
EDITORIALE

La nostra Rivista si è ripetutamente occupata negli ultimi anni delle pratiche psicoterapeutiche sviluppate in ambiti specifici dai Servizi di Salute Mentale. Si è inteso dedicare un apposito numero alla questione psicoterapeutica per la sua centralità rispetto ai principi e ai compiti ineludibili di un Dipartimento di Salute Mentale: assumere la domanda di cura, promuovere forme di intervento che privilegino la parola al farmaco rapportandosi all'individuo, al gruppo familiare e al contesto sociale, favorire lo sviluppo di un ruolo attivo nel fronteggiare la sofferenza, sostenere la crescita professionale di tutti gli operatori.

Una dimensione psicoterapeutica (di cura e di cambiamento evolutivo), che pur facendo riferimento a specifiche teorie e tecniche, le trascende calandole in una dimensione collettiva di lavoro propria del Servizio pubblico, in una visione che valorizzi i saperi di tutte le professionalità, che consideri a pari titolo la parola e l'azione all'interno di una dimensione relazionale pensata ed orientata verso obiettivi di cambiamento ed autonomia, attenta agli aspetti squisitamente umani del rispetto ed interesse per l'altro, di ascolto ed attenzione a ciò che egli esprime e può sostenere. Senza infine dimenticare che la capacità relazionale non riguarda esclusivamente i professionisti della salute mentale, ma qualsiasi altra persona coinvolta a vario titolo nel processo di cura.

Tale premessa deve fare i conti con la realtà dei Servizi di Salute Mentale, la complessa cornice organizzativa dei sistemi sanitari e il cambiamento della domanda di cura per effetto di variabili sociali e culturali fino ad apparire in alcuni casi poco specifica e poco pertinente alle competenze specialistiche e ai servizi erogati. Tra le determinanti socio-culturali di quest'area emergente di bisogni rientrano l'allungamento della vita media, che può esporre a ripetuti bilanci personali, familiari, lavorativi, nonché ad eventi di malattia e disabilità; il ritardo nei processi di autonomia personale e lavorativa dei giovani con un allungamento del periodo di scolarizzazione e precarietà degli assetti lavorativi; non ultima, la crisi economica con un impatto critico sul sistema di sicurezza personale.

La presentazione clinica può esprimersi attraverso quadri di ansia e depressione, saltuarie condotte di *addiction*, *acting* auto-eterolesivi, quadri ad espressività somatoforme, ma anche condizioni sotto-soglia caratterizzate da

marcato grado di disagio soggettivo e/o disfunzionamento affettivo-lavorativo-sociale, accompagnate spesso da perdita del senso di padronanza e competenza. Il comune denominatore è rappresentato dall'urgenza della richiesta d'aiuto, spesso sostenuta da una condizione di significativa sofferenza e dalla perdita di performance. L'aspettativa individuale e sociale è rivolta verso soluzioni terapeutiche a breve termine, efficaci e sostenibili.

È opportuno allora chiedersi quale possa essere l'intervento terapeutico più appropriato in queste situazioni. Il rischio che corrono i Servizi è quello di un arretramento difensivo verso il paradigma biologico con uno spostamento dell'accento clinico più sulla cura del sintomo che sulla presa in cura della persona, mediato da una risposta esclusivamente psicofarmacologica. L'approccio al sintomo rischia di penalizzare l'analisi della domanda, funzione fondamentale per l'esplorazione non solo degli aspetti disfunzionali ma anche delle risorse personali e di contesto. È necessario dunque un atteggiamento di ricerca costante rivolto a soluzioni differenziate e personalizzate, che tenga conto da un lato dei reali bisogni della persona e dall'altro di un profilo costo-benefici vantaggioso. D'altro canto il costrutto bio-psico-sociale si fonda su una concezione multidimensionale della salute e della malattia, che pone l'individuo al centro di un ampio sistema di relazioni influenzato da molteplici variabili¹. Coerentemente con questa visione il clinico è tenuto ad occuparsi non solo degli aspetti biologici, ma anche di quelli psicologici, sociali e familiari fra loro interagenti ed in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. I modelli di pensiero ed intervento clinico che ne discendono individuano nella valutazione multidimensionale il punto di partenza di qualsiasi progetto di cura, verificano e validano continuamente l'esito attraverso il dato clinico-relazionale, hanno caratteristiche di flessibilità. Questa fondazione clinica del metodo appare indispensabile per un intervento su misura della persona (*tailoring*) che distingue ciò che è utile, rilevante e sostenibile nel qui-ora di uno specifico percorso non solo terapeutico ma di vita. Il processo di valutazione diventa il dispositivo-chiave, in quanto deve poter garantire a ciascuno una risposta mirata ed è la pre-condizione indispensabile per una ipotesi condivisa di affrontamento del disagio in tempi realisticamente definiti, con mezzi sostenibili oltre che culturalmente compatibili; coincide con la capacità di assumere una prospettiva di domanda aperta, il più possibile libera da pregiudizi, che potrebbe essere così articolata: a cosa serve questo comportamento sintomatico? Qual è il trattamento su misura che tiene conto di caratteristiche personali, problema attuale, fase di vita, bilancio tempo/

