C.I.S. - Milano

Pag. 37

CENNI STORICI SUI NOSOCOMI DELLA BASSA

a cura di Sergio Poletti

Pag. 61

Alla presente pubblicazione hanno collaborato:

CARLO HANAU *docente di Economia Sanitaria dell'Università di Bologna*

MAURO CUOGHI *direttore tecnico del raggruppamento temporaneo tra le imprese*

GIANNI CARANDINA *direttore sanitario dell'USL n. 15*

ANDREA GUERZONI *direzione sanitaria USL n. 15*

ALBERTO BERGAMINI *responsabile del servizio economale USL n. 15*

ARMANDA BIGNOZZI *responsabile del servizio bilancio e programmazione finanziaria dell'USL 15*

SERGIO POLETTI *pubblicista*

PREFAZIONE

1 luglio 1991: nomina degli Amministratori Straordinari;

17 marzo 1994: approvazione della legge di riordino del sistema sanitario regionale, da parte del Consiglio Regionale;

23 aprile 1994: inaugurazione della nuova struttura ospedaliera della USL15.

Tre date, tre scadenze di un unico percorso di governo della Sanità Regionale, iniziato con la Legge 111/90 sull'Amministrazione Straordinaria delle UU.SS.LL., che, nonostante i limiti e la parzialità della legge, ha trovato in Emilia Romagna una traduzione originale ed attenta a salvaguardare e qualificare il patrimonio di servizi presenti.

Il lavoro svolto in questi tre anni, caratterizzato da un pesante attacco alla Sanità pubblica e da una costante diminuzione di risorse finanziarie destinate alle Regioni, è complessivamente positivo e ci consegna un buon panorama sanitario: nella nostra Regione si è assicurato il mantenimento del livello quali-quantitativo dei servizi sanitari erogati, pur in un continuo e programmato calo della spesa sanitaria.

Il processo di governo innescato con la Amministrazione straordinaria, non sempre compreso nella sua intera potenzialità, ha permesso a questa Regione di distinguersi in positivo sul piano nazionale, di sperimentare e gettare le basi per una riorganizzazione definitiva, efficace ed efficiente dei servizi, in grado di modificare distorsioni e debolezze della precedente organizzazione e di consegnare ai cittadini un modello di tipo aziendale finalizzato alla ulteriore qualificazione delle prestazioni sanitarie e alla semplificazione delle modalità di accesso alle medesime.

Al nuovo sistema sanitario, la Regione arriva con l'esperienza anche gestionale di questi anni, che proprio in realizzazioni strutturali come il nuovo Ospedale di Mirandola, trovano veri e propri punti di alto profilo qualitativo, che dimostrano nei fatti come, anche il pubblico, se ci sono le volontà e l'impegno, riesca positivamente a coniugare economicità e qualità dei servizi.

Bologna, 23 aprile 1994

Dott. GIULIANO BARBOLINI

*Assessore Regionale alla Sanità
e Servizi Sociali*

INTRODUZIONE

Una buona sanità trova la sua corretta collocazione in strutture adeguate e moderne.

La soddisfazione di tale principio vede oggi una sua pratica attuazione nel completamento del nuovo edificio dell'Ospedale di Mirandola.

L'Amministrazione Provinciale di Modena, in stretta collaborazione con la Regione Emilia-Romagna, ha perseguito nel corso degli ultimi anni una coerente programmazione sanitaria che, progettata sul territorio, ha permesso di soddisfare le esigenze della popolazione attraverso una distribuzione omogenea dei punti di erogazione.

I criteri ispiratori di tale processo, tendono così a favorire una sempre maggiore qualificazione ed integrazione dei servizi sanitari.

Non deve infatti essere dimenticato che le caratteristiche di complementarietà delle diverse funzioni specialistiche determinano la necessità di evitare il frazionamento e la dispersione degli interventi attraverso la costituzione di presidi polivalenti capaci di garantire risposte interdisciplinari rapide ed efficaci.

Da oggi l'Ospedale di Mirandola con la realizzazione della nuova struttura, sta velocemente procedendo in questa direzione.

Da oggi l'Ospedale di Mirandola si presenta ai propri cittadini con una carta in più da giocare a salvaguardia di una sanità pubblica più efficiente ed a disposizione di tutti.

Modena, 23 Aprile 1994

GIAN CARLO MUZZARELLI

*Assessore Provinciale alla Sanità
e ai Servizi Sociali*

Alcune considerazioni dell'Amministratore Straordinario dell'U.S.L. 15
Dott. Marino Pinelli

Abbiamo raggiunto gli obiettivi posti dalla programmazione sanitaria regionale e locale.

La popolazione della Bassa Modenese potrà utilizzare un'idoneo nuovo ospedale e servizi ampiamente diffusi nel territorio.

L'ospedale è un presidio sufficiente ad esaurire ogni forma di degenza necessaria per la popolazione dei 9 Comuni dell'USL 15.

L'opera è stata realizzata nei termini prefissati di 18 mesi, in conformità di massima ad un progetto di fattibilità approvato dal Comitato di Gestione e dal nucleo di valutazione tecnica del Ministero della Sanità. È stata finanziata con le entrate correnti dell'USL 15.

Un completo esame delle caratteristiche dell'Ospedale, degli aspetti tecnici ed economici è contenuto al Capitolo I della presente pubblicazione.

*Il nuovo padiglione, oltre a risultare un ampio complesso edilizio, integrandosi con la preesistente struttura, forma un compiuto complesso ospedaliero giustamente definibile per capacità ed organizzazione **"Unico Ospedale della Bassa Modenese"**.*

Ha le caratteristiche positive del monoblocco in quanto presenta tutti i percorsi unificati e protetti e la flessibilità dell'ospedale a padiglioni, per la persistenza positiva della preesistente organizzazione.

L'opera è finanziata con le risorse risparmiate nel triennio 1991-1993 nella riorganizzazione strutturale degli ospedali e dei servizi.

L'utilizzazione dell'opera migliorerà notevolmente la qualità della cura e renderà possibile, altresì, ulteriori consistenti risparmi per la cessazione delle degenze negli altri tre ospedali di San Felice, Concordia e Finale Emilia.

Il finanziamento dell'opera non ha comportato riduzioni di servizi.

L'USL ha, infatti, investito numerose maggiori risorse per il miglioramento dei servizi territoriali, di prevenzione e di assistenza.

Si rinvia, allo scopo di approfondire questo aspetto, alla illustrazione fatta dal Prof. Hanau, nel II Capitolo della presente pubblicazione, delle scelte gestionali dell'USL 15 nel periodo 1991-1993.

Consistenti investimenti strutturali, peraltro, hanno permesso un utilizzo più funzionale degli altri presidi.

È stato rifatto e adeguato alle nuove esigenze il piano terreno del Presidio Sanitario di Finale Emilia, per una spesa di circa 700 milioni, oltre agli oneri sostenuti dalla Regione per la costruzione, sempre, nel Presidio di Finale Emilia, del Servizio di Dialisi con 6 posti letto.

È stata completamente rinnovata la Divisione di Medicina di Mirandola, con spesa per oltre un miliardo.

Sono stati finanziati lavori per oltre 800 milioni per la costruzione di un Centro Psichiatrico Residenziale e Semiresidenziale in località Confine.

Tale opera potrà essere inaugurata nel mese di giugno 1994.

Nel presidio Sanitario di San Felice sono già stati investiti oltre 700 milioni per l'approntamento di una Residenza Sanitaria per Anziani (RSA) di 40 posti.

Sono stati incrementati i Servizi Sanitari di Distretto, agevolati i percorsi dei cittadini per l'accesso ai Servizi e ridotti o scomparsi i tempi di attesa.

Il nostro impegno è risultato efficacie soprattutto per il costante sostegno avuto dall'Assessorato Provinciale e Regionale alla Sanità.

Ripetutamente l'Assessore Dr. Giuliano Barbolini è personalmente intervenuto nei momenti della più difficile solitudine a difendere scelte gestionali e di realizzazione definite quali prototipi delle scelte regionali.

Molto utili sono state le occasioni di approfondimento critico organizzate dalle Amministrazioni Comunali di Mirandola, San Felice, Camposanto, San Prospero, in occasione di Consigli Comunali Aperti agli interventi della popolazione. Oltre al pronunciamento dei Sindaci, delle Giunte Comunali e dei Capi gruppo la informazione direttamente avuto dalla popolazione ha reso più concreto il nostro lavoro.

Senza tale autorevole e costante intervento, non saremmo riusciti.

Particolare ringraziamento e riconoscenza va al personale dipendente, alla OO.SS., all'apparato dirigente; hanno lavorato seriamente, con professionalità, rispettosamente delle scelte e delle razionalità aziendali, anche quando queste non corrispondevano agli interessi personali.

L'Ospedale è ultimato nei termini previsti per la solerzia e l'efficienza dell'Associazione d'Imprese appaltatrice, per la capacità dei Direttori di cantiere, dei lavori e del collaudo in corso d'opera. Le attività di cantiere hanno provocato sicuramente notevole disagio per i ricoverati e per i dipendenti. Confidiamo che i risultati li compensino adeguatamente.

La Conferenza dei Sindaci, con costante e discreta attenzione, ha vigilato sull'attività gestionale.

I complessi ospedalieri di San Felice e Concordia sono destinati, per convenzione con le Amministrazioni Comunali e con privati interessati, all'erogazione dei Servizi d'interesse pubblico e con gestione e investimento economico privato.

Nel complesso sanitario di Finale Emilia verranno erogati servizi diagnostici e poliambulatoriali necessari alla popolazione della zona.

Il nostro impegno e le tappe del suo realizzarsi sono state scandite dall'attenzione e, quasi sempre, dal sostegno delle popolazioni interessate.

Mirandola, 23 Aprile 1994

*Dott. MARINO PINELLI
Amministratore Straordinario USL 15*

IL NUOVO COMPLESSO OSPEDALIERO:
aspetti tecnici, procedurali ed economici
relazione dell'Ing. MAURO CUOGHI

ADEGUAMENTO STRUTTURALE E TECNOLOGICO DELL'OSPEDALE DI MIRANDOLA (MO)

1° STRALCIO FUNZIONALE

L'adeguamento strutturale e tecnologico del Presidio Ospedaliero di Mirandola da parte della locale Unità Sanitaria n. 15, per ora limitato al primo stralcio funzionale, si inquadra nel "piano straordinario di investimenti in edilizia ospedaliera" varato dalla legge 67/88 e successivi Decreti ministeriali 23.07.88 e 29.08.89, e trova origine nell'intesa tra REGIONE EMILIA ROMAGNA e U.S.L. 15 MIRANDOLA per uno stralcio di fattibilità al proposito, risalente al gennaio 1990 ed inoltrato al "Nucleo di valutazione", con esito favorevole.

1. LO STUDIO DI FATTIBILITÀ

In tale studio veniva preso in considerazione l'intero ambito territoriale dell'U.S.L. 15 e si individuavano, in sintesi, due possibili soluzioni per il riassetto del sistema ospedaliero di quel comprensorio:

- opzione A: "Ospedale unico ottenuto dalla ristrutturazione e dall'ampliamento dell'Ospedale esistente";
- opzione B: "Ospedale unico realizzato ex novo in un'area da definirsi".

Tra le due opzioni, fondate sulla comune convinzione della opportunità di unificare la struttura ospedaliera a servizio del comprensorio, venne approfondita l'ipotesi A: l'area già in dotazione al complesso ospedaliero di Mirandola si presta infatti agevolmente ad un potenziamento della attività sanitaria, sia per la sua collocazione sufficientemente decentrata rispetto all'intorno urbano, sia per le caratteristiche

dell'insediamento esistente, collocato in un'area correttamente destinata e dimensionata dal Piano Regolatore Generale.

La superficie complessiva edificabile (mq. 23.400) consente sia l'inserimento di nuovi edifici, mantenendo un soddisfacente rapporto tra superficie utile e superficie territoriale, sia la realizzazione delle opere di urbanizzazione (viabilità, parcheggi, verde).

Se la superficie a disposizione consente con sufficiente facilità l'ampliamento, diversi sono i vincoli posti dall'insediamento preesistente, che risente della frammentarietà con cui in epoche successive sono stati costruiti singoli corpi o padiglioni.

Lo sforzo principale profuso nello studio di fattibilità per la opzione A è stato proprio il recupero di un disegno unitario che comprende in un sistema integrato il vecchio ed il nuovo.

Partendo da una attenta analisi dello stato di fatto, le proposte di intervento vertevano pertanto su:

- il recupero del corpo principale dell'ospedale esistente e la collocazione al suo interno di funzioni amministrative o sanitarie, ma di tipo prevalentemente ambulatoriale o di day hospital;
- la conservazione in esso delle strutture specialistiche recentemente adeguate, come il comparto operatorio di chirurgia generale;
- **la realizzazione di un nuovo padiglione, articolato su sette livelli**, per le degenze ed i servizi sanitari principali: è questo il vero nuovo corpo ospedaliero, al cui interno sistemare servizi specialistici, quali le radiologie e buona parte delle degenze, trasferitevi o dagli ospedali del comprensorio di cui è prevista la chiusura o dal corpo principale dell'ospedale stesso di Mirandola;
- il completamento dell'edificio, di recente costruzione, destinato a poliambulatorio, laboratorio analisi, farmacia;
- la realizzazione di un sistema di collegamento tra il nuovo padiglione e gli edifici preesistenti;
- l'adeguamento tecnologico ed impiantistico dell'insieme di corpi di fabbrica vecchi e nuovi, attraverso la realizzazione di nuove centrali per la produzione di caldo e freddo e per i gas medicali, di una nuova

cabina elettrica e di una rete di distribuzione adeguata.

L'approvazione da parte del "Nucleo di Valutazione" dello studio di fattibilità e del relativo preventivo di spesa, per complessive L. 49.939.000, avvenne in data 16/12/1992.

A quella data, distante quasi 2 anni dalla presentazione del progetto, erano però nel frattempo mutati alcuni dei presupposti tenuti a base dello studio, ciò che comportò un aggiornamento dello studio di fattibilità.

2. AGGIORNAMENTO DELLO STUDIO DI FATTIBILITÀ

Successivamente alla impostazione dello Studio di fattibilità secondo i criteri anzidetti, e contemporaneamente all'esame dello stesso, intervennero modifiche riguardanti sia questioni di programmazione sanitaria sia di diversa organizzazione e gestione dei servizi di supporto.

a) per quanto riguarda il primo aspetto, interviene il 2° Piano Sanitario Regionale, che traduce nella Legge Regionale n. 15/1990 la riconversione della rete ospedaliera e dà vita ad una intesa di programma tra Regione EMILIA ROMAGNA, PROVINCIA DI MODENA e UU.SS.LL. n. 14, 15, 16, 17, 18 e 19.

Tale intesa di programma, attuata dall'Amministratore Straordinario della U.S.L. 15 con delibera n. 47/93 del 27/01/1993, modifica sostanzialmente le attribuzioni di specialità mediche e le dotazioni di posti letto secondo una visione più integrata tra UU.SS.LL. territorialmente contigue, ed in particolare con la U.S.L. di Carpi.

L'assetto del Servizio di Assistenza Ospedaliera nel territorio dell'U.S.L. 15 viene ad essere così articolato:

		DEGENZE (posti letto)	UNITÀ OPERATIVE
Funzioni di base	Medicina Generale	108	2
	Chirurgia Generale	64	2*
	Ortopedia	48	1
	Ginecologia	32	1
	Pediatria	8	0
	Geriatria	20	1
Funzioni specialistiche	Anestesia/Rianimazione	6	1
	Cardiologia	15	1
	Pneumologia	20	1
	Recupero Rieduc. Funz.	16	1
	Nefrologia	10	1
	Dialisi	347	
Totale		357	

* 2 nella fase transitoria, poi 1 unità operativa

b) Per quanto riguarda il secondo aspetto, è soprattutto sulla gestione dei servizi di cucina, di mensa per il personale dipendente, di guardaroba e lavanderia, di magazzino e sterilizzazione del materiale, che si sono introdotte nuove formule di gestione che consentono l'affidamento ad esterni di questi servizi.

La scelta, compiuta dall'amministrazione, di sperimentare nuove forme di gestione di questi servizi ha consentito, tra l'altro, di recuperare spazi originariamente destinati a queste funzioni.

La nuova impostazione conseguente alla citata intesa di programma comportò un aggiornamento del progetto per lo studio di fattibilità.