¹ Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, New Series, Vol. 196, No. 4286. (Apr. 8, 1977), p. 129-136.

efficacia? Cosa è veramente utile non solo in termini di tecnica d'intervento, ma innanzitutto di capacità di alleanza e di tesaurizzazione del giusto aiuto terapeutico?

Questo atteggiamento orientato ai bisogni di chi chiede aiuto, guidato dai suoi limiti e dalle sue possibilità, consente di discernere ciò che è utile in termini di bilancio costo-efficacia non solo per la persona ma anche per il Servizio. E gli interventi ispirati da questo atteggiamento rappresentano una delle possibili declinazioni cliniche del costrutto di resilienza, intesa come capacità di fronteggiamento attivo ed evolutivo degli eventi di vita; orientano la prospettiva terapeutica verso l'interazione dinamica tra fattori di vulnerabilità e di protezione a livello individuale, familiare e sociale; consentono di valorizzare in funzione terapeutica la mediazione tra le modalità di auto-cura della persona e i dispositivi tecnici, oltre che impiegare le risorse dell'individuo come fattore terapeutico. In questo senso la diagnosi può intendersi come differenziale, in quanto considera non solo la gravità dei sintomi e il disfunzionamento, ma anche in che misura la persona vuole, si aspetta ed è in grado di affrontare il cambiamento sulla base delle risorse e delle difficoltà.

Coerentemente con questa prospettiva non è la persona che deve adattarsi al modello psicoterapeutico. È quasi una rivoluzione copernicana, che pone al centro non la tecnica ma la persona e focalizza l'attenzione sui tentativi di auto-cura come chiave di accesso per la comprensione e lo sviluppo dell'alleanza terapeutica. L'analisi dei bisogni e delle modalità disadattive di funzionamento è utile per individuare gli interventi sia singoli che integrati di tipo psicoterapeutico, farmacologico, riabilitativo, assistenziale che meglio possano incontrare tale specificità.

Per l'aderenza a questi principi generali le psicoterapie brevi possono configurarsi come interventi su misura; esse sono caratterizzate infatti da:

- la sostenibilità per la persona fondata sulla possibilità di formulare un contratto a breve termine, che consenta di intravedere una possibile soluzione al problema in tempi ragionevoli e compatibili con la ripresa del funzionamento facendo leva sulle proprie risorse. In tal senso esse sono coerenti con un'ottica di prevenzione, in quanto consentono di valorizzare l'apprendimento esperienziale anche per affrontare eventuali difficoltà future.
- La sostenibilità per il Servizio intesa come attenzione al bilancio costo-efficacia.
- Un atteggiamento di ricerca permanente, che tramite un procedimento euristico assuma le evidenze cliniche come fondamento della istanza di scientificità; le caratteristiche di questo campo di esperienza richiedono

infatti l'adozione di un metodo di approccio alla soluzione dei problemi che renda progressiva una teoria, cioè in grado di garantirsi uno sviluppo empirico tale da prevedere fatti nuovi non noti al momento dell'elaborazione iniziale.

Per le loro caratteristiche le psicoterapie a breve termine dispongono inoltre di un maggior numero di studi di esito, che ne dimostrano l'efficacia nella cura di molti disturbi emotivi non solo a livello sintomatico, ma anche più profondamente trasformativo².