1. Vengono mantenute le caratteristiche principali del piano dello studio di fattibilità e cioè:

-
- 1.1 La ristrutturazione del corpo principale dell'ospedale esistente, destinandolo a servizi generali (depositi, spogliatoi), Uffici Amministrativi e Direzione Sanitaria, servizi sanitari quali la dialisi o il Day Hospital di riabilitazione, che comportano un rapporto tendente all'ambulatoriale con l'utenza ed una conseguentemente ridotta quota di degenza.**
 - 1.2 La realizzazione di un nuovo edificio ove collocare la parte più specializzata della struttura sanitaria nonché la quasi totalità delle degenze.**
 - 1.3 Il completamento dell'edificio già destinato a poliambulatorio, laboratori analisi e farmacia estendendovi le medesime funzioni.**
 - 1.4 La creazione di una nuova rete di percorsi il cui elemento ordinatore è un percorso costruito che mette in comunicazione, collegandoli alle rispettive quote di livello, i vari edifici.**
- 2. Per contro, le principali variazioni rispetto allo studio di fattibilità riguardano, oltre a soluzioni specifiche all'interno della distribuzione del nuovo edificio:**
- 2.1 Il potenziamento della centrale tecnologica esistente in alternativa alla sua demolizione e costruzione ex novo in un altro punto dell'area.**
 - 2.2 Il mantenimento per i prossimi anni della Camera Ardente esistente, invece del suo spostamento.**
 - 2.3 L'inserimento del pronto soccorso all'interno del nuovo edificio in sostituzione della ristrutturazione del P.S. esistente.**
 - 2.4 L'eliminazione degli spazi per le cucine, previsto originariamente all'interno della nuova costruzione.**

Nella tabella che segue è riportata la distribuzione aggiornata delle destinazioni d'uso:



			PL
Nuovo Padiglione	P. Seminterrato	Pronto Soccorso Terapia Intensiva Dipartimento immagini Locali tecnologici	1 4 / /
	P. Rialzato	Comparto Op. Ortopedia Cardiologia	1/ 15
	P. Primo	Chirurgia Generale	64
	P. Secondo	Degenza Ortopedia Fisiatria	48 /
	P. Terzo	Medicina Generale	64
	P. Quarto	Medicina Generale Pneumologia	44 20
	P. Quinto	Ostetricia Ginecologia Pediatria	32 8
Corpo esistente		Nefrologia Emodialisi Riabilitazione Geriatria	10 10 16 20
			355

Lo studio di fattibilità così come aggiornato secondo le valutazioni sopraestese, concluso nel giugno 93, confermava la previsione di spesa dello studio originario, pari a complessive L. 49.939.000.000.

3. IL PRIMO STRALCIO FUNZIONALE

L'Amministratore Straordinario della USL 15, nominato nel luglio 91, decide di attivare la realizzazione del piano di adeguamento della struttura ospedaliera, pur in pendenza della conclusione dell'iter che lo studio di fattibilità stava seguendo, percorrendo altre ipotesi di finanziamento. Si individua in sostanza la possibilità di procedere di fatto alla concretizzazione di gran parte dei programmi studiati prece-

dentemente, anticipando però considerevolmente i tempi di realizzazione e svincolando l'amministrazione dalla difficoltà oggettiva di reperimento dei fondi necessari. Il progetto esecutivo che ne consegue si configura come un primo stralcio funzionale all'interno dello studio per l'adeguamento del presidio ospedaliero, ma di fatto risulta in grado di recepire e concretizzare nella sostanza tutte le indicazioni dello studio, a meno di alcune rettifiche alle impostazioni precedenti, tra cui la rinuncia almeno nell'immediato alla realizzazione completa sui sette livelli del nuovo padiglione e il conseguente parziale riutilizzo per funzioni sanitarie delle strutture esistenti. L'assetto che ne deriva è contenuto nella tabella che segue:

			PL
 Nuovo Padiglione	P. Seminterrato	Pronto Soccorso / Terapia Intensiva 4 Dipartimento immagini / Locali tecnologici /	
	P. Rialzato	Comparto Op. Ortopedia / Cardiologia 15	
	P. Primo	Chirurgia Generale 64	
	P. Secondo	Degenza Ortopedia 48 Fisiatria/Palestra /	
 Corpo esistente		Medicina Generale 1 64 Medicina Generale 2 44 Pneumologia 20 Ostetricia Ginecologia 32 Pediatrica 8 Nefrologia 10 Fisiatria/Riabilitazione 16 Emodialisi 10 Geriatria 20	
			355

Il 1992 vede l'attivazione dell'appalto: da una parte il progetto generale di cui allo studio di fattibilità originario è stato oggetto di un Piano Particolareggiato di Iniziativa Pubblica, adottato con atto del Consiglio Comunale di Mirandola n° 138 del 6/7/92, approvato con atto dello stesso Consiglio n° 178 del 19/9/92; dall'altra l'Amministrazione viene alla determinazione di bandire una gara d'appalto per la progettazione esecutiva e la realizzazione delle opere del 1° stralcio funzionale, formalizzata con provvedimento della GIUNTA REGIONALE n° 1163 del 31.3.92.

L'espletamento in tempi rapidi della gara consente all'Amministrazione dell'USL 15 di selezionare il progetto vincente di appalto-concorso e procedere alla aggiudicazione al Raggruppamento Temporaneo tra le imprese CONSORZIO COOPERATIVE COSTRUZIONI C.C.C., ACEA COSTRUZIONI e CONSORZIO EMILIANO ROMAGNOLO C.E.R. in data 27/08/92, per complessive L. 14.921.887.390.

Il progetto vincente, in virtù della conformità allo strumento urbanistico attuativo - il piano particolareggiato anzidetto - nel frattempo approvato, ottiene in rapida successione i pareri degli Enti preposti:

- VIGILI DEL FUOCO VVF: esame progetto favorevole prot. 44186.
- SERVIZIO DI IGIENE PUBBLICA: parere favorevole espresso il 12.10.92 con prot. n° 17459/R.
- SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA ED IGIENE DEL LAVORO: parere favorevole espresso il 25.10.92 con prot. 17459/R;
- COMUNE DI MIRANDOLA: concessione edilizia rilasciata dal Sindaco in data 4.11.92 al prot. 011181/92, preceduta da una autorizzazione rilasciata il 3/9/92 per il cantieramento e le lavorazioni propedutiche all'effettivo inizio dei lavori.

Il primo stralcio funzionale riguarda la realizzazione del nuovo padiglione limitatamente ai primi quattro piani (rimandando la ulteriore sopraelevazione eventuale di 3 piani), ed il relativo inserimento nel contesto del presidio ospedaliero.

L'edificio, anche in seguito a due perizie di variante messe a punto durante il corso dei lavori, é risultato così articolato:

PIANO SEMINTERRATO: all'interno di questo piano, che mediante la creazione di opportune scarpate all'esterno gode al pari degli altri livelli di aerazione e illuminazione naturali, si collocano:

- **Pronto Soccorso, composto da quattro ambulatori specialistici, quattro posti letto di terapia intensiva, servizi di supporto;**
- Dipartimento immagini, costituito dalle diagnostiche, dai servizi e da un'area per direzionalità; si tratta nello specifico di diagnostica senologica, ecografia generale, radiologia ossea, neurologica, viscerale, urologica, toracica, TAC.
- Parte dei locali tecnologici, funzionali alla sola nuova struttura; per complessivi mq. 2369.50.

PIANO RIALZATO: é il piano ove si concentrano la maggior parte delle funzioni sanitarie di maggiore specializzazione:

- Comparto operatorio di Ortopedia, costituito da due sale operatorie, e dai servizi necessari (area filtro e preparazione del personale, area accesso, preparazione e risveglio pazienti, ecc...);
- Sezione di Cardiologia con U.T.I.C., Unità di terapia intensiva coronarica, per complessivi 15 posti letto, compresa una zona destinata a piccoli interventi chirurgici;
- Etradegenza di Cardiologia e Ortopedia, costituita da 3 ambulatori di ortopedia e 6 ambulatori di Cardiologia;
- Vari locali per servizi generali e religiosi, quali tra l'altro la Cappella ed i locali riservati alle attività del parroco; per complessivi mq. 2234.30.

PIANO PRIMO é interamente occupato dalla Degenza di Chirurgia Generale, costituita da due sezioni, per un totale di 64 posti letto; é collegato con il comparto operatorio di chirurgia (collocato al medesimo piano del vecchio ospedale) mediante il corpo di collegamento; superficie complessiva mq. 2021.30.

PIANO SECONDO é destinato alla degenza di Ortopedia, per 48 posti letto complessivi e comprende la sala gessi e una palestra di fi-

siatria;

superficie complessiva mq. 1737.60.

COPERTURA DELL'ATTUALE CONFIGURAZIONE (predisposto come interpiano tecnico nella eventualità della sopraelevazione) è destinata alla collocazione di gran parte delle macchine per l'impianto tecnologico;

superficie del vano tecnico mq. 471.40.

CORPO DI COLLEGAMENTO realizzato in struttura metallica, disposto in direzione est-ovest, funziona da cerniera tra il vecchio e il nuovo padiglione, creando un percorso coperto al piano terra e un percorso chiuso al livello del 1° piano;

SISTEMAZIONI ESTERNE DI PERTINENZA ESCLUSIVA DEL NUOVO PADIGLIONE, comprendenti la nuova strada di collegamento tra via Posta e il parcheggio est, le due rampe a servizio del pronto soccorso, la sistemazione delle scarpate laterali all'edificio, la sistemazione delle aree esterne a verde;

GRUPPO DI SOLLEVAMENTO ACQUE REFLUE comprendente una vasca di accumulo dimensionata per l'area di pertinenza del nuovo padiglione e tutte le opere atte ad intercettare le immissioni dalle aree del vecchio ospedale, tenuto conto del particolare degrado del sistema fognario preesistente al contorno;

ARREDI comprendenti tra l'altro il completamento delle sale di degenza (armadi incassati, tavoli, letti snodati, travi testaletto, comodini con piano servitore), degli ambulatori (letti da visita, armadi portamedicinali, scrivanie), delle cucine di piano, degli spazi collettivi (sedie su barre ecc...);

ATTREZZATURE MEDICALI, con riferimento particolare a: tavoli operatori per le sale operatorie di ortopedia, letti radiotrasparenti per la U.T.I.C. , letti di rianimazione, sistema di monitoraggio con centraline periferiche per la rianimazione, passamalato con visiva per la sala operatoria di ortopedia, lampade scialitiche e pensili per sale operatorie, sterilizzatrici;

FORNITURE DIVERSE quali i televisori per le sale di degenza e i

soggiorni, gli accessori bagno, la cartellonistica;

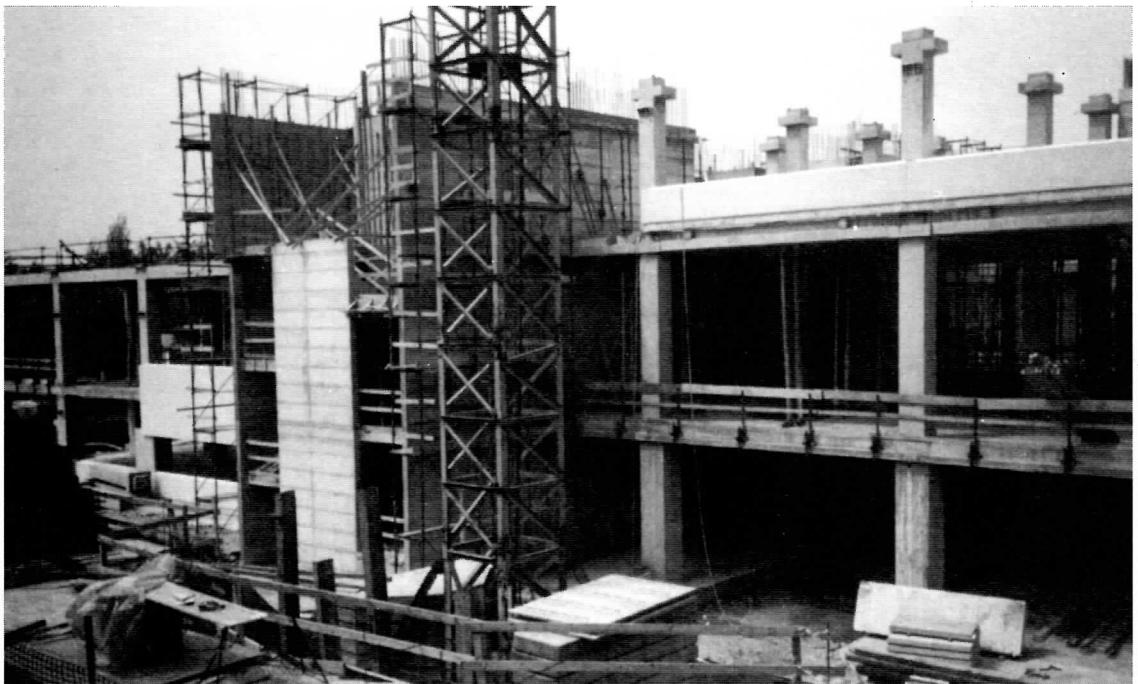
IMPIANTI: l'impiantistica di base comprende l'impianto idrico-igienico-sanitario, l'impianto antincendio con centrale di pressurizzazione ed idranti, la centrale di sollevamento acqua potabile con riserva idrica, la centrale di trattamento filtrazione ed addolcimento acqua, il riscaldamento dei servizi e dei corridoi di collegamento, il riscaldamento/raffrescamento delle sale di degenza e locali annessi (a ventilconvettori pensili orizzontali con controllo autonomo della temperatura ambiente), l'impianto luce, forza motrice e telefonico con predisposizione per la trasmissione dati; l'impiantistica speciale, in linea con le più moderne tendenze tecnologiche, comprende tra l'altro il condizionamento, in dotazione al pronto soccorso, agli ambulatori, alle radiologie/TAC, alle degenze di cardiologia, alle sale operatorie, ai reparti piccoli interventi e UTIC; comprende inoltre l'impianto per la immissione aria esterna alle sale di degenza e per l'estrazione dell'aria viziata, l'impianto estrazione gas anestetici e l'impianto gas medicali (prese ossigeno, prese aria in bassa pressione e prese per aspirazione endocavitaria nelle sale di degenza, oltre a queste le prese aria in alta pressione e l'adduzione del protossido nei comparti operatori), l'impianto interfonico interno e il gruppo per l'alimentazione elettrica di emergenza.

La superficie utile lorda corrispondente alla edificazione del 1° stralcio funzionale risulta complessivamente pari a 8900 mq, riassumibili come segue:

Seminterrato	mq	2369,50
P. Rialzato	mq	2234,30
P. Primo	mq	2021,30
P. Secondo	mq	1737,60
Vani tecnici in copertura	mq	471,40
Locali preesistenti	mq	65,00
<hr/>		
Totale	mq	8900,00



Il cantiere del nuovo padiglione ospedaliero nel 1992 ...



... 1993 ...



... 1994. L'ospedale è compiuto in 19 mesi.

4. IL QUADRO ECONOMICO

Già il bando di gara prevedeva il finanziamento dell'appalto per il 1° stralcio funzionale attraverso la formula del leasing di tipo diretto e di durata novennale. Le sfavorevoli condizioni del mercato della locazione finanziaria e il mutevole quadro normativo (Circolare Regionale E.R. del 10.2.92 n° 5557, Circolare Ministeriale del Tesoro prot. 174363 del 23.11.92, Comunicazione prot. 14298 del 2.8.93 divenuta esecutiva con provvedimento Giunta Regionale n° 4380 del 4.9.93) sconsigliarono la formalizzazione in tempi brevi del contratto di leasing, in pendenza del quale l'Amministrazione USL 15 procedette dapprima all'affidamento delle sole opere propedeutiche all'edificazione, che in quanto tali non sostanziano l'oggetto dell'appalto (cantieramento, demolizione di preesistenze, abbattimento di piante, deviazioni di impianti) e che erano direttamente finanziabili, e successivamente alla stipula di un contratto di appalto che prevedesse, in attesa del contratto di leasing, il pagamento delle rate corrispondenti all'avanzamento dei lavori in conto anticipo canoni di leasing.

Il primo contratto, riguardante le opere propedeutiche per complessive L. 518.501.607, fu siglato in data 11/11/92; quei lavori terminarono il 24/12/92 e furono collaudati nel gennaio 93.

Il secondo contratto firmato in data 8.1.93, è stato aggiornato con due perizie di variante e suppletive, introdotte per un completamento della offerta iniziale, che pure rappresentava in forma chiusa una risposta funzionale al bando di gara, attraverso il recupero di alcuni capitoli offerti a livello optionale in sede di appalto-concorso e attraverso l'introduzione di migliorie al progetto tese ad un recupero sui costi futuri di gestione e manutenzione.

Il quadro economico è stato conseguentemente modificato secondo la tabella riportata alla pagina che segue.

In sintesi si passa da un importo base pari a L. 14.403.385.784 ad un importo finale pari a L. 17.354.682.273.

In data 25/03/93 è subentrato il contratto di leasing, di tipo diretto tra la USL 15 (locatore) e gli stessi soci del R.T.I. costituitosi per l'appalto (locatario), divenuti nel frattempo intestatari della concessione del diritto di superficie sull'area dell'erigendo nuovo padiglione.

Il leasing, di durata triennale, prevede, in ragione delle disponibilità finanziarie dell'amministrazione, la corresponsione di un maxicanone iniziale, anticipato alla stipula del contratto, in grado di abbattere i contenuti finanziari dei successivi canoni posticipati, indicizzati sulla base del T.U.S. più una quota fissa del 2,50%; prevede inoltre la possibilità del riscatto anticipato.

Il valore dell'immobile assunto a base del contratto di locazione è pari a L. 17.354.682.273 così come determinatosi in esito alle perizie sul contratto dell'8/1/93, e indicato in tabella.

	Del. Aggiudic.	Contratto 11-11-92	Contratto 8/1/93		
			Contratto base	1 ^a Perizia	2 ^a Perizia
A) Opere					
A1 Edili	7.186.855.562	380.303.623	6.806.551.939	8.581.416.721	8.990.386.850
A2 Elettrici	2.346.749.452	/	2.346.749.452	3.479.010.039	3.297.372.076
A3 Ascensori	391.632.745	/	391.632.745	391.632.745	391.632.745
A4 Meccanici	2.525.030.713	138.197.984	2.386.832.729	3.098.283.111	3.126.417.869
B) Forniture ed economie	12.450.268.472	518.501.607	11.931.766.865	15.550.342.616	15.805.809.540
B1 Attrezzature e arredi	2.471.618.918	/	2.471.618.918	420.694.492	1.240.872.733
B2 Lavori diversi	/	/	/	/	140.000.000
B3 Forniture diverse	/	/	/	/	168.000.000
	2.471.618.918	/	2.471.618.918	420.694.492	1.548.872.733
C) Anticipazioni (lordin IVA)	14.921.887.390 (1)	518.501.607 (2)	14.403.385.784	15.971.037.108	17.354.682.273 (3)
D) Lavori extracontratto, economici sull'esistente		23.279.360			
		58.791.179			
		600.572.146 (4)			

Occorre sottolineare che l'importo finale del contratto 8-01-93, sommato all'importo del contratto 11-11-92, rispetta i limiti fissati dalla vigente legge in materia di estendibilità degli appalti pubblici, rispetto agli importi aggiudicati, secondo la formula: (1)x6/5>(2)+(3)
 $14.921.887.390 \times 6/5 = 17.906.264.870 > 518.501.607 + 17.354.682.273 = 17.873.183.880.$

5. PIANO DEI COSTI DI REALIZZAZIONE E INCIDENZA DI COSTO PER UNITÀ DI SUPERFICIE

1) Costo di costruzione lavori in appalto:

opere edili e di finitura, impianti tecnici e speciali

1.1 Opere propedeutiche all'inizio dei lavori (cantieramento, demolizioni, deviazioni impianti, scavi, abbattimento piante)	518.501.607
1.2 Opere edili e di finitura	8.590.386.850
1.3 Impianti elettrici	3.297.372.076
1.4 Impianti tecnologici	3.126.417.869
1.5 Impianti elevatori	391.632.745
1.6 Sistema fognario	340.000.000
1.7 Sistemazione parziale parcheggio V. Posta	60.000.000
TOTALE (1)	16.324.311.147

2) Spese in economia

2.1 Economia per opere propedeutiche all'inizio dei lavori	58.791.179
2.2 Economie per recupero attrezzature dai reparti esistenti	35.000.000
2.3 Lavori vari, adeguamento locali tecnicici esistenti	105.000.000
TOTALE (2)	198.791.179

3) Forniture diverse (anticipazioni)

3.1 Anticipazioni per opere propedeutiche all'inizio dei lavori (lordo IVA)	23.279.360
3.2 Forniture diverse (accessori bagno, cartellonistica, televisori, ecc.)	168.000.000
3.3 Arredi	520.000.000
3.4 Attrezzature medicali fisse	65.355.000
3.5 Attrezzature medicali mobili	655.517.733
TOTALE (3)	1.432.152.093

4) Oneri fiscali:

IVA 4% (1.1 e 2.1)	23.091.711
IVA 9% (1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.2, 2.3, 3.4)	1.441.004.580
IVA 19% (3.2, 3.3 e 3.5)	255.268.369
TOTALE (4)	1.719.364.660

5) Allacciamento pubblici servizi

(ENEL, SIP, GAS, ecc.) **50.000.000**

6) Spese tecniche di progettazione generale, Direzione lavori, contabilità, collaudi, contributi Cassa Prev. Ing. e Arch., varie

570.000.000

TOTALE COSTI (1+2+3+4+5+6)

20.294.619.079

Dal piano dei costi così determinato si evince in conclusione un sostanziale risparmio da parte della Amministrazione USL 15 rispetto al preventivo di spesa originario dello studio di fattibilità, pur completandosi in tutte le sue parti la riorganizzazione della struttura ospedaliera all'interno del Comprensorio.

Al proposito è interessante valutare l'incidenza del "costo di realizzazione" per metro quadrato di superficie edificata: sul piano dei costi sopraesposti si riportano preliminarmente le seguenti considerazioni, tese a rendere parametrabile il dato della incidenza ad una ordinaria situazione di mercato:

- le opere propedeutiche all'inizio dei lavori (punti 1.1, 2.1 e 3.1) riflettono in gran parte la onerosità dell'inserimento del nuovo edificio all'interno di un contesto preesistente e penalizzano l'intervento nei confronti di una ipotesi ex novo;
- i costi per il sistema fognario (punto 1.6) risentono della particolare e straordinaria situazione di degrado riscontrata nel corso dei lavori, ed in gran parte sarebbero imputabili ad un capitolo manutenzioni relativo al vecchio ospedale;
- la sistemazione del parcheggio di Via Posta (punto 1.7), definita in accordo con l'amministrazione comunale, riguarda l'assetto di una area interna al presidio ospedaliero, ma non funzionale strettamente al nuovo padiglione;
- i lavori di adeguamento dei locali tecnici esistenti (punto 2.3) sarebbero stati in buona parte evitabili in una ipotesi di intervento ex novo;
- il capitolo di spesa 3.4, afferente le attrezzature medicali fisse, beneficia della opportunità colta dall'Amministrazione USL di recuperare dai reparti esistenti negli ospedali del comprensorio gran parte delle attrezzature di radiologia;
- le spese tecniche, quali la progettazione e la direzione lavori, con l'esclusione del solo collaudo, sono ordinariamente assorbibili dalla struttura tecnica della Amministrazione locale.

Tanto considerato, la spesa complessiva da tenere a base del calcolo di incidenza può assumersi pari a L. 17.513.000.000, oneri fiscali esclusi, così riepilogabili:

costi di realizzazione, arredi attrezzature	L. 17.213.000.000
allacciamenti	L. 50.000.000
spese tecniche di collaudo	L. 250.000.000
<hr/>	
L. 17.513.000.000	

Incidenza di "costodi realizzazione" per unità di superficie:

$$\text{L. } 17.513.000.000/\text{mq } 8.900 = 1.968.000 \text{ L./mq}$$

Per un'analisi della incidenza di "costo di costruzione" per unità di superficie, occorre ulteriormente depurare la spesa complessiva della quota afferente la progettazione esecutiva, ricompresa nei costi di costruzione in virtù della formula dell'appalto-concorso e valutabile indicativamente intorno al tre per cento, e del capitolo riguardante arredi e attrezzature medicali specifiche; tale analisi porta a consuntivare "costi di costruzione" per complessive L. 15.756.000.000, oneri fiscali esclusi, così riepilogabili:

costi di costruzione	L. 15.456.000.000
allacciamenti	L. 50.000.000
spese tecniche di collaudo	L. 250.000.000
<hr/>	
L. 15.756.000.000	

Incidenza di costo di costruzione per unità di superficie:

$$\text{L. } 15.756.000.000/\text{mq } 8.900 = 1.770.000 \text{ L./mq}$$

**CONSIDERAZIONI SULLA GESTIONE
DELLA USL 15 (ANNI 1991 - 1993)**
relazione del prof. CARLO HANAU,
pubblicata sulla rivista
Prospettive Sociali e Sanitarie
edita dal C.I.S. - Milano

Introduzione

La verifica economica sull'efficienza di un servizio sanitario si compone sia dell'analisi delle risorse impiegate (esprese in moneta oppure nelle loro principali quantità fisiche) sia dell'analisi dei risultati prodotti, confrontando infine costi e risultati per determinare il livello di efficienza dell'intervento.

Il periodo esaminato considera il triennio 1991-93, iniziando con l'anno a metà del quale si è avuta la nomina degli Amministratori Straordinari al posto dei precedenti comitati di gestione. In tale periodo si è assistito ad una tendenziale restrizione dei fondi dedicati alla sanità pubblica, in quanto la necessità di diminuire il disavanzo pubblico ha costituito la principale preoccupazione dei Governi che si sono succeduti alla guida del Paese.

La Regione Emilia Romagna, ove il livello della spesa sanitaria pro capite (e quindi il deficit) risulta più elevato che altrove, ha egualmente ispirato la propria azione di governo al contenimento della spesa ed ha richiesto agli Amministratori Straordinari di adeguarsi a tale indirizzo, attuando il piano sanitario regionale sopra tutto per la parte che induce una riduzione dei costi.

I risultati della gestione delle UU.SS.LL. non possono tuttavia giudicarsi sulla base dei tagli applicati alla spesa, poiché troppo semplice sarebbe l'operazione della riduzione indiscriminata degli interventi sanitari. La razionalità e l'economicità di una gestione, in un contesto come quello accennato, si misurano sulla capacità di tagliare i rami secchi e cioè gli interventi non fruttuosi in termini di sanità e nel destinare maggiori risorse agli interventi più fruttuosi, sottraendole agli interventi meno fruttuosi.

Troppo presuntuoso sarebbe il tentativo di misurare il risultato in termini di salute di tutti gli interventi attuati da una "azienda" così complessa come una U.S.L. che, sia pure su di un territorio relativamente limitato, presenta una competenza della massima estensione (prevenzione, cura e riabilitazione) su tutta la sanità o come un ospedale, che

trattando tanti tipi di patologie presenta comunque un elevatissimo livello di difficoltà nella valutazione dell'efficacia globale.

Il periodo di un triennio è del tutto insufficiente per poter osservare le variazioni dei principali indicatori di salute della popolazione, i cui movimenti sono generalmente contraddistinti da forte inerzia e da lentezza di spostamenti; a ciò si aggiunga la difficoltà di separare l'effetto dovuto all'intervento sanitario da quello del mutare delle condizioni sociali ed ambientali.

L'analisi dei risultati dovrà forzatamente limitarsi alla descrizione di ciò che viene definito *output* o prodotto intermedio, e cioè delle prestazioni sanitarie, ed in particolare di quelle ospedaliere, le quali rappresentano l'oggetto di questa prima relazione, che successivamente verrà ampliata all'U.S.L. nel suo insieme. Fin da ora non ci si può accontentare di un'interpretazione meccanicistica secondo la quale un numero maggiore di prestazioni oppure una maggiore velocità nella loro esecuzione costituisce di per sé un miglior risultato; al contrario si dovrà sempre ricorrere a qualche indicatore che, seppure in via di prima approssimazione, renda testimonianza della qualità delle prestazioni rese, nel senso di avvalorare l'ipotesi che all'intervento debba ragionevolmente seguire un miglioramento dello stato di salute di coloro che ne hanno usufruito.

In un contesto molto limitato; quanto a conoscenze e rilevazioni epidemiologiche, può essere utile l'esame di qualche evento sentinella o di qualche patologia "tracciante". Infine assume un valore non esclusivamente superficiale il livello di soddisfazione, mostrato dagli assistiti o dalla popolazione residente (gli assistibili) nei confronti dei servizi offerti, misurabile dai pareri direttamente espressi dai singoli, oppure dai loro rappresentanti politici, dalle espressioni varie dell'opinione pubblica, desumibili da consultazioni con associazioni, sindacati di utenti, testimoni privilegiati, stampa ed altri mezzi di comunicazione di massa.

L'analisi dei costi, che costituisce l'altro lato dell'esame che ci si è proposti, in prima istanza non tende a verificare i costi economici (o costi

opportunità) dovuti all'impiego delle risorse, ma si limita a registrare le spese sostenute a bilancio nella gestione di competenza. Come già anticipato, il contenimento della spesa nel limite del tetto prefissato costituisce soltanto un aspetto politico amministrativo, indipendente dal livello di efficienza del sistema: risulta del tutto gratuito attribuire ad eventuali deficit, misura dello sfondamento del tetto preventivamente fissato dall'autorità regionale, un significato di inefficienza, quasi che la "azienda" sanitaria ricevesse il finanziamento dalla vendita delle proprie prestazioni su di un mercato concorrenziale, in grado cioè di apprezzare nel migliore dei modi il prodotto sanitario.

Le risorse impiegate

Il bilancio dell'U.S.L. per la parte corrente prevede una spesa di competenza rilevabile dalla tabella allegata, riferita al triennio in questione.

Nel bilancio è ricompreso il leasing per la costruzione del nuovo ospedale. Il leasing copre un investimento immobiliare, che un tempo, quando il leasing era un istituto sconosciuto alla contabilità pubblica, sarebbe stato incluso obbligatoriamente nelle spese in conto capitale. Il leasing complessivo per la costruzione e l'attrezzatura del nuovo ospedale assomma a poco più di diciannove miliardi, ripartiti nel triennio 1992-94. **Il costo totale della struttura risulta estremamente contenuto, e tale risultato è stato conseguito risparmiando sulle spese di progettazione, mettendo in atto oculate procedure di appalto che hanno ribassato i prezzi, utilizzando una situazione generale di stasi dell'industria delle costruzioni, che ha favorito il ribasso dei prezzi.**

RISORSE IMPIEGATE: milioni di lire a bilancio dell'U.S.L.			
	1991	1992	1993
Spese correnti totali	111.315	120.307	110.383
di cui:			
personale	47.479	45.836	44.042
acquisto beni e servizi	61.078	68.467	63.500
di cui: leasing		6.270	7.150
Altre spese	2.758	6.004	2.841
RISORSE IMPIEGATE: personale in servizio a fine anno			
	1991	1992	1993
Ruolo sanitario	562	528	557
di cui: medici	134	115	119
Ruolo tecnico	187	150	139
Ruolo amministrativo e prof.	78	75	73
TOTALE	827	753	769
RISORSE IMPIEGATE: personale ospedaliero			
	1991	1992	1993
Ruolo sanitario	444	412	421
di cui medici:	104	912	89
Ruolo tecnico	125	115	110
Ruolo amministrativo	10	8	5
TOTALE	579	535	536

Confronto fra il 1991 ed il 1992

L'aumento di spesa del 1992 rispetto al 1991, pari a nove miliardi, è dovuto, per oltre sei miliardi, al primo anno di rateo del leasing operato per far fronte alla costruzione del nuovo ospedale di Mirandola. L'aumento residuo, pari a 2.722 milioni, è inferiore alla metà di quello medio del Paese, ove la spesa corrente sanitaria pubblica si è incrementata del 6% fra il 1991 e il 1992; le cause di questa variazione vanno ricercate nell'aumento dei prezzi dei beni e servizi acquistati (inflazione) e nell'istituto dell'incentivazione, che pure in regime di

blocco delle assunzioni e della contrattazione ha consentito un miglioramento delle retribuzioni del personale.

Per l'USL di Mirandola la spesa del personale registra invece una contrazione, spiegata dalla riduzione degli organici, in particolare di quelli medici, così come risulta dalla seconda parte della tabella riportata. Tale riduzione è stata possibile evitando la sostituzione di personale andato in quiescenza.