La ricerca evidenzia che gran parte dei pazienti interrompe spontaneamente la psicoterapia intorno alla decima seduta e che il tempo medio di un trattamento sia nel contesto pubblico che in quello privato è di circa 15-20 sedute. Non solo la contrazione delle risorse economiche e gli standard assicurativi, ma l'atteggiamento stesso dei pazienti fa dunque sì che spontaneamente gran parte delle terapie sia breve. Ma, come scrive Dewan³, la psicoterapia breve deve essere un intervento per progetto e non per difetto. È difficile tentare una definizione comprensiva di psicoterapia breve, anche per la grande proliferazione di modelli molto diversi tra loro per tecniche e tempi di intervento. Indipendentemente dal modello teorico di riferimento gli interventi psicoterapeutici brevi sono caratterizzati da alcune costanti di carattere clinico:

- L'orientamento pianificato ed intenzionale che consideri il rapporto tempo-obiettivi in modo esplicito nella fase di contratto terapeutico: ogni seduta è una seduta che conta e il tempo di ciascun incontro è ottimizzato come se fosse unico. Le strategie di cura devono essere pianificate allo scopo di accelerare il cambiamento.
- La posizione attiva del terapeuta che guida il processo, mentre la persona ne è direttamente responsabile. Il ruolo del terapeuta è di intermediario e catalizzatore del cambiamento attraverso la funzione di porre contemporaneamente l'accento sulle difficoltà/potenzialità verso l'autonomia e l'emancipazione. Il processo di cambiamento è reso possibile dallo sviluppo della alleanza terapeutica ed utilizza l'apprendimento esperienziale ed emotivo per favorire lo sviluppo di nuove modalità relazionali nel rapporto con sé e gli altri.
- L'individuazione di un focus attuale, che aiuti la persona a riconoscere gli ostacoli al cambiamento e le risorse attivabili. Lavorare su un focus attuale consente di delimitare l'ambito problematico al qui ed ora e di

² Steenbarger BN. Duration and outcome in psychotherapy: an integrative review. *Prof. Psychol. Res. Pr.*, 25 (1994), 111-119.

³ Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP, ed. (2004). *Scienza e pratica delle psicoterapie brevi. Una guida pratica per il professionista*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2006.

delineare un confine temporale tra passato e presente; sostiene la persona verso la prospettiva futura e la soluzione del problema; la aiuta a diventare consapevole che rimanere ancorata a modalità superate di funzionamento non è più coerente con le necessità attuali, ma è piuttosto legato a paure, desideri irrealistici, difese e resistenze.

- Le indicazioni: l'intervento breve è elettivamente indicato quando la difficoltà ha le caratteristiche dell'ostacolo evolutivo; la persona ha un orientamento prevalente verso il presente e il futuro, presenta motivazione al cambiamento e basse resistenze a staccarsi dal passato e dai vantaggi illusori che gliene derivano, ha risorse rapidamente attivabili come l'auto-riflessione ed è in grado di utilizzare l'aiuto terapeutico per proseguire il processo di crescita personale. Le risorse intrapsichiche non devono essere pensate come caratteristiche statiche tutto-o-niente attribuite a priori, ma come potenzialità all'interno delle dinamiche relazionali naturali e terapeutiche.
- L'esperienza nel contesto di vita: il lavoro psicoterapeutico breve è un apprendimento guidato dall'esperienza, che avviene all'interno ma anche oltre la relazione terapeutica; il processo di cambiamento è reso possibile dalla esperienza diretta rispetto al sé e ai modelli relazionali in ambito terapeutico e nelle varie circostanze di vita: ciò favorisce lo sviluppo di nuove modalità relazionali nel rapporto con sé e con gli altri.