Dal 1.3.1992 si è appaltata all'esterno la fornitura del vitto per i degenzi, che in precedenza era assicurata da cucine direttamente gestite. Il personale addetto, composto da 17 operatori tecnici e 7 ausiliari specializzati, in 8 casi è stato convertito ad un'altra mansione presso i servizi ospedalieri e in altrettanti casi si è ritirato dal lavoro: infatti nel settembre 1992 sono entrate in vigore le norme restrittive del pensionamento pubblico, che hanno paradossalmente portato ad un aumento contingente delle quiescenze; in qualche altro caso l'inizio del pensionamento è stato eccessivo. È interessante segnalare che sei operai tecnici, poi ridottisi a tre, pur conservando il loro posto di ruolo, sono stati "comandati" funzionalmente alle dipendenze della Ditta appaltatrice, che si è impegnata a versare all'USL un corrispettivo per ogni ora lavorata dai medesimi. In sintesi si può affermare che è stata velocemente effettuata la riallocazione delle risorse umane liberatesi per effetto dell'appalto della cucina e della distribuzione del vitto, dimostrando che la mobilità del pubblico dipendente non è un'utopia. Occorre tuttavia ricordare che ogni cambiamento, come la scelta dell'appalto di un servizio precedentemente gestito in forma diretta, induce costi supplementari nel bilancio complessivo dell'anno in cui si inizia (riqualificazione del personale interno, fase di rodaggio), mentre i benefici sono evidenziati negli anni successivi.

La riduzione complessiva del personale intervenuta fra la fine del 1991 e la fine del 1992 è stata pari a 74 unità (di cui 19 medici, qualifica spesso abbondantemente rappresentata nella composizione del personale dell'U.S.L.) e la relativa incidenza sul bilancio 1992 può essere

valutata superiore al miliardo di lire, tenendo conto che le dimissioni si sono avute sopra tutto verso settembre 1992. Un altro mezzo miliardo è stato risparmiato riducendo drasticamente le autorizzazioni ad effettuare lavoro straordinario. Su queste basi si spiega pertanto la riduzione del capitolo di spesa del personale.

Per l'USL di Mirandola l'aumento della spesa aggiuntiva del 1992 sul 1991 per acquisto di beni e servizi (soltanto 1.100 milioni, escludendo la spesa straordinaria per il leasing destinato alla costruzione dell'ospedale) è spiegato in gran parte dagli 800 milioni in più che l'appalto della cucina ha scaricato su questo capitolo, alleggerendo nel contempo quello del personale.

Altri consistenti capitoli, come l'acquisto di protesi, l'appalto del lavano e delle pulizie sono rimasti invariati. Nel campo delle protesi l'aumento della spesa per l'ortopedia è stato in buona parte compensato dalla riduzione della spesa per la cardiologia dovuta alla scelta delle tipologie di intervento.

Una forte riduzione si è avuta nella spesa per l'acquisto di materiale diagnostico di laboratorio analisi e di radiologia, che è passata da 3.999 milioni a 3.004, a seguito della riduzione dei laboratori analisi da quattro a due (lasciando tuttavia i precedenti punti di prelievo, per mantenere l'accessibilità alle prestazioni). La riduzione di spesa è in parte spiegata dai protocolli operativi interni di entrambi i servizi, che hanno consentito risparmio di materiale dalla riduzione dei prezzi, ottenuta con l'estensione a tutte le procedure di gara di capitolati speciali rigorosi.

Confronto fra il 1992 e il 1993

Nel confronto fra il 1992 ed il 1993 il bilancio di parte corrente evidenzia una fortissima riduzione delle spese, pari all'8%, ancora più eclatante se paragonata all'aumento intervenuto in sede nazionale, pari al 4%. Va evidenziato che in questo esercizio si scarica la parte più consistente del leasing per la costruzione dell'ospedale, per oltre sette

miliardi. Escludendo dal computo il leasing, la riduzione delle spese a bilancio risulta superiore al 14%, un dato veramente clamoroso.

Quasi due miliardi di riduzione derivano da risparmi sulle spese del personale, il cui numero è tuttavia lievemente cresciuto, di 16 unità: tale crescita corrisponde ad un assorbimento nella pianta organica dell'USL di 17 unità di personale infermieristico già precedentemente impiegate in servizio, pur non essendo dipendenti dall'USL, presso case di riposo a cui la spesa gravava su altro capitolo, in base al DPCM 8.8.1985, come contributo del fondo sanitario alle rette di degenza. Si tratta di un valore di risorse umane stimabile in oltre 600 milioni, che nella nuova collocazione potranno essere gestite in forma più efficiente, ad esempio entrando nell'insieme delle sostituzioni del personale dipendente.

In totale, tenendo conto dell'osservazione fatta, le spese per il personale si riducono di due miliardi e mezzo, quale effetto posticipato delle riduzioni di organico dell'anno precedente.

Le riduzioni di spesa si registrano nel bilancio sopra tutto per il personale sanitario (- 945 milioni), tecnico (- 761 milioni) ed amministrativo (- 125 milioni). In totale la diminuzione intervenuta fra il 1992 e il 1993 giunge a 1.794 milioni.

L'acquisto di beni e servizi vede una riduzione di 5.847 milioni, al netto del leasing.

Le spese per gli appalti del vitto (che ha eliminato la precedente necessità di acquistare generi alimentari) e del lavanolo sono lievemente cresciute, ma sono state compensate dalla riduzione dell'appalto pulizie, (meno 100 milioni), per la contrazione della superficie pulibile.

Nel campo delle protesi è proseguita la riduzione graduale delle spese per la cardiologia (pace makers) che si riduce di un quarto, fermandosi a 319 milioni, per una scelta maggiormente differenziata delle tipologie e per una riduzione dei prezzi; invertendo l'andamento precedente si nota una riduzione delle spese per l'ortopedia, che passa da 1.349 milioni a 1.228, praticamente lo stesso livello del 1991; ciò è dovuto

alla riduzione dei prezzi di approvvigionamento, e non a quella dell'attività operatoria, che anzi si è lievemente incrementata.

L'acquisto di prodotti farmaceutici ed emoderivati subisce un forte aumento, pari a 608 milioni, dovuto sopratutto all'andamento dei prezzi deciso dal Governo ed alla obbligatorietà della prevenzione secondaria di epatopatie croniche con immunomodulatori di alto costo. Il materiale diagnostico per il laboratorio, che aveva visto una forte riduzione nell'anno precedente, diminuisce ulteriormente i costi. Quello per la radiologia, che pure aveva visto una notevole riduzione l'anno precedente, fa rilevare un lieve aumento nella spesa che è dovuto all'aumento delle quantità di lastre e mezzi di contrasto acquistati per l'inizio dell'attività TAC proprio a Mirandola all'inizio del 1993.

In precedenza tale attività era svolta a Carpi con una suddivisione degli impegni, che prevedeva le lastre a carico dell'U.S.L. di Carpi e il personale medico e tecnico a carico dell'U.S.L. di Mirandola.

Per quanto concerne l'assistenza indiretta, le prestazioni autorizzate nel 1993 sono identiche a quelle autorizzate nel 1992. Per conto, la spesa 1993 scende.

L'analisi del fenomeno mostra nel 1993 una maggiore pressione di richieste di autorizzazione per ricoveri e prestazioni ospedaliere in assistenza indiretta, cui però fa riscontro una percentuale molto maggiore rispetto al 1992 di richieste risolte con ricoveri in strutture assistenziali pubbliche; e questo per la disponibilità fornita da alcuni Ospedali, quali Legnago e Cittadella per le coronografie, Verona per la cardiochirurgia, Ospedale "Malpighi" di Bologna per le litotripsie.

Tali disponibilità hanno favorito la riduzione anche del capitolo di spesa "rimborsi agli assistiti per ricoveri in Italia" che diminuisce di 370 milioni nel 1993 rispetto al 1992.

Poichè queste prestazioni sono quelle a maggior costo, mentre altre, autorizzate in numero maggiore, sono a costo decisamente inferiore (es. interventi per cataratta) ne risulta il risparmio evidenziato, nonostante il numero delle autorizzazioni concesse sia rimasto invariato.

Un consistente risparmio, pari a quasi due miliardi, è venuto dalla riduzione delle spese per la diagnostica convenzionata (921 milioni in meno per esami sofisticati di diagnostica per immagini quali RMN e coronografie, che in precedenza erano eseguite da laboratori esterni convenzionati) e per l'assistenza integrativa convenzionata, per causa prevalente dovuta all'assunzione alle dipendenze dirette degli infermieri delle case di riposo, come già indicato (880 milioni in meno).

Nel campo dell'assistenza farmaceutica convenzionata si è visto un drastico calo della spesa dell'USL, che è passata da 19.455 milioni a 16.430, con un decremento di tre miliardi, dovuto alle restrizioni al consumo provocate dai provvedimenti governativi, che hanno scaricato gran parte dell'onere sui cittadini malati.

La manutenzione ordinaria di immobili e di attrezzature vede una riduzione della spesa quasi di un miliardo, giustificata dai rinnovi effettuati tramite il leasing.

Gli oneri per gli interessi passivi si riducono di 2.861 milioni per effetto della conclusione dell'operazione relativa al ripiano del disavanzo 1990, dovuta a provvedimenti governativi.

Le attività prestate

INDICI DI ATTIVITA' DI RICOVERO	1990	1991	1992	1993
Posti letto ordinari	417	344	314	302
Posti letto in D.H.	30	20	20	30
POSTI LETTO TOTALI	447	364	334	332
Pazienti in ricovero ordinario	13.271	14.170	14.169	12.351
Pazienti ricoverati in D.H.	5.346	5.681	5.716	***
TOTALE PAZIENTI	18.617	19.851	19.885	***
Giornate di degenza in ricovero ordin.	108.271	99.225	96.144	91.716
Giornate di degenza din D.H.	***	***	13.142	15.869
TOTALE GIORNATE	***	***	109.286	107.585
Degenza media per i ricoveri ordinari	8,2	7,3	6,8	7,4
Indice di occupazione dei posti-letto ord.	72%	79%	84%	83%
Interventi chirurgici	3.695	4.334	4.011	3.958
Parti	404	467	420	448

VARIAZIONI PERCENTUALI	91/90	92/91	93/92	93/90
Posti letto ordinari	-17,50%	-8,72%	-3,82%	-27,58%
Posti letto in D.H.	-50,00%	0,00%	50,00%	0,00%
POSTI LETTO TOTALI	-18,57%	-8,24%	-0,60%	-25,73%
Pazienti in ricovero ordinario	6,77%	-0,01%	-12,83%	-6,93%
Pazienti ricoverati in D.H.	6,27%	0,02%	***	***
TOTALE PAZIENTI	6,62%	0,17%	***	***
Giornate di degenza in ricovero ordin.	-8,35%	-3,11%	-4,61%	-15,29%
Giornate di degenza din D.H.	***	***	20,75%	***
TOTALE GIORNATE	***	***	-1,56%	***
Degenza media per i ricoveri ordinari	-10,98%	-6,85%	8,82%	-9,76%
Indice di occupazione dei posti-letto ord.	9,72%	6,33%	-1,19%	15,28%
Interventi chirurgici	17,29%	-7,45%	-1,32%	7,12%
Parti	15,59%	-10,06%	6,67%	10,89%

In questa relazione si esamina in particolare l'attività ospedaliera, ordinaria e in day hospital, e quella che risulta più direttamente complementare o sostituibile a questa, come ad esempio il servizio di assistenza infermieristica domiciliare.

Gli indicatori di attività tradizionali vengono riportati nella tabella allegata. Si deve ricordare che tali indicatori non esprimono automaticamente il livello di attività prestata, ma costituiscono semplici riferimenti. Infatti, mentre un tempo l'ospedale si caratterizzava sopra tutto come ospitale, e cioè come un servizio prevalentemente di ricovero, dove l'essenza economica del servizio consisteva nel provvedere vitto ed alloggio agli infermi ed ai pellegrini, l'ospedale moderno si caratterizza per le cure, che possono essere erogate anche indipendentemente dal numero di giornate di ricovero e dai letti e che assorbono la quota principale delle risorse. Si deve pertanto rifuggire dal ritenere che la riduzione delle giornate di degenza comporti un automatico risparmio di risorse, quasi che una giornata in meno possa far risparmiare l'equivalente costo medio di una giornata di degenza. L'analisi economica implica una più fine attenzione ai costi marginali, a quelli fissi e variabili. Inoltre una parte crescente dell'attività del personale ospedaliero è rivolta agli esterni (che non contano come giornate di degenza) oppure addirittura è svolta all'esterno dell'ospedale. Quando si verifica, come nel caso in esame, che gli indicatori di prodotto (come le giornate di degenza) si contraggono vistosamente, non se ne può dedurre che altrettanto cali l'attività sanitaria. Differenti conclusioni porterebbero l'esame del numero dei casi di ricovero, altro indicatore di prodotto: negli ultimi quattro anni aumenta e poi diminuisce.

Il numero dei posti letto, che è la base degli indicatori di attività di cui al monogramma di Barber, non tiene conto delle variazioni di effettiva disponibilità, che i cantieri in corso d'opera hanno via via cambiato, ma sopra tutto non è una misura fedele delle attrezzature disponibili per la cura.

Nell'USL di Mirandola vi erano quattro ospedali: Mirandola, Concordia, S. Felice sul Panaro e Finale Emilia, per una popolazione di 76.000 abitanti circa, residenti su di un territorio pianeggiante e con facili comunicazioni. Secondo la delibera della Giunta Regionale E.R. n° 2727 del 27.9.1989, che recepiva la legge n° 109 del 1988, il numero

dei presidi ospedalieri doveva pertanto ridursi, con la chiusura dell'ospedale di S. Felice sul Panaro, alla quale si è giunti soltanto nel triennio esaminato, di Finale Emilia e di Concordia.

Gli investimenti effettuati nel nuovo ospedale consentiranno la concentrazione di tutta l'attività di degenza attualmente erogata nell'unico ospedale di Mirandola, che genera sinergie fra le differenti specialità, favorendo sia la qualità dell'attività che la possibilità di risparmi.

I posti letto ospedalieri, che nel 1982 erano 589, si sono ridotti progressivamente nel corso degli anni fino a giungere a 417 nel 1990 (come da tabella allegata).

Un calo drastico si verifica nel 1991, con la chiusura della divisione di medicina dell'Ospedale di S. Felice e la concentrazione del personale e dell'attività in Mirandola. L'ospedale di S. Felice, dopo aver subito una ristrutturazione nel 1990, che ne aveva ridotto l'attività chirurgica, proprio al fine di rinnovare le sale operatorie, pronte verso la metà del 1991, esplica la sua attività chirurgica fino al termine di quell'anno. L'attività dell'equipe chirurgica si è temporaneamente ridotta, a causa delle procedure di trasferimento nell'ospedale di Mirandola.

Dopo il calo degli interventi chirurgici registrato nel 1990, per il motivo anzidetto, nel 1991 si registra un forte aumento, seguito da un calo nel 1992 e da una stasi nel 1993. Si potrebbe ipotizzare che l'offerta crei la domanda a suo piacimento, ma si deve ricordare che i pazienti vengono attratti dai presidi ospedalieri anche al di fuori del loro naturale bacino di utenza, per varie motivazioni, per cui un'immigrazione da Carpi e una dal mantovano, che nelle seconda metà del 1992 sembra venir meno, col pensionamento di un Primario.

La rilevazione nel mese di marzo 1992 e 1993 del numero medio delle giornate di attesa che precedono l'intervento, spesso usato come indicatore di efficacia, in quanto si riconosce una valenza negativa al ricovero di attesa, ha dato risultati contraddittori: a Finale Emilia si è ridotto da 2,4 a 2,0 mentre a Mirandola è aumentato da 2,9 a 3,6. La differenza è almeno in parte riconducibile alla differente tipologia degli

interventi eseguiti nelle due chirurgie.

Il numero dei parti eseguiti presso l'ospedale si è ridotto a 404 nell'anno 1990, nel quale si è provveduto al rifacimento delle sale di degenza e parto; nel 1991 il ripristino del reparto sembra aver spinto in alto i parti, che tornano a calare nell'anno successivo, per aumentare infine nel 1993.

I day hospital, che rappresentano una modalità relativamente nuova per il nostro sistema sanitario, pur rimarcando una diminuzione dei posti letto negli anni 1991 e 1992, dovuta alle alterne vicende di ristrutturazione e concentrazione, aumentano progressivamente il numero dei ricoverati e quello dei giorni di degenza.

In complesso il numero dei pazienti trattati aumenta progressivamente fino al 1992 compreso e soltanto nel 1993 si registra una netta diminuzione dei pazienti in ricovero ordinario che non è compensata dalla progressione di quelli in day hospital, seppure notevolmente aumentati.

Nei quattro anni riassunti nella tabella, le giornate di degenza dei ricoveri ordinari calano progressivamente di un complessivo 15%; tale tendenza è dovuta in larga parte alla diminuzione della durata media della degenza, con l'eccezione dell'ultimo anno. I livelli raggiunti risultano comunque ampiamente inferiori alle durate previste dal piano sanitario regionale, anche se nell'USL non risulta presente la lungodegenza, che sposterebbe in alto le medie.

Gli indici di occupazione dei letti ospedalieri sono abbastanza elevati, e risultano in aumento progressivo: per un esame attento occorre tuttavia scendere nel dettaglio delle singole divisioni, dato che la media nasconde il fenomeno del sovraffollamento di alcuni reparti per determinati periodi e la necessità di aumentare la disponibilità recettiva di quei reparti.

Alla data odierna si è giunti a sovvertire la situazione precedente, riferita al 1982, nella quale esisteva un eccesso di offerta di posti letto, quasi 8 letti per mille abitanti, fino ad arrivare al meno di 4 letti per

mille abitanti, secondo quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale.

L'adeguatezza del numero dei posti letto per mille abitanti deve essere giudicata tenendo conto anche delle migrazioni sanitarie, che per l'U.S.L. di Mirandola costituiscono un importante fenomeno.

Infatti sono diversi i casi di residenti nell'U.S.L. 15 che si ricoverano altrove, sopratutto nell'U.S.L. 16 di Modena, che rappresenta il naturale riferimento di secondo e terzo livello, col suo presidio ospedaliero universitario. Nel 1992 le giornate di degenza di residenti nell'U.S.L. 15 in ricoveri ordinari fuori dell'U.S.L. sono state 28.858, corrispondenti all'uso di 93 posti letto al tasso di occupazione dell'85%, in reciprocità l'U.S.L. 15 ha dato ricovero a non residenti per 9.766 giornate, corrispondenti all'uso di 32 posti letto; il bilancio complessivo comporta un'emigrazione netta corrispondente a 61 posti letto, che aggiunti a quelli esistenti danno un totale di 363, pari a 4.74 posti letto per mille abitanti.

Le giornate di degenza erogate per mille abitanti di questa U.S.L. risultano pari a 1.347, contro una media regionale pari a 1.605, confermandosi l'uso moderato dell'ospedalizzazione ordinaria, che costituisce un elemento valutabile molto positivamente.

Non si registra nessun tempo di attesa per ricoveri in Medicina Generale, Cardiologia, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia-Traumatologia (eccetto che per interventi di protesi d'anca). I tempi più lunghi di attesa si registrano per interventi di protesi d'anca: 2-3 mesi per i cittadini residenti nella U.S.L. 15, più di 2 anni per i non residenti.

Secondo il regolamento interno dell'U.S.L. del dicembre 1991 si privilegiano per i ricoveri programmati i residenti dell'U.S.L. stessa, poi quelli della provincia di Modena, poi quelli della regione E.R. ed infine gli altri. In tal modo per i residenti nell'U.S.L. stessa e nella provincia di Modena i tempi di attesa sono sostanzialmente diminuiti.

Si registrano tempi di attesa di circa 7-10 giorni per interventi pro-

grammati di Ginecologia, Chirurgia Generale a Mirandola e a Finale Emilia, interventi al ginocchio e per tunnel carpale in Ortopedia.

I tempi di attesa salgono a 2-3 settimane per ricovero in Terapia Fisica per patologie recenti; salgono a qualche mese per ricoveri nella stessa Divisione per patologie croniche.

La chiusura dell'Ospedale di S. Felice non rappresenta soltanto una scelta efficiente nei confronti dell'assistenza ospedaliera, che viene in tal modo razionalizzata, ma anche il presupposto per l'istituzione di una residenza sanitaria assistenziale, che si rivela necessaria per ottemperare alle indicazioni della programmazione sanitaria e soprattutto per rispondere alle reali necessità di una popolazione, ove il numero dei malati affetti da patologie gravemente invalidanti è forte e in progressivo aumento.

Nel progetto obiettivo salute anziani, si prevede di potenziare la riabilitazione ospedaliera nella fase della convalescenza, al fine di ridurre le sequele invalidanti delle malattie; nella fase successiva si prevede l'assistenza domiciliare integrata e la spedalizzazione a domicilio che consentono la permanenza al proprio domicilio anche di coloro che non sono guariti.

Nel caso, purtroppo sempre più frequente, in cui non siano disponibili sufficienti supporti familiari e sociali, la residenza sanitaria assistenziale deve dare una corretta risposta alle esigenze dei malati definiti "stabilizzati", in condizioni di non autosufficienza.

L'U.S.L. 15 di Mirandola attua dal dicembre 1990 un **servizio di assistenza infermieristico domiciliare** molto diffuso, che risponde a tutte le richieste dei cittadini senza alcuna lista d'attesa e che opera a latere del servizio di assistenza domiciliare dei Comuni. Nel dicembre 1993 è stata deliberata l'istituzione di un **servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)**, che dovrebbe coprire giornalmente le esigenze di una cinquantina di malati particolarmente impegnativi sui due versanti della cura e dell'assistenza.

Per una popolazione complessiva dell'U.S.L. di 76.500 abitanti (stima

1993) di cui 15.354, pari al 20%, oltre i 65 anni e 6.184, pari all'8% oltre i 75, il servizio mette a disposizione 15 infermieri convenzionati, di cui 10 a 30 ore settimanali e 5 a 20, per un totale annuo di 20.000 ore circa, pari a circa 14 infermieri tempo pieno equivalenti, che tuttavia scontano la mancanza di fisiokinesiterapisti, ancora non disponibili. Ne consegue che il rapporto ore infermiere annue sulla popolazione residente risulta pari a 0.26.

Sempre con riferimento all'U.S.L. di Mirandola, nel 1993 il numero totale degli utenti in carico è risultato pari a 944, di cui 319 erano già in carico al 1.1.1993 e 625 presi in carico nel corso dell'anno. Del totale degli assistiti: 589 erano donne; 804 erano oltre i 65 anni; 552 risultano aver ricevuto più di tre prestazioni; 168 sono deceduti nell'anno.

Ne consegue che il totale degli utenti in carico nell'anno giunge al 1.2% della popolazione residente (0.7% se si considerano soltanto coloro che hanno ricevuto più di tre prestazioni).

I pazienti, divisi per patologie prevalenti, risultano così suddivisi: 206 malattie cerebrovascolari, Parkinson e demenza; 169 cardiopatie e vasculopatie periferiche; 129 artosi e fratture; 110 tumori; 98 diabete; 27 insufficienza renale; 20 insufficienza respiratoria; 185 altre patologie.

Ai pazienti non è stata applicata una scala di gravità nota, ma una divisione empirica fatta sulla base delle prestazioni loro fornite ha dato questi risultati:

lievi (es. rilevazioni pressione arteriosa, iniezioni) n° 131

medi (es. prelievi di sangue frequenti) n° 450

gravi (es. medicazioni, cateterismi, riabilitazioni) n° 363.

Nell'U.S.L. 15 di Mirandola le prestazioni infermieristiche a domicilio sono state 38.944, affiancate da 1146 in ambulatorio; gli accessi sono stati 18.142.

Le prestazioni più frequenti sono le medicazioni (12.725), le rilevazioni di pressione arteriosa e parametri vitali (6.224), le lavande (3.992) e le iniezioni (3.867). Da quanto sopra appare chiaro come le esigenze di

una popolazione peraltro ben dotata di servizi sanitari istituzionali e semi-sistituzionali, come quella dell'U.S.L. di Mirandola, assorbono facilmente nella forma domiciliare una rilevante massa di risorse infermieristiche.

Senza considerare il rilevante peso che la struttura demografica per età esercita sul fabbisogno (e l'U.S.L. di Mirandola presenta un tasso di anziani superiore a quello medio) una semplicistica proiezione del numero degli assistiti in Italia, prendendo rispettivamente come modello base quello di Treviso e quello di Mirandola, varierebbe fra 230.000 e 690.000, mentre le ore di infermiere e fisiokinesiterapista varierebbero fra 9 e 15 milioni.

L'assistenza a malati che esigono per periodi più o meno lunghi una vigilanza continuata è motivo del diffondersi dell'uso di "badanti", personale non autorizzato e spesso non qualificato, che il malato o i suoi familiari pagano direttamente allo scopo di ottenere una prestazione che sarebbe di competenza dell'istituzione. Negli ospedali dell'U.S.L. di Mirandola si è praticamente eliminata la necessità di surrogare questa funzione con un impegno di risorse umane, ottenute anche per la riqualificazione di personale ausiliario in operatori tecnici addetti all'assistenza. Si prevede di rendere più efficiente questo tipo di servizio con la concentrazione dei malati ad elevato bisogno di vigilanza in un numero limitato di stanze.

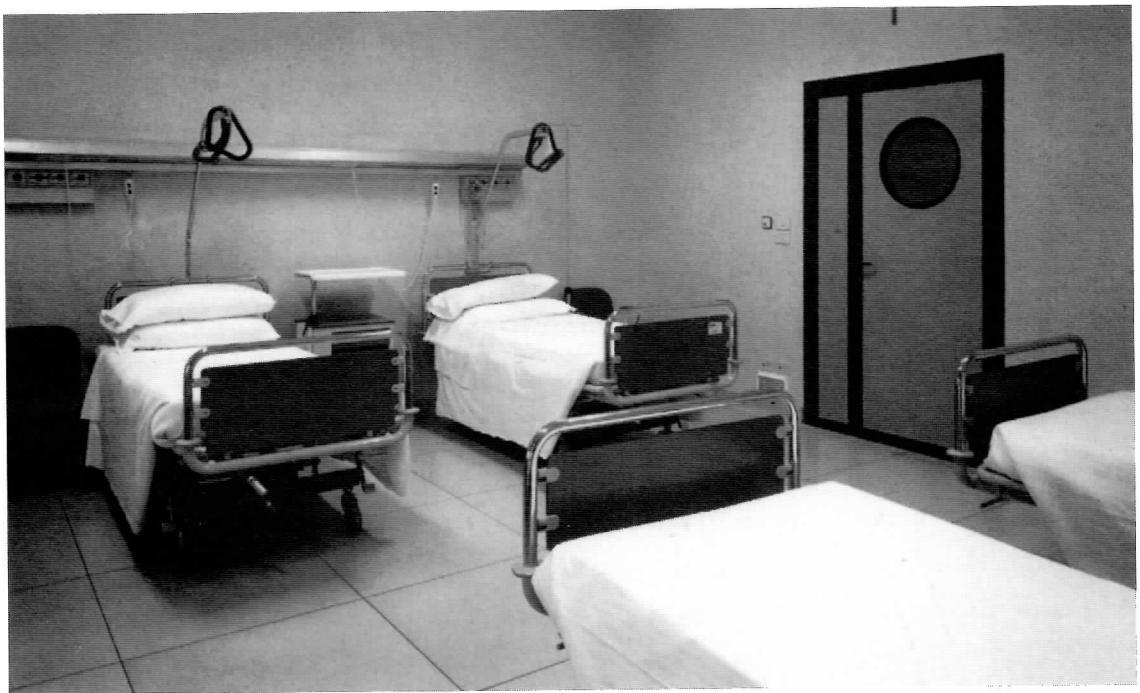
Le prestazioni ambulatoriali eseguite direttamente dal personale ospedaliero rispondono adeguatamente a tutta la domanda della popolazione, senza ricorrere al convenzionamento esterno. Si registra una produttività particolarmente elevata per i servizi ambulatoriali in genere.



TAC (Tomografia Assiale Computerizzata)



Sala parto



Sala di degenza

CONCLUSIONI

In questo rapido esame riferito all'economicità della gestione dell'U.S.L. 15 nell'ultimo triennio, è emerso un notevole risparmio nelle risorse impiegate, che non trova analogie nella situazione generale, nazionale o regionale; al 1993 le spese correnti dell'U.S.L. per ogni residente (1.440.000 Lire) non superano quelle medie nazionali, in un contesto regionale elevato. Tale risultato pare eccezionale se si considera che nelle spese correnti sono state incluse quelle per la costruzione del nuovo ospedale.

Il numero di letti disponibili per ricoveri ordinari è andato progressivamente calando e la stessa costruzione del nuovo presidio è destinata a sostituire posti letto esistenti, più che ad aggiungerne altri. Il tasso di ospedalizzazione e il consumo di giornate di degenza è stato molto contenuto e questo risultato pare non aver comportato disagi per gli assistiti, in quanto le liste di attesa sono state addirittura ridotte per gli interventi di elezione, in particolare in ortopedia, dove è stata applicata una nuova regolamentazione degli accessi.

Alla spedalizzazione tradizionale si è ancora sostituita quella più moderna in day hospital e - caso eccezionale - un'assistenza infermieristica domiciliare molto estesa, sufficiente a coprire tutte le richieste pervenute; dalla fine del 1993 l'assistenza infermieristica viene completata nel quadro dell'assistenza domiciliare integrata, prevista dal progetto obiettivo salute anziani e della legge regionale n° 5 del 3.2.1994; in quest'ambito deve essere realizzata una consistente quota di posti letto in residenze sanitarie assistenziali, frutto della riconversione dei presidi ospedalieri dismessi. Si deve notare come nell'U.S.L. 15 non siano presenti letti convenzionati, che spesso assorbono le funzioni di lungodegenza e riabilitazione, molto utili per una popolazione con elevato indice di invecchiamento.

Mentre è in preparazione una più completa relazione riguardante tutte le attività dell'U.S.L., l'esame delle risorse impiegate e dei risultati

ottenuti, sia pure in forma preliminare e limitata quasi esclusivamente ai servizi ospedalieri, è sufficiente per esprimere un giudizio fortemente positivo sulla gestione del triennio in esame, dimostrando che l'ente pubblico può consentire buoni margini di recupero di produttività, purchè le forze positive esistenti a livello di dirigenti e di operatori si possano liberare dalle resistenze burocratiche, dagli interessi corporativi e campanilistici, dalle varie forme di clientelismo che sono radicate nel nostro paese.

CENNI STORICI SUI NOSOCOMI DELLA BASSA

Sergio Poletti

Sant'Antonio Viennese e gli ospedali di Mirandola (*Bonaga*), Tramuschio e San Giacomo Roncole (*Borgofuro*)

La storia degli ospedali mirandolesi comincia con i Pico, che si insediarono in città provenienti da Quarantoli nel 1311. Il primo ricovero per gli infermi sorse in un luogo detto *Bonaga*, borgo poi bastionato, verso la *Strada Grande* (via Pico, Fenice).

Tra il 1363 e il 1379 i monaci fondarono un ospedale di cinque stanze in *Borgofuro* (verso San Giacomo Roncole), ritenuta località più sicura, a un miglio da Mirandola, intitolandolo a Sant'Antonio Viennese (da Vienne, nel Delfinato). Analogi centro di cura, aperto anche ai pellegrini, dedicato sempre a Sant'Antonio, e dipendente da quello di Borgofuro, sorgeva a Tramuschio e contava pure cinque stanze.

In Italia il primo ospedale antoniano fu fondato nel 1170 a Raverso di Torino. A questo fecero seguito le istituzioni di Milano, Mantova, Bergamo, Brescia, Bologna, Reggio Emilia, Fidenza, Parma, Piacenza e Modena.

I monaci antoniani avevano il privilegio di far pascolare liberamente i maiali, le cui carni sostenevano i malati in cura e i pellegrini.

Buoni effetti terapeutici erano ottenuti affrontando l'ergotismo, una intossicazione che colpiva quanti si nutrivano di pane di segala, con la quale veniva appunto macinato un fungo parassita tossico, detto ergotina (alcaloide che passava nella farina con effetti devastanti) e nella cura del “fuoco di Sant'Antonio”. Una migliore nutrizione e impacchi di farina d'orzo, aceto e acqua, seguiti da applicazioni di grasso di maiale (ma più l'arrichita dieta che gli unguenti) risollevavano i pazienti.

Abbiamo anche una descrizione degli ospedali di Borgofuro e di Tramuschio. Quello sangiacomese sorgeva nella villa omonima, con attigui chiesa e cimitero ed era protetto da una muraglia. In due stanze c'erano i letti per i malati, che giacevano sui pagliericci; nelle altre tre i



Xilografia con Sant'Antonio ed ex voto (iconografia popolare)

servizi, le attrezzature e i locali dei religiosi. Naturalmente non mancavano il fienile, due stalle con bovini, suini e ovini, la barchessa. Intorno 150 biolche di terra con varie messi. Da qui si comprende che la scorta di proteine, carboidrati e vitamine non mancava.

A Tramuschio ospedale e oratorio, cinque camere con posti letto, granaio, orto e 48 biolche di terra.

Dal 1385 gli ospedali ottennero importanti donazioni. Gli stessi Statuti pichiani del 1386 privilegiavano i donatori con esenzione di dazi per chi poteva offrire farina o frumento, beni mobili o immobili.

I centri autonomi rimasero attivi fin verso la fine del Cinquecento, quando i religiosi si trasferirono nel Bolognese.