Il tema della appropriatezza della psicoterapia breve è centrale nella funzione di valutazione. In assenza di pre-condizioni favorevoli un trattamento breve, oltre ad essere scarsamente efficace, può aumentare il rischio di ricadute. Dal canto suo il Servizio deve poter garantire un setting adeguato e professionisti con un training specifico, dotati di competenze ed attitudine a lavorare sugli ostacoli del processo evolutivo in una prospettiva a breve termine. Questa area di intervento è caratterizzata da una singolare specularità tra l'atteggiamento della persona e quello del terapeuta: entrambi devono essere disponibili ad apprendere dall'esperienza terapeutica per favorire il processo di cambiamento. La fase di discrepanza⁴ sembra riguardare lo stesso processo di apprendimento dello psicoterapeuta breve, in quanto rende possibile un cambiamento di prospettiva rispetto all'utilizzo di propri modelli di riferimento, in funzione e su misura della persona. La necessità di questo cambiamento di prospettiva può rendere a volte difficile l'apprendimento della tecnica, in quanto richiede una posizione flessibile rispetto al sapere

⁴In un processo di cambiamento organizzato in stadi, la fase centrale (discrepanza) è quella in cui si lavora a favore di nuovi modi più costruttivi di pensare e funzionare, discrepanti rispetto ai modelli del passato per esplorarli, verificarli, integrarli.

terapeutico ed attiva per trarre il massimo da ciascuna seduta ed utilizzare strategie mirate per rimuovere modelli problematici di funzionamento. Sia per il terapeuta che per la persona la discrepanza apre alla possibilità di nuovi modi di riflettere e di nuove soluzioni.

È necessaria a questo punto qualche riflessione sui fattori terapeutici: che cosa rende efficace la psicoterapia breve? Sicuramente l'intensificazione di tutti gli elementi che facilitano in genere il cambiamento in ogni psicoterapia; in particolare, lo spostamento nell'assetto mentale di persona e terapeuta, che si assumono la responsabilità di far avvenire le cose in una prospettiva temporale limitata. In secondo luogo, la costruzione rapida della alleanza terapeutica, il lavoro sulla resistenza al cambiamento, la ricerca di soluzioni in un assetto di co-terapia. Un verosimile fattore catalizzante è rappresentato dal fatto che l'apprendimento avviene in circostanze in cui vi è attivazione emozionale; il riconoscimento dei modelli di funzionamento problematico, delle resistenze e delle difese che trovano adattamenti anti-economici nel sintomo, intensifica le esperienze emotive. Questo consente alla persona di sviluppare in modo duraturo nuovi repertori di pensiero, nuove prospettive, nuove soluzioni. L'intervento psicoterapeutico breve realizza un'integrazione tra prospettiva dialogica e prospettiva esperienziale. La prima fa sì che di fronte a nuove esigenze che esigono nuovi modelli di comportamento il dialogo tra prospettive in conflitto, derivate dal passato e dall'attualità, promuova un processo dialettico che ne rende possibile una conciliazione in una nuova organizzazione dei significati dell'esperienza. Ma le persone cambiano anche facendo le cose in modo diverso ed interiorizzando le esperienze che ne derivano. Questo apprendimento è facilitato se avviene in stati di consapevolezza non ordinari in cui vi sia attivazione emotiva⁵. Nello specifico le psicoterapie esperienziali collocano la guarigione all'interno dell'individuo tramite un processo di tipo *bottom-up*, che parte dalle emozioni. In questa prospettiva la crisi è collegata ad un esaurimento energetico delle risorse e le emozioni, se regolate ed elaborate, possono funzionare come agenti di cambiamento liberando nuove risorse adattative in tempi rapidi⁶. La sinergia tra le due prospettive favorisce nella persona un adattamento più flessibile alle esigenze della realtà interna ed esterna.

La Rivista affronta in questo numero l'incrocio di tematiche così centrali per i Servizi ponendo attenzione agli aspetti organizzativi e a quelli più

⁵ Greenberg LS, Rice LN, Elliott R. *Facilitating Emotional Change: the Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford; 1993.

⁶ Fosha D, Siegel DJ, Solomon MF, ed. *Attraversare le emozioni*. Volume 2. I nuovi modelli di psicoterapia. Milano: Mimesis; 2002.

propriamente clinici e tecnici nell'area delle psicoterapie brevi. In ciascun contributo la riflessione è supportata e declinata attraverso l'analisi del materiale clinico.