Santa Maria Bianca dal XIV al XX secolo.

Le società dei "Battuti bianchi"

e altre confraternite e congregazioni.

I benefattori Pico, Padella e Tosatti

Nel Trecento è documentato un ospedale dedicato a *Santa Maria Bianca*, non identificato.

Ma la fondazione effettiva del nosocomio è assegnata al 1432. I *Battuti bianchi* erano attivi fin dal 1425. Furono Giovanni e Francesco Pico (1429-1440) i maggiori benefattori dell'ospedale, assieme a Gherardo Padella (nobile della dinastia dei *figli di Manfredo*), il quale nel 1441 cedette tutti i suoi beni ai luoghi di ricovero.

La *Confraternita di Santa Maria Bianca*, detta anche della *Misericordia* ebbe in affidamento l'amministrazione ospedaliera fino al 1779 e ad essa seguì, nel 1779, la *Congregazione delle Opere Pie Laicali*, sorta nel 1775.

Il decreto del 23 dicembre 1807 istituì la *Congregazione di Carità* la quale gestì anche il *Desco dei Poveri*. Compito dell'*Ospitale* era quello di accogliere e mantenere gratuitamente i poveri infermi, gli esposti e i mentecatti. In origine erano accettati anche i *pellegrinanti*. L'*Ospizio (o Conservatorio) delle Esoste*, annesso all'ospedale (ex convento), fu soppresso nel 1823. Esoste e mendicanti alloggiarono quindi in un unico ospizio.

Il nuovo ospedale di Santa Maria Bianca fu inaugurato nel 1908, grazie all'opera del benefattore *ing. Pietro Tosatti* (1846 - 1905) che con liberale largizione beneficò questo ospizio dei poveri. Queste parole si leggono nella targa marmorea che riporta la sua effige e nella quale è aggiunto: *Gli amministratori dei luoghi pii vollero qui lodato, perpetuato il nome del magnifico donatore. A. 1908.*

La Confraternita di Santa Maria Bianca venne rifondata nel 1469, con a capo un *padrino* e due *massari*. Nel XVI secolo a questi amministra-



Santa Maria Bianca e oranti "Bianchi battuti", croce lignea policroma della Chiesa del Gesù, già dell' Ospedale.

tori (che solo per le feste pasquali venivano compensati in natura) si aggiunse un *sindaco* e il *Consiglio dei dieci*, poi degli *otto*, sotto la protezione dei principi Pico fino al 1710, quindi dei governatori di Mirandola. Salariati a contanti annualmente nella Confraternita (da 72 a 140 lire) erano il cappellano, il depositario e il computista, il cantiniere, il custode, il sagrestano e il legnarolo. Salariati a frumento (da 6 a 9 staia) il cappellano, i medici, il procuratore, il chirurgo, i padri di San Francesco, l'organista e il bovaro. Salariati a uva (da una a due navazze) il cappellano, il depositario e il computista, il fattore, i medici, il procuratore, il chirurgo, i cantori e il bovaro. Salariati a farina il custode e il cantiniere. Seguiva l'onoranza di uova, pollastri e capponi. Dal 1760, col piano di riforma, si pagò solo in contanti.

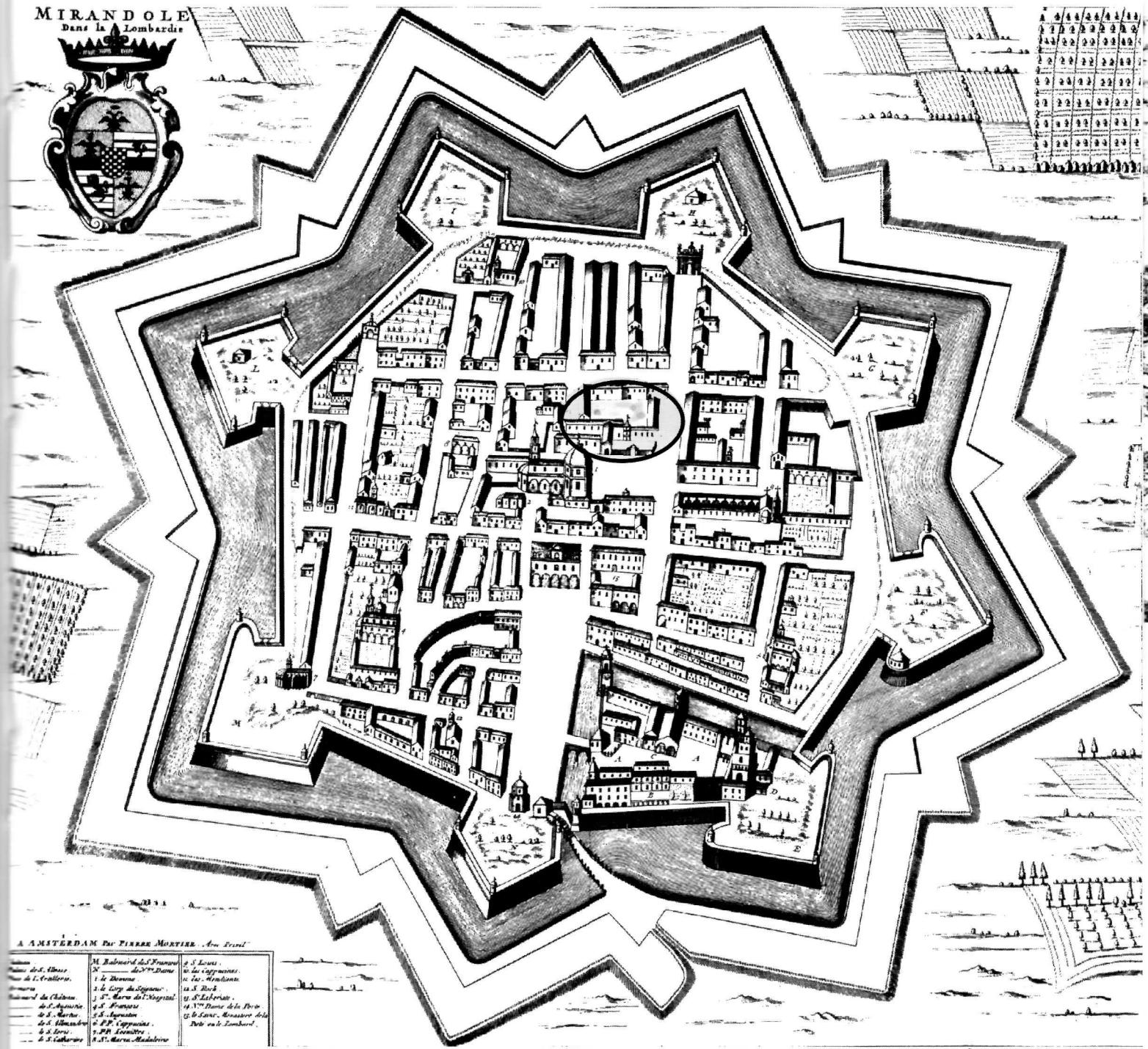
Le possessioni della Confraternita erano 17, a Tramuschio, San Possidonio, Mortizzuolo, Disvetro, Quarantoli, San Martino Carano, Borghetto, Fossa, per un totale di altre 2.600 biolche.

La *Congregazione di Carità* era invece diretta nel XIX secolo dal vice prefetto del Dipartimento del Panaro, dal Podestà presidente, dal parroco e 6 amministratori proposti dalla comunità ed approvati dal governo.

Nel 1789 era stata unita alla *Confraternita di Santa Maria Bianca*, dal duca Ercole III, anche la *Confraternita del Santo Rosario*, fondata nel 1496, che aveva una rendita da 206 biolche di terra e quattro case.

Il *Desco dei Poveri* venne istituito come opera di carità nel 1485 sotto Galeotto Pico presso il convento di San Francesco dal magnano comasco Bernardo Zucchi. Divenne poi *Istituto Elemosiniere. Piazza del Desco* fu quindi così chiamata fino all'Ottocento l'attuale Piazza Garibaldi.

Nell'archivio dell'ospedale, alla filza 15 della *Confraternita del SS. Sacramento* (esistente già nel 1573) troviamo il documento più antico, una pergamena del 1291 del notaio Giacomo Giacomini, relativa agli strumenti contrattuali.



Mirandola nella carta di Mortier. La sede dell' ospedale nella parte evidenziata

Il Seicento e il Settecento. L'ospedale di Strada Grande (via Fenice)

Nel 1764 furono istituite le *antiche fabbriche ospedaliere*, e già nel 1766 fu fatto un progetto per un grande nosocomio, la cui facciata misurava circa 95 metri, ovvero 150 braccia (il braccio mirandolese era 63 centimetri e mezzo), con annessa chiesa (l'oratorio di Santa Maria Bianca, poi delle *Mendicanti*, della *Beata Vergine Laureatana*). L'ospedale venne aperto nel 1767. Durò fino al 1783.

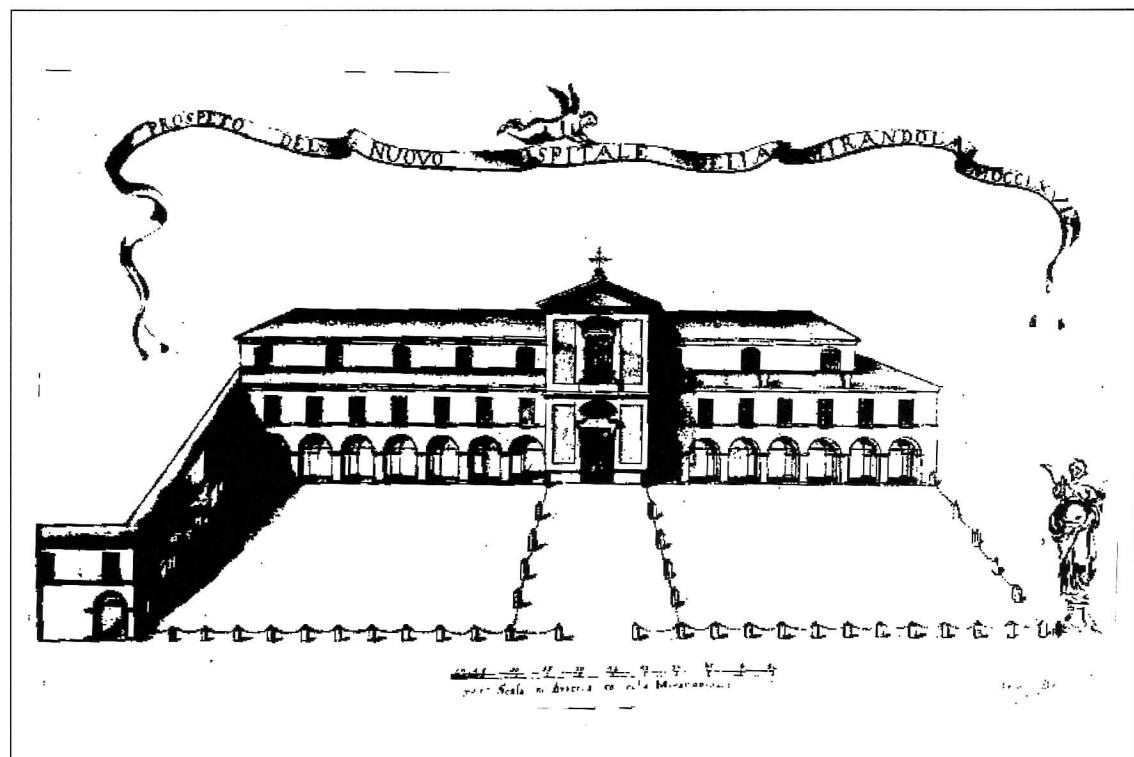
La costruzione, con porticati, era molto valida. Nel 1929 anche la chiesa fece posto alla *Caserma Mussolini*. Sorgeva di fianco al duomo, in *Strada Grande*, ovvero via Fenice (ora via Pico) e fu pure sede del *Conservatorio delle Putte Mendicanti*, poi dette *Figlie del Soccorso*.

Nelle piante stellari della Mirandola del Seicento troviamo sempre in *Strada Grande* l'ospedale e la chiesa di Santa Maria Bianca. Una precisa descrizione ci è fornita da più incisori. All'archivio di Stato di Vienna Loreno Confortini ha trovato recentemente una pianta particolareggiata di Micolotti, capitano cesareo degli ingegneri, che ricorda la città della fine del XVII secolo, levata comunque nel 1703. Il Mortier ad Amsterdam dava *S. Marie de l'Hospital* perché scritta in francese con *Mirandole dans la Lombardie*, Mirandola in Lombardia.

Il luogo di cura è già imponente e dotato di numerose rendite.



Mirandola in una carta di Micolotti del 1703, ridisegnata da Loreno Confortini nel 1993. Vienna, Archivio di Stato.
"Ospitale S. Maria Bianca" nella parte cerchiata.



1766. Progetto per l'ospedale di Strada Grande (via Fenice, via Pico).

L'Ottocento. L'ospedale nell'ex convento dei Gesuiti

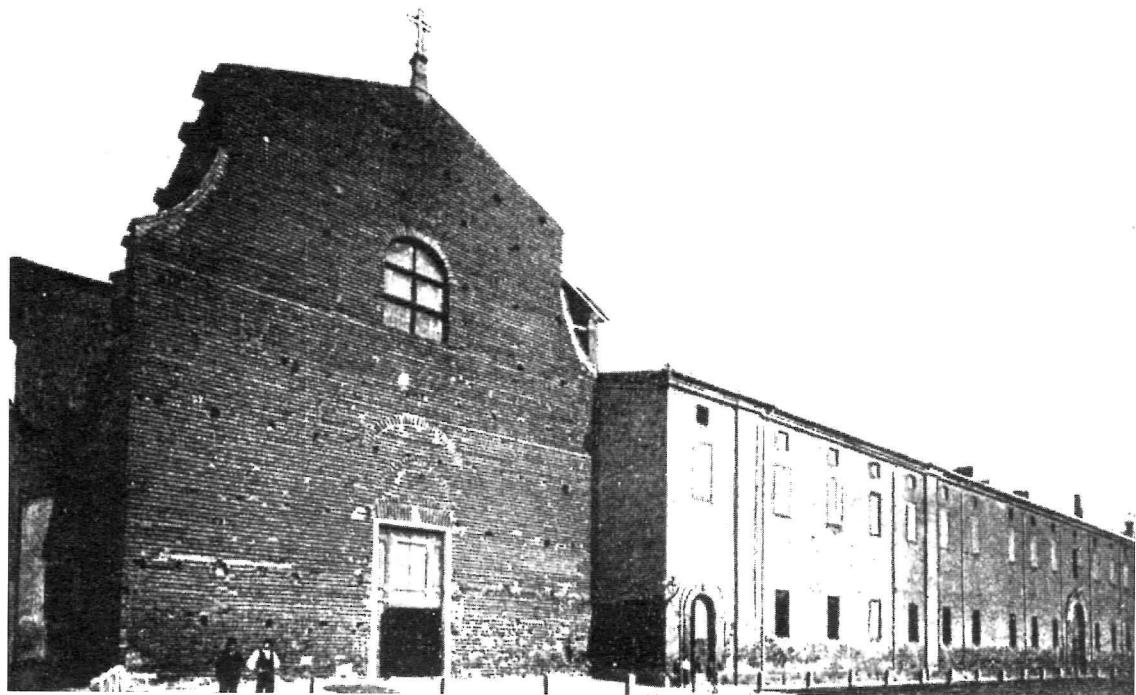
Nel 1783 l'ospedale venne trasferito nell'ex collegio dei Gesuiti, poi dei padri delle Scuole Pie, una imponente costruzione sorta sotto i duchi Alessandro I e II Pico, aperta nel 1690. La chiesa barocca, con capolavori lignei della scuola del Bonelli, è stata fino a pochi anni fa proprietà dell'ospedale ed ora appartiene al Comune, così come l'ex convento, il Centro Culturale Polivalente e la Biblioteca. In via Montanari troviamo l'attuale sede degli uffici amministrativi dell'USL n. 15 e il centro psichiatrico.

Il collegio dei Gesuiti era stato istituito nel 1618 per l'istruzione della gioventù, provvisoriamente in palazzo Collevati. La Chiesa, cominciata nel 1627, venne consacrata nel 1689. Nel 1690 i religiosi del convento erano 15. Nel 1735 il collegio, nella parte superiore, fu ospedale degli Spagnoli.

Quattro le scuole ginnasiali e liceali qui attivate dai Gesuiti, con le cattedre di filosofia, giurisprudenza, teologia scolastica, più la *Scoletta* per insegnare a leggere e a scrivere ai piccoli e agli analfabeti.