Giuseppe Riefolo in *Il modello delle terapie psicoanalitiche brevi e i servizi in un'epoca di crisi. Cultura di base ed organizzazione: il problema del limite e dell'equità. Le nuove domande di cura* partendo dall'analisi del fenomeno della saturazione dei servizi come campo dinamico definito dal rapporto continuo tra investimento ed esiti di un processo, pone estrema attenzione alle caratteristiche di setting del Servizio pubblico, di cui ribadisce la specificità psicologica che lo rende innanzitutto un campo di relazione. Al concetto di campo è coesistente quello di limite nella sua accezione positiva di confine, specificità e possibilità di intervento nei processi di cura. In questo senso, scrive Riefolo, la definizione di un Servizio non può essere dovuta all'acquisizione di un modello specifico, ma alla capacità di uso dei vari modelli compatibili con il contesto istituzionale. Da questo punto di vista le psicoterapie brevi possono rappresentare una risorsa importante, in quanto consentono di focalizzare adeguatamente la domanda di cura e di scegliere le risposte giuste ed essenziali compatibili con le caratteristiche e potenzialità del contesto.

Anche Roberto Vari in *La psicoterapia nel centro di salute mentale: analisi critica e nuovi orizzonti di sviluppo* sottolinea come una psicoterapia dentro il Servizio debba tener conto necessariamente della dimensione organizzativa ed istituzionale. Egli individua alcune caratteristiche critiche del contesto di lavoro pubblico ed, in particolare, il rischio di cronicizzazione di relazioni psicoterapeutiche senza obiettivi insieme alla autoreferenzialità di alcune tecniche, che prevedono che sia il paziente ad adattarsi al modello e non viceversa. In questa prospettiva le simbolizzazioni emozionali e le dinamiche relazionali presenti nella triade individuo/ambiente di convivenza/Servizio devono costituire l'oggetto di analisi ed intervento del lavoro psicoterapeutico. L'intervento psicologico breve si configura quale assetto psicoterapeutico sostenibile entro un contesto a risorse limitate e, in quanto strategia del Servizio che assume nella propria prassi gli elementi contestuali organizzativi e istituzionali, può interessare tutte le tipologie di utenza già nella fase di analisi della domanda assunta come segnale di un momento critico attuale della vita relazionale della persona. In questa prospettiva il lavoro psicoterapeutico è orientato a sostenere migliori competenze e nuove risorse per affrontare le criticità relazionali, all'interno di un campo aperto ad ulteriori contatti ed in continua trasformazione.

Prendendo spunto dall'analisi del fenomeno statisticamente significativo

dell'auto-dimissione, Stefano Gherardi in *La consultazione terapeutica bi-sistemica singola: un'interfaccia dinamica tra auto ed etero-terapia in psichiatria* sottolinea l'importanza della prima visita nei Servizi, che è già in sé atto terapeutico e come tale deve essere consapevolmente e responsabilmente condotta. La modellizzazione della Consultazione Terapeutica Bi-Sistemica è ispirata al principio del convogliare le risorse della persona verso la guarigione naturale scegliendo il metodo meno intrusivo e restrittivo, aiutandola ad aiutarsi da sé nella cornice del continuo processo di cambiamento proprio dei sistemi viventi. Riprendendo il concetto bioniano di mente binoculare intuitiva, l'Autore valorizza il lampo dell'intuizione che non richiede tempo ed arriva ad individuare il problema immediatamente come strumento di comprensione dell'altro insieme al procedimento sistematico-analitico.

Il modello che Maria Clotilde Gislon descrive in *L'orientamento integrativo in Psicoterapia Breve Focale: il bisogno specifico e il focus. Metodologia dell'intervento* integra i contributi della psicologia evolutiva e del ciclo di vita con quelli del modello psicoanalitico e cognitivo. L'integrazione tra le diverse prospettive dal punto di vista diagnostico-valutativo è utile fonte di informazione rispetto alle origini del comportamento disadattivo, al suo permanere e ai processi di trasformazione e cambiamento. Dal punto di vista dell'intervento terapeutico consente di rimuovere gli ostacoli evolutivi e sviluppare la capacità positiva di auto-terapia: questo assetto fa sì che il percorso evolutivo, inteso come un processo continuo che interessa tutto il corso dell'esistenza, prosegua anche in un contesto esterno alla terapia e dopo il suo termine. La prospettiva evolutiva rappresenta una griglia di lettura normalizzante del disagio della persona, sollecitata verso il ruolo attivo di agente del proprio processo di cambiamento. L'intervento terapeutico è da considerare come uno dei fattori ambientali protettivi, capace di favorire nell'individuo il riconoscimento e lo sviluppo delle risorse necessarie per superare una condizione di empassa evolutivo nella direzione di una risposta resiliente.