L'ospedale durò fino al 1908. Poi diventò Casa di Riposo, ma durante la prima guerra mondiale fu nuovamente utilizzato poiché l'ingente numero di feriti giunti dal fronte richiese un potenziamento dei posti letto.

Nelle seicentesca costruzione di via Montanari (che fu chiamata in origini della *Terranova* quindi via dell'*Ospedale*) aveva trovato posto anche il manicomio, dopo la decisione del duca Ercole III d'Este di annettere al luogo i beni della *Confraternita del S. Rosario* (istituita nel 1496).



Mirandola. Facciata della Chiesa del Gesù e dell' ex ospedale.



Foto di gruppo al riutilizzato ospedale di via Montanari durante il primo conflitto mondiale.

L'ospedale del 1908

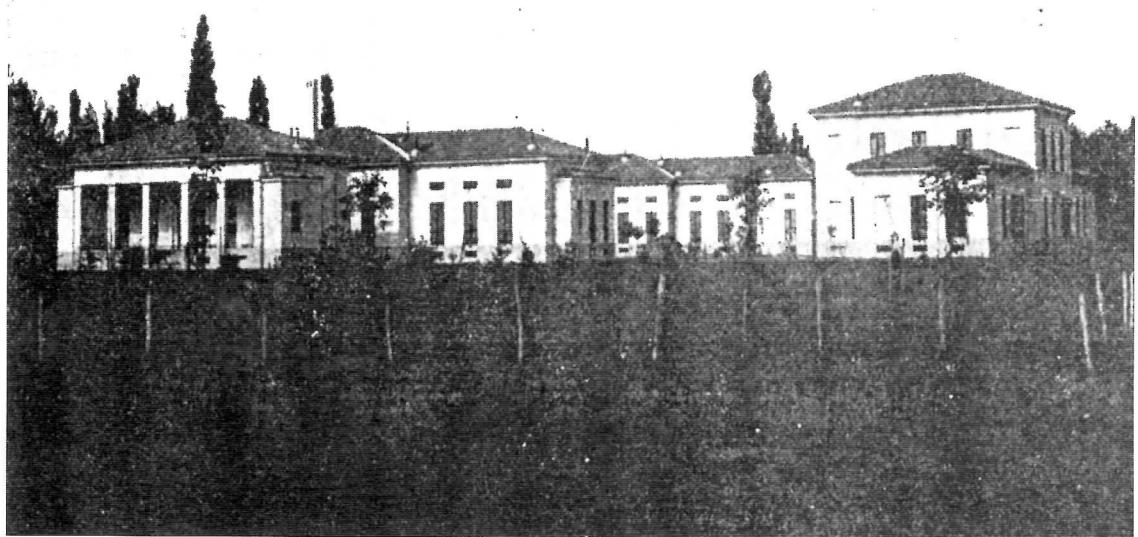
L'ospedale Santa Maria Bianca (in origine anche *Ospizio dei poveri*) fu inaugurato l'11 ottobre 1908. I lavori di costruzione durarono meno di due anni. Limitato il numero delle palazzine come si può vedere dalle foto d'epoca. Ma si trattava comunque di un complesso moderno, dovuto principalmente al benefattore ing. Tosatti.

L'ingresso principale era sulla Circonvallazione (ora è in via Fogazzaro). Due le divisioni iniziali: Medicina e Chirurgia. Alla prima fu collegato il *Dispensario*, particolarmente utile nel periodo in cui si combatteva la tubercolosi. Qui operò come primario il professor on. Mario Merighi (1876-1970), tisiologo di fama europea, studioso di opere di bonifica.

Il potenziamento dell'ospedale si è succeduto nei decenni del nostro secolo fino a completare le divisioni e i servizi con Medicina, Chirurgia, Ortopedia e Fisiatria, poi portate a Concordia, Cardiologia, Psichiatria, Ginecologia e Ostetricia, Pediatria, Dipartimento di Emergenza, Laboratorio di Analisi, Dipartimento Diagnostico per Immagini, Day Hospital, Centro per l'Ipertensione, Centro Antalgico, Centro Dialisi, Poliambulatori, ecc...

Presso l'ospedale hanno sede importanti associazioni di volontariato: Avis, Aido, Avo; l'Avis con un attrezzato centro prelievi.

Nel 1992 (con l'abbattimento della cucina e della cappella), il 1° settembre, è iniziata la costruzione dei nuovi reparti.



Mirandola: Ospedale Santa Maria Bianca in foto d' epoca (1908).



Particolare del monumento funebre all' ing. Tosatti,
benefattore dell' ospedale. Mirandola, cimitero urbano.

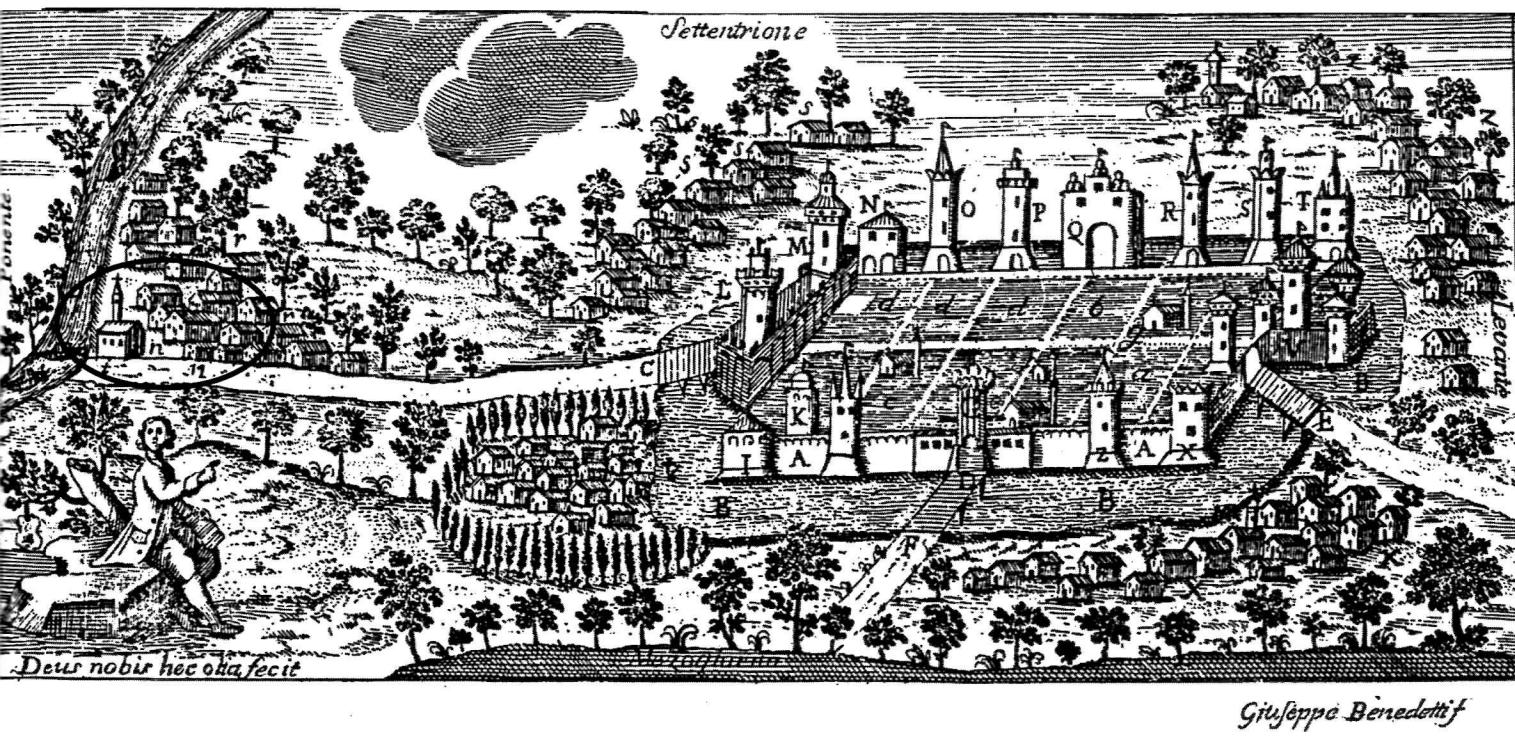
Finale e l'ospedale: storia millenaria. San Bartolomeo, Santo Spirito e Ospedale Civile

Finale Emilia, secondo lo storico Frassoni, aveva l'ospedale fin dall'inizio dell'XI secolo (1009). La notizia è frammentaria, ma è certo l'ospedale del XIII secolo (quello di San Bartolomeo è documentato dal 1295). I carteggi noti sono tuttavia datati dal Cinquecento e ben nota è la storia dell'ospedale della Confraternita di Santa Monica, legato alla chiesa di Santo Spirito. Ci riferiamo al nosocomio di San Bartolomeo: nel 1628 Romeo Romei lascia erede appunto la Confraternita di Santa Monica che provvede alla costruzione di ospedale, convento e chiesa. Gli ampliamenti nel periodo 1752 - 1761.

La Congregazione di Carità subentra nel 1784. Nell'Ottocento la Congregazione ha cura dell'ospedale degli infermi, degli orfanotrofi e di varie opere benefiche. Nel 1834 i posti letto gratuiti sono già 18.

Notevole l'apporto dell'Opera Pia Grossi, nel 1843. Luigi Andrea Grossi, morto nel 1843 quasi novantenne, dà incremento all'ospedale. Lo Statuto è del 1883. Dal 1889 al 1974 si aggiungono al personale le suore Figlie della Carità San Vincenzo de' Paoli.

Lavori importanti nel 1923, 1924, 1955 e naturalmente nei decenni seguenti: nel 1968, con la riforma, l'ospedale di Finale, detto degli Infermi o di Santo Spirito, diventa Ospedale Civile. I finalesi ricordano la presidenza del cavalier Gallini, che durò dal 1951 al 1970.



Finale. Ospitale antico

San Felice: dall'ospedale di Santa Maria del Campo ai centri del Borgo e della Furlana

Nel 1298 il vescovo di Modena visitava l'ospedale di Santa Maria. Questo sorgeva in un luogo detto il *Campo*.

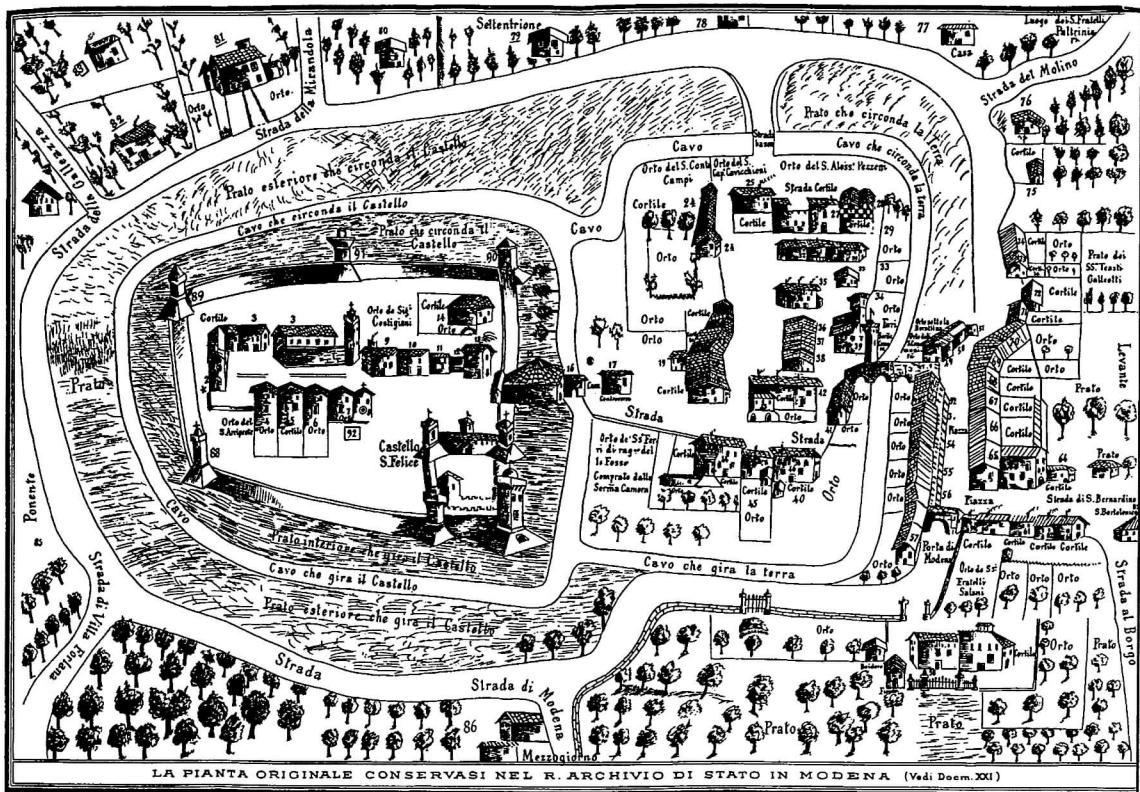
Nel XV secolo troviamo l'ospedale alle porte di San Felice; un documento lo indica nel 1488 “*in capo alla via Borgo*”. Nel Cinquecento il luogo di cura riceveva diverse eredità.

Da un contratto del 1451 si evince che il vecchio ospedale di via Borgo non si deve confondere con il fondo Ospedale che é lungo la via Mulino, dove la congregazione di carità fece costruire nel 1853 un apposito locale destinato a nosocomio.

San Felice nella seconda metà del XVI secolo aveva nella sua giurisdizione un medico stipendiato dalla Comunità con 150 scudi: si chiamava Giovanni Romani ed era di San Romano di Garfagnana.

La peste del 1630 portata dai Lanzicheneccchi fece sorgere nel paese una *Deputazione di Sanità*, che si valeva della collaborazione di uno *spetiale* (oggi diremmo un farmacista). L'ospedale era in luogo detto *Ballini o Furlana*, dove esisteva anche il cimitero.

Anche il complesso attuale sorge intorno alla via Furlana, precisamente in via Garibaldi, 7.



Pianta di San Felice sul Panaro nel XVIII secolo.

Nel XV sec. l'ospedale era "in capo alla via Borgo".

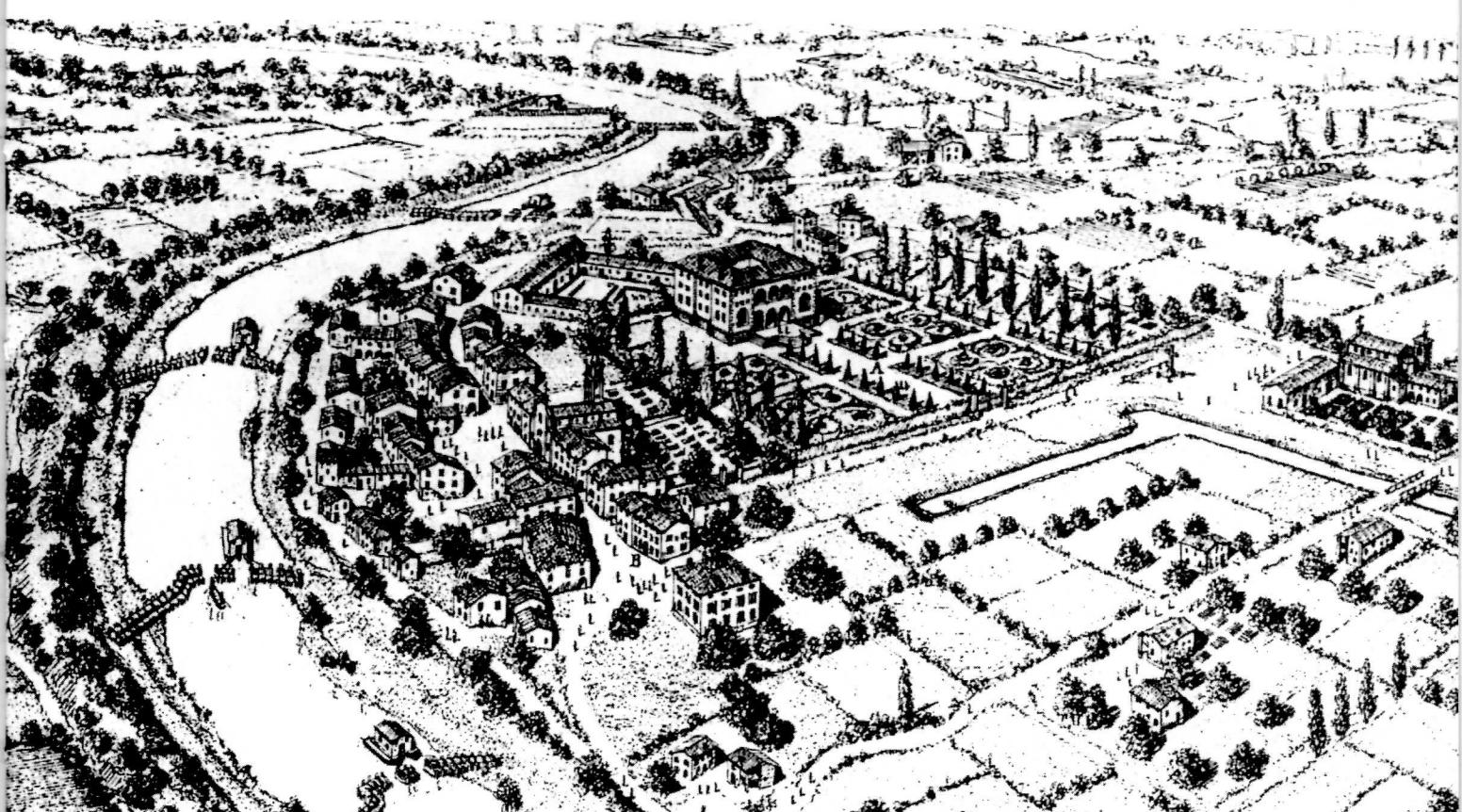
Nel XVII sec. l'ospedale era in luogo "Ballini" o "Furlana".

Concordia sul Secchia: dal San Leonardo al Negrelli

Concordia ebbe un ospedale importante grazie alla famiglia del podestà Signoretti, che nel 1425 fece erigere il complesso di San Leonardo, distrutto dalle cannonate delle truppe di Giulio II nel 1510 e ricostruito a più riprese.

L'ospedale antico fu attivo fino al 1765 nella zona tra via Paglierine e la parrocchiale.

L'ospedale attuale, in via Dante, degli inizi del secolo, ristrutturato, è intitolato al benefattore Giuseppe Negrelli. Ebbe incremento dagli anni Quaranta e soprattutto con il trasferimento da Mirandola delle divisioni di Ortopedia e Fisiatria.



Pianta di Concordia nel XVII secolo, l'ospedale era nella zona tra via Paglierine e la Parrocchiale.

Medolla e Mirandola: Sant'Antonio

L'oratorio di Sant'Antonio è nella parrocchia di Camurana di Medolla. Il borgo Sant'Antonio è in Comune di Mirandola, in zona di confine. La piccola chiesa è il segno dell'antico ospedale che per gli assedi del 1502, 1511, 1552-1553 (questi ultimi delle truppe di Giulio II e Giulio III) dovette essere spostato, verso San Giacomo.

Il luogo di ricovero era condotto dai monaci Agostiniani. Altre notizie danno un convento di Carmelitani, nei pressi di Camurana, dove avevano ricovero pellegrini e poveri, anche malati, fondato nel 1495 dal conte Galeazzo di Baccarino, da Canossa, convento soppresso nel 1768, poi abbattuto per costruire con i suoi mattoni il campanile di San Giacomo Roncole.

A Medolla si svolgevano le famose fiere di Bruino, già nel Medioevo famose in tutta la regione: un mercato così imponente che richiedeva l'intervento delle organizzazioni sanitarie di tutte le comunità limitrofe per assicurare la protezione di decine di migliaia di compratori.

La croce rossa dello stemma di Camposanto

Camposanto ha un nome davvero strano, derivato forse da Camposanato, come dice Tiraboschi, riferendosi a terre paludose, o da Campus Sancti, cioè da un Campo di Sante.

La prima citazione è di Campus Sanctus, del 1445. La prima comunità è sorta intorno a Gorzano.

L'8 febbraio 1743 avvenne tra il ponte del Panaro e il Bottegone una battaglia assai cruenta, che richiese l'ausilio di molti sanitari dell'epoca, chirurghi, portantini, ma soprattutto... becchini e religiosi. Si affrontarono truppe francesi e spagnole contro gli austro-piemontesi, ovvero 22.000 uomini. Sul campo ne rimasero 6.000 e pare non si ebbero né vinti né vincitori.

Camposanto nei secoli è rimasta dal punto di vista sanitario collegata con gli ospedali di San Felice.

Nel suo stemma: spade incrociate e una croce rossa. Beffa della sorte: durante l'ultimo conflitto mondiale Camposanto fu la città più bombardata di tutta la Bassa; perse il 40 per cento delle case e contò circa 50 morti e 120 feriti, questi raccolti dagli ospedali di San Felice e Mirandola.



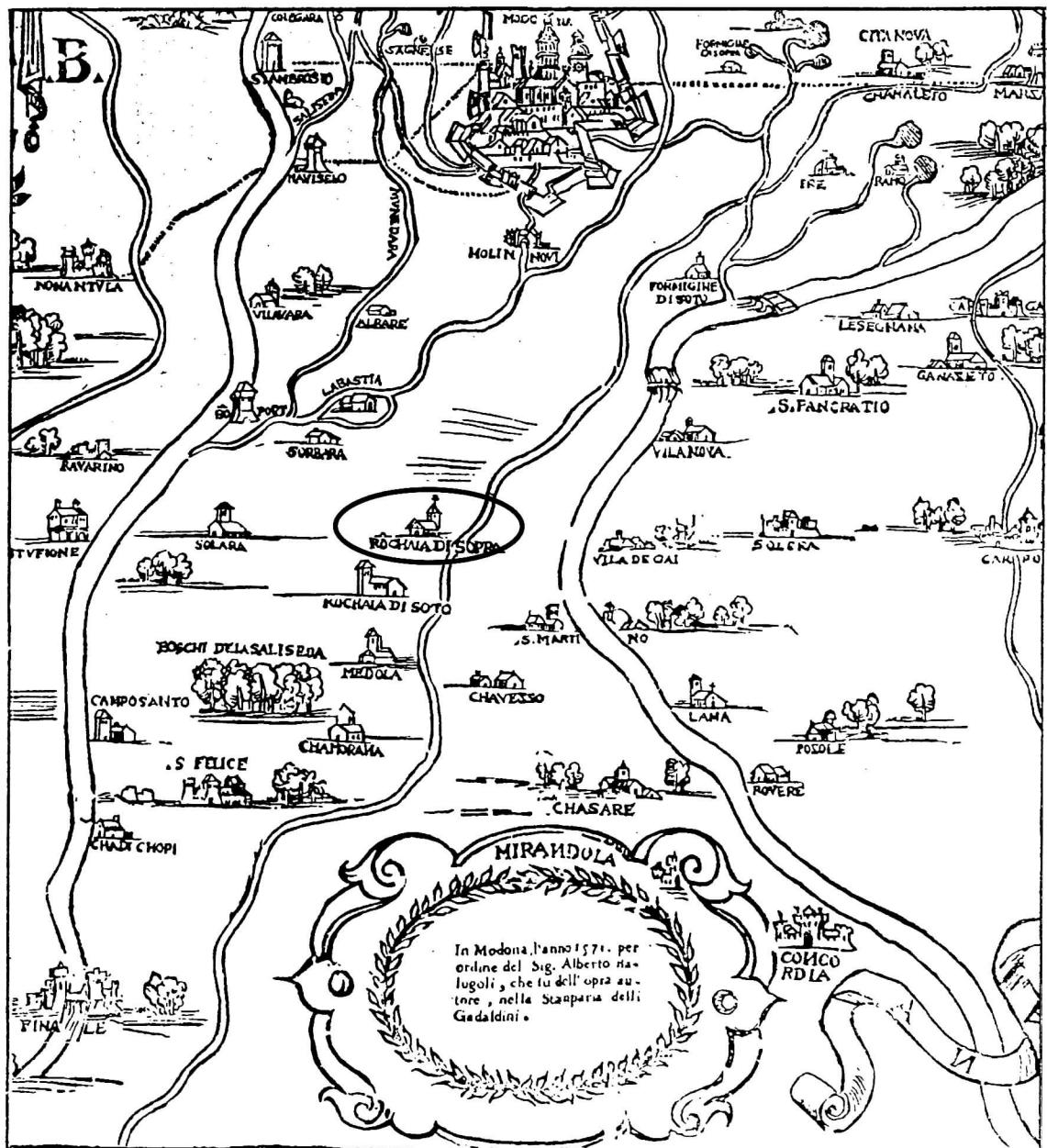
San Prospero: i monaci della Pieve e le comunità di Roncaglio

Non troviamo San Prospero nelle carte antiche, ma Roncaglio di Sopra, comunità che comprendeva anche San Pietro in Elda, San Lorenzo, parte di San Martino e da non confondersi con Roncaglio di Sotto, a cui appartenevano Staggia, Villafranca, Cavezzo, Motta, Disvetro e Medolla.

Un complesso monastico che contava certamente su una piccola infermeria era quello della Pieve di San Silvestro, della quale restano solo le fondamenta. Essa esisteva già intorno al IX - X secolo.

Prime notizie sul territorio di San Prospero datano il 26 agosto 1067 e del 1203 (questa per indicare l'insula).

Molta storia della comunità riguarda anche San Pietro in Elda, ed è legata alla via Verdeta, via che pellegrini, viaggiatori e malati compivano frequentemente e che andava da Modena verso Mirandola e Ostiglia. Oggi ne abbiamo vistosa traccia dalla Gallerana alla strada che porta a Cavezzo - Camposanto.



Il territorio della Bassa modenese in una carta del 1571, opera di Alberto Malugoli.

In evidenza il sito di Roncaglio di Sopra.

San Possidonio della Comunaglia

San Possidonio (già **Colicaria e Garfaniana**) ha storicamente seguito le sorti di **Mirandola** con i **Pico**, della **Comunaglia** (nel cui castello dove facevano fugaci apparizioni i medici del tempo e che sorgeva tra **San Possidonio** e **San Martino Carano**, sulla motta di **San Pietro**) e di **Concordia**, inviando i suoi malati al **Santa Maria Bianca** e al **San Leonardo**. Ricordata l'antica pieve, rammentiamo che **San Possidonio** ha avuto il suo periodo più importante nel XIV secolo.

Quando sorse l'ospedale di **Mirandola** (1432), **San Possidonio** passò territorialmente a **Concordia** (in quell'anno eletta contea).

L'isola di Cavezzo

Cavezzo era anticamente nella corte di **Roncaglio di Sotto**. **Paludososo e acquitrinoso** aveva tutti i problemi delle terre emerse dalle acque, ovvero abitanti spesso colpiti dalla malaria e malattie delle ossa.

Su un'isola emergente nacque **Cavezalis** (notizie dal 1140). Più legata a **Modena** e agli **Estensi**, **Cavezzo** fu trattata male dai **Tassoni** e deve molto ai monaci **Benedettini** che provvidero ad arginare il **Secchia**.

Le prime forme di assistenza a **Cavezzo** ebbero luogo sull'isola delle **Casare o di Sant'Egidio**, per il culto del Santo omonimo che avveniva tramite l'oratorio di cui si parla fin dal 1183.



Incisione del XVI secolo.

Personaggi illustri

Personaggi illustri della Bassa, legati alla sanità, sono stati Santo Fattori, cavezzese (1768 - 1819), letterato e medico, docente di anatomia, Mario Merighi, nato a Viterbo nel 1876 e morto a Mirandola nel 1970, tisiologo di fama europea, deputato alla Costituente e primario al Santa Maria Bianca, Morando Morandi, finalese, nato nel 1693, morto a Modena nel 1756, presidente di accademie scientifiche e autore di saggi sulla medicina preventiva.

In antico sono celebrati a Mirandola i nomi di Odoardo Fanti, lettore di medicina a Bologna dal 1486 al 1488, morto nel 1505; Giovan Battista Susio, filosofo e medico (1519 - 1583), Ercole Papazzoni, nel XVI secolo lodato a Ferrara dal Brasavola e a Bologna dal Corte, Cristoforo Sassoli, Lodovico Ferri-Ramponi, laureato a Bologna nel 1510, lettore di chirurgia nel 1513, professore di chirurgia dal 1526 al 1528 e Galeotto Rubini, documentato alla fine del XVI secolo, nato nel 1592, professore di medicina, autore di un *trattato contro la peste*, stampato a Bologna da Niccolò Tebaldini nel 1625. Giovan Battista Susio pubblicò di *Medica e Filosofia*. Sulla peste: *Libro del conoscere la pestilenza*, 1576; sui salassi: *Trattato in cui dimostra esser ragionevol rimedio il trar sangue*, pubblicato nel 1558. Nello stesso anno *Tre libri dell'ingiustizia, del duello, e di coloro che lo permettono*.

Bibliografia e documentazione per l'inserto storico

- Autori vari:** “Memorie storiche mirandolesi”
25 volumi (1872-1935); in particolare:
Francesco Molinari (Gli istituti pii), volume V.
- Giuseppe Bedoni:** in atti del convegno “Mirandola e le terre del basso corso del Secchia”, 1983.
- Pietro Costa Giani:** “Memorie storiche di San Felice”, 1980.
- Autori vari:** “Memorie storiche di Rivara”, 1974.
- Ettore Rovatti:** “Mille anni di Storia”, (Finale).
- Giuseppe Morselli:** “Guida storica e turistica della Bassa modenese”, 1982.
- Frassoni:** “Memorie di Finale in Lombardia”, 1777.
- Altre fonti:** Sergio Poletti: schede inedite.
Archivio dell'ospedale di Mirandola.
Biblioteca di Mirandola.
- Stampe:** Comune di Mirandola,
Comune di Finale Emilia,
Comune di San Felice sul Panaro,
Archivio Centro Studi Bassa Modenese,
Lorenzo Confortini,
Biblioteche ed emeroteche dei 9 Comuni della Bassa modenese.
- Cartoline:** Collezione Malavasi.
-
- Diapositive:** Gino Bertuzzi, Sergio Poletti,
Quick Photo Center
-

**Tutti gli atti amministrativi e le documentazioni
richiamate dalla pubblicazione
possono essere consegnate, senza alcun onere,
a richiesta degli interessati.**

Impaginazione

FOTOCOMPOSIZIONE DENNY - Mirandola

Stampa

TIPOLITO COLINELLI - Mirandola



Direzione Generale
41037 Mirandola (MO) - Piazza Matteotti, 2

Sede Centrale
41037 Mirandola (MO) - Piazza Matteotti, 2
Tel.: 0535/28511 - Telex: 510262 CARMIR I - Telefax: 0535/26204

Servizio Borsa Titoli: 41037 Mirandola (MO) - Piazza Matteotti, 2 - Tel.: 0535/28534

Servizio Esterno Merci: 41037 Mirandola (MO) - Via C. Battisti, 26 - Tel.: 0535/28636

Sala Conferenze: 41037 Mirandola (MO) - Galleria del Popolo, 5 - Tel.: 0535/25329

Sportello Didattico: presso l'Istituto Tecnico Commerciale "G. Luosi" in Mirandola

Filiali

- 41031 **CAMPOSANTO** (MO) - Via Roma, 12 - Tel.: 0535/87399
- 41032 **CAVEZZO** (MO) - Piazza Matteotti, 22 - Tel.: 0535/58588
- 41033 **CONCORDIA s/S** (MO) - Piazza della Repubblica, 15 - Tel.: 0535/55143
- 41034 **FINALE EMILIA** (MO) - Corso Matteotti, 2 - Tel.: 0535/92464
- 46023 **GONZAGA** (MN) - Piazza Matteotti, 20 - Tel.: 0376/528122
- 41035 **MASSA FINALESE** (MO) - Via Provinciale, 268 - Tel.: 0535/99143
- 41036 **MEDOLLA** (MO) - Via Roma, 232 - Tel.: 0535/53104
- 41037 **MIRANDOLA** (MO) - Piazza Matteotti, 2 - Tel.: 0535/28511 (centralino)
- 41100 **MODENA** - Via Vignolese, 70 - Tel.: 059/441436
- 41030 **QUARANTOLI** (MO) - Via Punta, 88 - Tel.: 0535/35800
- 46036 **REVERE** (MN) - Str. Naz. Abetone-Brennero, 14 - Tel.: 0386/846020
- 41038 **SAN FELICE s/P** (MO) - Via Mazzini, 21 - Tel.: 0535/84124
- 41030 **SAN MARTINO S.** (MO) - Via Valli, 261 - Tel.: 0535/31142

FILO DIRETTO per informazioni al pubblico
0535/28555

UFFICIO RECLAMI
C/O SERVIZIO ISPETTORATO
CASSA DI RISPARMIO DI MIRANDOLA S.p.A.
PIAZZA MATTEOTTI, 2
41037 MIRANDOLA