Il setting di collegamento tra Servizio specialistico e Medicina Generale per le sue caratteristiche organizzative e cliniche è il luogo d'elezione per gli interventi psicologici brevi ed efficaci. Marco Menchetti, Francesca Mongelli e Domenico Berardi in *Un modello di counseling interpersonale per la depressione in Medicina Generale* sottolineano il ruolo degli interventi di tipo psicosociale soprattutto nei casi di depressione lieve, anche in relazione all'orientamento espresso dai pazienti che preferiscono parlare dei loro problemi piuttosto che assumere un farmaco. Il modello di intervento descritto è un adattamento della Psicoterapia Interpersonale secondo Klerman e Weissman, che mette in relazione lo stato d'animo depressivo con alcune

difficoltà interpersonali, quali il lutto, le transizioni e i contrasti di ruolo; strutturato in fasi, presenta il vantaggio di poter essere appreso da varie figure professionali nell'interfaccia con la Medicina Generale.

Partendo da un modello co-costruttivo dello sviluppo e della patologia, Fiorella Monti, Benedetta Davalli e Cristina Parretti in *Empasse dello sviluppo infantile ed interventi psicoterapeutici brevi* attraverso l'analisi di materiale clinico descrivono la centralità del sistema bambino-genitori nel processo psicoterapeutico dinamico in età evolutiva. Da una parte la valutazione della posizione evolutiva dell'intero sistema considera la mobilità del funzionamento psicologico e la pregnanza del comportamento interattivo in continuo cambiamento; dall'altra acquista rilievo l'approccio relazionale, che valorizza l'esperienza soggettiva dei genitori quali istruttori nella regolazione emotiva del bambino e al tempo stesso osservatori partecipi del campo relazionale che li contiene. La presenza dei genitori è funzione strategica del percorso terapeutico, ha l'obiettivo di garantire un setting dove le parti vulnerabili del bambino e dei genitori stessi vengano accolte e pensate. Questo assetto consente di riparare, all'interno di una prospettiva temporale limitata, le fratture comunicative e permette al bambino la ripresa del bisogno e del desiderio di apertura alla vita.

Gaspare Palmieri e Francesco Reitano in *La valutazione degli esiti degli interventi psicologici e il questionario CORE-OM* affrontano il tema complesso della efficacia degli interventi psicologici. Le metanalisi mettono in rilievo come la psicoterapia funzioni e come la sua potenza di trattamento sia superiore a quella di altri trattamenti medici. L'importanza di poter disporre di valutazioni obiettivabili dell'esito risulta dunque fondamentale sia a livello terapeutico, che organizzativo, legale ed etico. Gli Autori presentano le principali caratteristiche della versione italiana del *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM), un questionario a 34 item pensato appositamente per essere utilizzato in modo routinario per la valutazione degli esiti degli interventi psicologici nel mondo clinico reale; presenta caratteristiche di brevità e semplicità, che lo rendono accettabile da parte di soggetti eterogenei in psicoterapie di diverso orientamento soprattutto nel Servizio pubblico.

In ultimo, ma non ultimo, il tema della formazione in psicoterapia breve. Mara Donatella Fiaschi e Maria Moscara in *Competenze cliniche in psicoterapia breve. Attitudini e formazione* distinguono competenze cliniche di base, competenze psicoterapeutiche generali e competenze specifiche per il modello di Psicoterapia Breve Focale Integrata. All'interno di questo modello la formazione degli psicoterapeuti deve riguardare in particolare la competenza

nel processo di valutazione, la capacità di individuare e condividere il focus e gestire il processo di cura, un'attitudine attiva ed orientata alla persona. Questo consente alla coppia terapeutica di occuparsi del problema centrale nel qui-ora; di porre un'attenzione specifica verso le potenzialità e le risorse della persona, incoraggiata ad assumere a sua volta una posizione attiva; di acquisire padronanza relativamente a diverse strategie terapeutiche all'interno di un approccio integrato e differenziato; di ascoltare, riflettere, sperimentare, scambiare punti di vista in modo aperto e condiviso.

Maria Bologna, Luigi Tagliabue